

в диагностике и лечении больных с такой патологией обстоятельно представлена в ряде фундаментальных исследований. Кроме того, БА нередко сочетается с другой органной патологией. При этом клиническое течение заболевания значительно осложняется. Во многих случаях также становится затруднительным проведение дифференциальной диагностики самой астмы. Наиболее частые синдромы (кашель, удушье, приступообразность течения) встречаются или наслаиваются при патологии сердца, ЛОР-органов, онкозаболеваниях и др. Кроме того, значительную сложность представляет собой необходимость использования современной аппаратуры и компьютерных систем. Располагая значительным опытом выявления, диагностики и лечения различных форм БА, мы убедились в практической важности комплексирования в этих условиях специалистов различных профилей (рентгенологов, эндоскопистов, гастроэнтерологов, невропатологов, кардиологов, клинических иммунологов, аллергологов). Опыт показывает, что только комплексный подход по решению сложных клинических задач в области астмалогии позволяет четко определить рациональную тактику ведения пациентов и предопределить прогноз заболевания. Кроме того, необходимость использования новейших методов диагностики и терапии также требует участия специалистов разного профиля. Анализу подвергнуты наблюдения в наиболее тяжелых группах больных БА. Оказалось, что важную роль играют наследственность, условия проживания, профессиональные и экологические факторы и др. Наше внимание обращено на значение возрастных особенностей и предикторов астматического процесса. У 37% обследованных больных БА сформировалась в детском возрасте с последующим нарастанием тяжести клинических проявлений. В последующем имелась тенденция частого сочетания БА с внелегочной патологией, что потребовало применения специальных методов исследования. У 44% больных проявления тяжелой астмы стали причиной их госпитализации в пульмонологическое отделение. Осложнение каждого из сопутствующего заболевания нередко наслаивается на общую картину заболевания и отягчает течение основного процесса. В последние годы особое внимание привлекло частое сочетание БА с сахарным диабетом, что потребовало участия эндокринолога в терапии таких пациентов. Больные с тяжелой БА нередко требуют проведения эндоскопических исследований, применения лучевых методов исследования (компьютерная томография, УЗИ, ЭхоКГ и др.). Как правило, комиссионно устанавливается полный клинический диагноз, определяется профиль ведущей

патологии и план патогенетической и вспомогательной терапии. Такая форма организации оказалась оправданной и обеспечивала достаточно высокую эффективность лечения подобного контингента больных.

ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Басиев З.Г., Гаглоев Н.И.

*ГОУ ВПО «Северо-Осетинская
государственная медицинская академия»,
Республиканская клиническая больница,
Владикавказ, Россия*

Среди контингентов больных поступающих для обследования и лечения в пульмонологическое отделение нередко выявляются признаки поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — изжога, некоронарогенные боли за грудиной, боли в подложечной области, дисфагия и др. Накопленный нами опыт доказывает, что при болезнях органов дыхания нередко причинными факторами становятся патологические процессы и функциональные нарушения ЖКТ. Особое место в этом отношении занимают рефлюксные нарушения — желудочно-пищеводные (ГЭРБ), дуоденогастральные (ДГР). Применение эзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) во многом расшифровывают патогенетические особенности формирования бронхиальной астмы и хронических обструктивных заболеваний легких. Исходя из этого по единой методике 220 больных с болезнями органов дыхания (БОД) и предполагаемой патологией ЖКТ были подвергнуты ФЭГДС. Такая процедура больными БОД обычно переносилась вполне благоприятно. У подавляющего числа этих больных (92%) при ФЭГДС были выявлены гастриты, гастродуодениты, язвенные поражения, а около половины из них имели признаки ГЭРБ, причем четверть таких больных имели проявления ДГР. У 62% пациентов установлено участие в воспалительном процессе ЖКТ *H. pylori* (НР). ГЭРБ-индуцированные воспалительные изменения в верхнем и нижних отделах дыхательного тракта при участии НР потребовали применения интенсивной терапии БОД, планомерной эрадикации наиболее эффективными средствами, урегулирования образа жизни и питания, санации очагов инфекции верхних дыхательных путей, а также применения ингибиторов протонной помпы и гастродуоденопротекторов. В последующем для реабилитации этой группы больных нами рекомендовалось санаторно-курортное ле-

чение в условиях Железноводска, Пятигорска, Ессентуков и др. Такой комплексный подход к диагностике и лечению больных с комбинированной патологией органов дыхания и пищеварения предупреждает развитие частых обострений этих заболеваний с повышением качества жизни. Последующие наблюдения за группой больных обследованных в условиях клиники показали, что нарушения предписанных рекомендаций может привести к обострениям и даже прогрессированию бронхо-легочного процесса и патологии ЖКТ. В связи с этим в выборочной группе больных было предпринята повторная их госпитализация в пульмонологическое отделение с проведением контрольных ФЭГДС. Оказалось, что среди пациентов имевших достаточно высокий уровень комплаенса прогрессирование как легочного процесса, так и патологии ЖКТ выраженного прогрессирования не было. В других случаях неблагоприятное течение характеризовалось параллельными нарушениями в подобной комбинированной патологии. Особо следует отметить, что при прогрессировании таких сочетанных заболеваний важен мониторинг инфицированности НР, несомненно обуславливающих рецидивы гастритов, эзофагитов, а в части случаев (2 чел.) развитие пищевода Баррета. В связи с этим практически оправдан обмен информацией о состоянии больных этой группы между поликлиническими врачами и специалистами клинических отделений с периодическим контролем патологии дыхания и ЖКТ и проведением противорецидивной терапии.

ИНФОРМАЦИОННО-ЭНТРОПИЙНЫЙ АНАЛИЗ В ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ МЕТЕОФАКТОРОВ НА БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ

Ботова Н.К.

УРАН Институт биомедицинских исследований ВНИЦ РАН и Правительства РСО-Алания, Владикавказ, Россия

В организме в условиях контакта со средой происходят изменения, связанные с восприятием и перемещением информационных сигналов, их оценкой, формированием в центральных отделах нервной системы стратегии реагирования, включение нервного и гуморального механизмов настроечной регуляции вегетативных функций, обеспечивающих приспособительное поведение. Выявлено, что физиологическая метеочувствительность имеет место лишь у здоро-

вого человека с хорошими резервными возможностями. В случае ослабления организма, болезни, стресса имеет место болезненная метеочувствительность.

Цель исследования — изучение влияния метеофакторов на показатели артериального давления и частоту сердечных сокращений у больных гипертонической болезнью, жителей г. Владикавказа.

Материал и методы. Обследовано 35 больных гипертонической болезнью (ГБ) I-III степени в возрасте от 50 до 68 лет. Для оценки биоритмологической структуры проводили ауторитмометрию показателей сердечно-сосудистой системы (частоты сердечных сокращений, систолического и диастолического артериального давления) в течение трех последовательных суток, через равные 4-х часовые интервалы времени в 2.00, 6.00, 10.00, 14.00, 18.00 и 22.00 часов в контрастные сезоны года (зимой и летом). Обработку полученных при ауторитмометрии данных проводили с помощью программы «Rhythm» для выявления синусоидальных ритмов с неизвестным периодом. В результате получали графики с синусоидальными ритмами изучаемого показателя с оценкой мезора, амплитуды, периода и достоверности.

Данные о синхронной метеосводке в г. Владикавказе (атмосферное давление (АтД), относительная влажность, температура, скорость и направление ветра) взяты с сайта <http://www.meteo.infospace.ru/>. Степень метеолабильности оценивали по уровню значимости коэффициентов корреляции: менее 0,01 — высокое влияние (высокая метеолабильность); менее 0,05 — среднее влияние (средняя метеолабильность); менее 0,1 — низкое влияние (низкая метеолабильность).

Статистический анализ проводился с помощью электронных таблиц Excel 2007 с надстройкой Attestat, пакета программ Statistica 6.0 с применением дисперсионного (ANOVA) и регрессионного анализов. При информационно-энтропийном анализе вычисляли энтропию Шеннона (H), относительную энтропию (h), коэффициент избыточности (R%). При величине избыточности 0-10% управление системой характеризуется как стохастическое, 10-30% — стохастически-детерминированное, или квазидетерминированное, 30-100% — детерминированное.

Результаты.

Среди больных гипертонической болезнью выявлены достоверные взаимосвязи показателей АД и ЧСС с показателями синхронной метеосводки:

- эффект метеочувствительности по влажности у 13 (37%) человек;