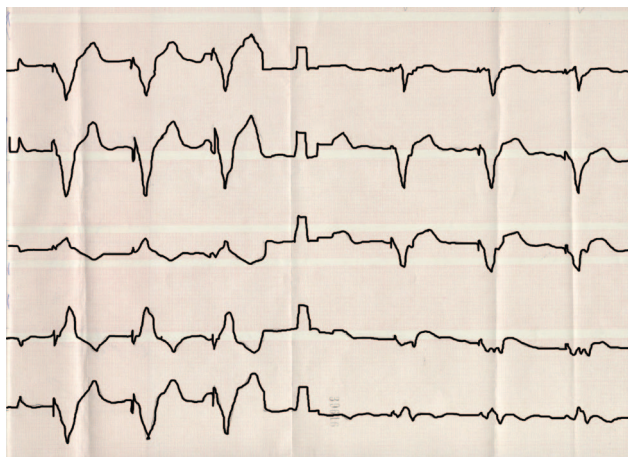




Ритм ЭКС 72-80 в минуту. Электрод в правом желудочке

счет зон гипокинеза по переднему, средне-переднеперегородочному и верхушечному сегментам, акинез межжелудочковой перегородки.

ЭКГ пациента представлена на рисунке.

Результаты и обсуждение. Имплантированный ИКД доказал свою эффективность, так как со времени установки отмечались неоднократные разряды стимулятора, обусловленные регистрацией считывающим аппаратом эпизодов желудочковой тахикардии.

В настоящее время у пациента клинически не наблюдается прогрессирования симптомов ХСН несмотря на снижение фракции выброса. До установки ЭКС больной поступал в отделение с проявлениями значительной сердечной недостаточности (вплоть до анасарки). В настоящее время выраженных застойных явлений не отмечается.

Вывод

Таким образом, своевременная имплантация ИКД позволяет продлить жизнь больным, улучшить течение и прогноз заболевания.

Литература

1. **Болезни органов кровообращения:** Руководство для врачей/Под ред. Е.И. Чазова. — М.: Медицина, 1997— 832 с., илл.
2. **Кардиология** в таблицах и схемах / Под ред. М.Фрида и С.Грайнс. Пер. с англ. — М.: Практика, 1996. — 736 с., илл.
3. **Шевченко Н.М.** Рациональная кардиология. Справочное руководство. — 3-е изд., перераб. — М.: Оверлей, 2001. — 272 с., илл.
4. **An implantable cardioverter-defibrillator was effective for cardiac arrest in postinfarction sudden death survivors.** — ACP J Club. — 1996. — Jan-Febr. №8.
5. **Wever E.F., Hauer R.N., van Capelle F.J. et al.** Randomized study of implantable defibrillator as first-choice therapy versus conventional strategy in post-infarct sudden death survivors // Circulation. — 1995. — №91. — P. 2195-203.

Т.Н. Курбатова

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА (на примере предприятий объединения «Якутуголь»)

Второе Маастрихтское соглашение среди показаний к антихеликобактерной терапии установило на первое место язвенную болезнь, причем особенно отмечено, что эрадикационная терапия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) является необходимым лечебным мероприятием и обоснованность ее использования не вызывает сомнений. В настоящее время антихеликобактерная терапия считается основным стандартом лечения ЯБ, ассоциированной с *Helicobacter pylori* (Hr) [1,3,5]. Перед назначением антихеликобактерной терапии у больного с верифицированным эндоскопически язвенным дефектом необходимо определить обсемененность Hr.

К настоящему времени предложено множество схем комбинированной терапии больных ЯБ, ассоциированной с Hr, включающих антисекретор-

ный препарат группы блокаторов H2-рецепторов гистамина ранитидин или фамотидин, или омепразол с одним или двумя, или даже тремя антибактериальными препаратами, преимущественно де-нолом, амоксициллином, тетрациклином, метронидазолом, кларитромицином в различных сочетаниях.

Таким образом, современная медикаментозная курсовая терапия ЯБ может обеспечить безрецидивное течение этих заболеваний и избавить больных от возможных тяжелых осложнений. При этом в большинстве случаев лечение может проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях. Успех терапии зависит не только от назначения врачом оптимальной медикаментозной комбинации, но и в значительной степени от ее реализации с участием пациента. Естественно, это становится возможным, если все больные ЯБ будут находиться под диспансерным наблюдением и если им будет

обеспечена после соответствующего обследования адекватная терапия современными медикаментозными комбинациями. Проведение эрадикации *H. Pylori* у больных с ЯБ является абсолютно необходимым лечебным мероприятием, которое дает не только прогнозируемый клинический и профилактический результаты, но и обеспечивает полное излечение, а также обосновано экономически [2, 8].

В настоящее время большое внимание уделяется определению затратно-эффективных схем лечения хеликобактериоза. Согласно данным, полученным в Бельгии, эрадикация у больных язвенной болезнью позволяет экономить западноевропейским странам 1 млн. 750 тыс. долларов в год по сравнению с лечением только антисекреторными средствами [5].

Экономический эффект связан, во-первых, с прекращением длительного, практически постоянного, приема антисекреторных препаратов. Во-вто-

рых, с тем, что Маастрихтский консенсус предусматривает у больных с неосложненной ЯБ только рекомендованные курсы антихеликобактерной терапии без последующего поддерживающего приема антисекреторных средств, таких как ингибиторы протонной помпы или блокаторы H₂-рецепторов гистамина [4,6].

Целью данного исследования является изучение влияния эрадикационной терапии на течение язвенной болезни, длительность и частоту обострений, частоту осложнений, оценка клинической эффективности медикаментозного лечения язвенной болезни у вновь прибывших и у лиц, длительно проживающих в условиях Крайнего Севера.

Материалы и методы исследования

Проведено исследование эффективности антихеликобактерной терапии у работников угольной промышленности в условиях Крайнего Севера на примере предприятий объединения «Якутуголь» по результатам эндоскопического исследования желудка и 12-перстной кишки с прицельной биопсией с определением Нр в биоптате с помощью уреазного теста. Обсемененность Нр определялась перед проведением лечения у больных с эндоскопически доказанными язвенными дефектами желудка и двенадцатиперстной кишки. Контрольное исследование проводилось через 1 месяц после проведения антихеликобактерной терапии. Степень обсемененности Нр определяли по 4-балльной шкале: отсутствие изменения окраски индикатора, так называемый отрицательный тест, принималось за 1-ю степень обсемененности, изменение окраски индикатора более чем за 3-4 мин (слабо положительный тест «+») – за 2-ю, изменение окраски в течение 2-3 мин (положительный тест «++») – за 3-ю, изменение окраски индикатора менее чем за 1 мин (сильно положительный тест «+++») принималось за 4-ю степень обсеменения. Всем больным были проведены недельные курсы тройной антихеликобактерной терапии, включающей в

себя ингибитор протонной помпы (омепразол) в стандартной дозе 2 раза в день, амоксицилин или тетрациклин 500 мг 4 раза в день, метронидазол 500 мг 2 раза в день. После семидневного курса больные продолжали принимать ингибитор протонной помпы и (или) ранитидин (фамотидин) в течение 14-21 дня.

Эффективность антихеликобактерной терапии определялась как полная – 1-я степень обсемененности, неполная – 2-я степень, отсутствие эффекта – степень обсемененности оставалась прежней.

Длительность временной нетрудоспособности включала в себя дни больного листа амбулаторно-поликлинического и стационарного лечения, в том числе при нахождении больного в условиях хирургического стационара при развитии осложнений ЯБ.

Всего за 2004-2005 гг. проведен анализ 84 протоколов эндоскопического исследования работающих в угольной промышленности: 42 протокола лиц, вновь прибывших и живущих в условиях Крайнего Севера (1-я группа), и 42 протокола лиц, длительно проживающих в условиях Крайнего Севера (2-я группа). Возраст больных первой группы варьировал от 22 до 57 лет (средний возраст 32,7 лет), второй группы – от 29 до 58 лет (средний возраст 37,7 лет). Основную часть 1-й и 2-й групп составляли мужчины – 96,9 и 87,1% соответственно.

Результаты исследования

Полная эрадикация наблюдалась у 20 больных первой группы и 23 – второй (47,6 и 54,8% соответственно). Неполная эрадикация выявлена у 19 больных 1-й группы и 15 – 2-й (45,2 и 35,7% соответственно). Не было эффекта от антихеликобактерной терапии у 3 больных (7,2%) 1-й группы и 4 – (9,5%) 2-й группы.

За время исследования рецидив ЯБ наблюдался в 1-й группе у 3 больных (7,2%) и во 2-й группе у 1 больной (2,3%).

Также проведен анализ историй болезни больных исследуемых групп. Общая нетрудоспособность с учетом

того, что в группах одинаковое количество больных, в 1-й группе составила 1092 дней, во 2-й группе – 1020 дней. Средняя продолжительность временной утраты трудоспособности в первой группе составила 26 дней, во второй – 24 дня. Осложнения течения язвенной болезни чаще наблюдались в первой группе – 4 больных (9,5%). Во второй группе осложнения были у 2 больных (4,8%). Кровотечение наблюдалось у 4 больных: 2 из них из первой и 2 – из второй групп. Оперированы по поводу перфорации язвы 2 больных первой группы.

На основании вышеизложенного можно сделать **предварительные заключения** о том, что у вновь прибывшего населения, работающего в угледобывающей промышленности Южной Якутии, полная клиническая эффективность антихеликобактерной терапии ниже по сравнению с длительно проживающими в данных климатических условиях работниками, однако выше число рецидивов.

Литература

1. **Исаков В.А., Домарадский И.В.** Хеликобактериоз. – М. – 2003. – 289 с.
2. **Котлукова Т.В., Ушкалова Е.А.** Фармакоэкономические аспекты лечения язвенной болезни // Вестник РУДН. – 2000. – №1. – С. 93-95.
3. **Маев И.В., Самсонов А.А.** Язвенная болезнь 12-перстной кишки: различные подходы к современной консервативной терапии. // Consilium medicum. – 2004. – Вып. №1. – С. 6-11.
4. **Минушкин О.Н., Зверков И.В., Елизаветина Г.А.** Язвенная болезнь (учебное пособие для врачей). – М., 1995. – 26 с.
5. **Labenz J., Blum A.L., Bayerdorffer E., et al.** Curing Helicobacter pylori infection in patients with duodenal ulcer may provoke reflux esophagitis // Gastroenterology. – 1997. – Vol. 112. – P. 1442-1447.
6. **Mac Arthur C., Saunders N., Feldman W.** Helicobacter pylori, gastroduodenal disease, and recurrent abdominal pain // JAMA. – 1995. – Vol. 273. – P. 729-734.
7. **Price A.B.** The Sydney system: histological division // J. Gastroenterol., Hepatol. – 1991. – Vol. 6, № 3. – P. 209-222.
8. **Reifen R., Rasooly I., Drumm B., et al.** Helicobacter pylori infection: is there specific symptomatology? // Dig. Dis. Sci. – 1994. – Vol. 39. – P. 1488-1492.