

2 раза выше среднемирового [5]. На территории санатория проявлено содержание марганца в пределах 558,3-918,1 при среднем 749 мг/кг, что меньше регионального фона и значительно ниже ПДК.

Содержание бария, стронция и титана значительно ниже кларковых значений и регионального фона.

При оценке опасности загрязнения почв химическими веществами учитывают, что опасность тем больше, чем больше фактическое содержание контролируемых веществ превышает ПДК. То есть, опасность загрязнения почвы выше, чем больше значение коэффициента опасности (K_o) превышает 1 и чем выше класс опасности контролируемых веществ [7].

Показано, что на территории санатория K_o имеет значения: $2 < 6 < 11 < 13$, соответственно – кобальт, медь, никель, хром. Если учитывать показатели регионального фона, то территорию санатория можно отнести к вполне благополучной.

Для характеристики локальных техногенных аномалий используют коэффициенты концентраций (сравнение с содержанием в «незагрязненных» фоновых почвах) отдельных химических элементов (K_k). Очаги техногенного загрязнения, как правило, представляют собой избыточную концентрацию не одного, а целого комплекса химических элементов. Химическое загрязнение почв оценивается по суммарному показателю концентрации (СПК), являющемуся индикатором неблагоприятного воздействия на здоровье. СПК химических элементов характеризует степень химического загрязнения почв территории вредными веществами различных классов опасности и определяется как сумма коэффициентов концентраций отдельных элементов. Для оценки используют элементы с $K_k > 2$. Если фактические данные не превышают фоновых величин, дальнейшие исследования можно не проводить [8]. Получены следующие результаты K_k : $0,43 < 0,63 < 0,74 < 0,79 < 0,85 < 0,97$, соответственно: медь < марганец < ванадий < хром < кобальт < никель.

Для территории санатория не характерно загрязнение почвенного покрова, связанное с промышленными выбросами, однако обнаружены локальные участки, связанные с влия-

нием автотранспорта. И так, K_o и K_k свидетельствуют о том, что территория по оценке геохимического состояния почв сохраняет относительно благоприятное качество среды.

Результаты определения биологической активности почв (БАП) как индикатора ее самоочищающей способности представлены на рисунке 1.

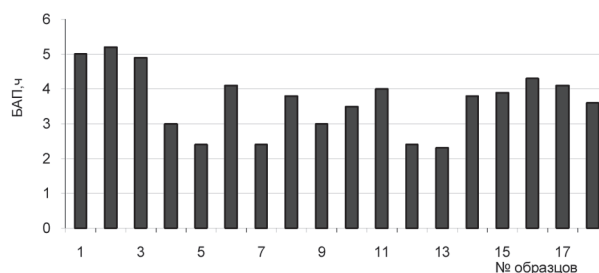


Рис. 1. Биологическая активность почв санатория Байкал.

БАП имеет сравнительно высокие значения и варьирует в пределах от 2,4 до 5,2 часа скорости разложения карбамида, что близко к результатам, полученным при исследовании почв п. Листвянка. Контрольные образцы по активности уступают в 1,5-2 раза. Выявлена статистически значимая взаимосвязь БАП от значений актуальной кислотности (рН) почв ($r=7$).

Это позволяет считать высокую зависимость активности почв от их щелочно-кислотных условий, которые под действием урбанизации изменяются в щелочную сторону. Данные позволяют сказать, что на настоящий момент биохимический потенциал почв санатория высокий. Однако в экологическом плане тенденция метаболического прогресса не всегда может расцениваться как положительный момент. Речь идет о процессах разложения азотсодержащих органических веществ, при которых почва может терять такой важный органогенный элемент как азот. Этот факт убеждает в том, что не только почвы густонаселенных пунктов, но и курортно-санаторных зон нуждаются в мониторинге.

Гео, 2008. – 234 с.

5. Кабата-Пендиас А., Пендиас Х. Микроэлементы в почвах и растениях. – М.: Мир, 1989. – 439 с.

6. Климатические ресурсы Байкала / Под ред. Н.П. Ладейщикова. – Новосибирск: Наука, 1976. – 317 с.

7. Методические указания по оценке степени опасности загрязнения почвы химическими веществами. От 13.03.1987г. № 4266-87 (<http://www.law.edu.ru/norm/norm.asp?normID=1275832>).

8. Руководство по разработке раздела «Охрана окружающей среды» к проекту планировки (реконструкции) жилого района. – М., 1998. – 61 с.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аристовская Т.В., Чугунова М.В. Экспресс-метод определения биологической активности почв // Почвоведение. – 1989. – №11. – С.142-147.

2. Виноградов А.П. Геохимия редких и рассеянных химических элементов в почвах. – М.: Изд-во АН СССР, 1950. – 275 с.

3. ГОСТ 17.4.3. 01-83(СТ СЭВ 3847-82). Охрана природы. Почвы. Общие требования к отбору проб. – М.: Изд-во стандартов, 1984. – 4 с.

4. Гребенникова В.И., Лустенберг Э.Е., Китаев Н.А., Ломоносов И.С. Геохимия окружающей среды Прибайкалья (Байкальский геоэкологический полигон). – Новосибирск:

Информация об авторах: 664033, г. Иркутск, ул. Уланбаторская, 1, тел. (3952) 427089, e-mail: napev@irigs.irk.ru, Напрасникова Елизавета Викторовна – старший научный сотрудник, к.б.н.; Воробьева Ирина Борисовна – старший научный сотрудник, к.г.н.; Власова Наталья Валерьевна – научный сотрудник, к.г.н.

© СИНДЫХЕЕВА Н.Г., КАЛЯГИН А.Н., ГОРЯЕВ Ю.А. – 2011
УДК 616.72-036.4-073:543.422.25

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ КУРОРТНОЙ ЗОНЫ «ЖЕМЧУГ» ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Нона Геннадьевна Синдыхеева, Алексей Николаевич Калягин, Юрий Аркадьевич Горяев
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – д.м.н., проф. А.Н. Калягин)

Резюме. Представлены результаты оценки эффективности применения минеральной термальной воды «Жемчуг» (Республика Бурятия) у 62 больных с остеоартрозом коленных суставов. Установлено, что лечение водами «Жемчуг» приводит к анальгетическому эффекту и уменьшению количества принимаемых НПВП, которые сохраняются на протяжении 6 месяцев после завершения курса, а также стойкому уменьшению скованности и функциональной недостаточности. Ранняя бальнеореакция регистрировалась у 13% больных, поздняя – у 4,8%. Бальнеореакции легко купировались и не требовали госпитализации.

Ключевые слова: Жемчуг, водолечебница, Республика Бурятия, Тункинская долина, остеоартроз.

POSSIBILITIES OF APPLICATION OF MINERAL WATER OF THE RESORT ZONE «ZHEMCHUG» IN OSTEOARTHRITIS

N.G. Sindykheeva, A.N. Kalyagin, Yu.A. Goryaev
(Irkutsk State Medical University)

Summary. The results of an estimation of efficiency of application of mineral thermal water «Zhemchug» (Republic Buryatiya) in 62 patients with osteoarthritis of knee joints are presented. It has been established that treatment by waters «Pearls» leads to analgetic effect and reduction of quantity of accepted NSAID, which remain throughout 6 months after course end, as well as reduction of constraint and functional insufficiency. Early water-reaction was registered in 13,0% of patients, late – in 4,8%. Water-reactions were easily stopped and didn't require hospitalization.

Key words: «Zhemchug», hydropathic establishment, Buryat Republic, Tunkinsky valley, osteoarthritis.

Масштабная территория России богата редкими и весьма эффективными природными лечебными факторами. В своём докладе на всероссийском форуме «Развитие санаторно-курортной помощи, восстановительного лечения и медицинской реабилитации» министр здравоохранения и социального развития России Т.А. Голикова отмечает, что «наша страна располагает уникальными природными лечебными факторами». В этом же докладе подчёркивается огромная значимость использования санаторно-курортных факторов в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения. Отмечается, что дальнейшее эффективное использование и развитие санаторно-курортных учреждений может рассматриваться как дополнительное инвестирование в здоровье человека [2].

На территории Республики Бурятия располагается большой комплекс природных лечебных факторов, особенно плотно сконцентрированных в Тункинской долине [1,10]. Среди них широко исследованный и известный пациентам и специалистам курорт «Аршан» [10], известная уже более 150 лет и недавно изученная водолечебница «Нилова Пустынь» [9], а также открытая в 1954 году недостаточно изученная Жемчугская водолечебница. Широкое использование этих мест для оздоровления и профилактики заболеваний населения прилежащих территорий (Иркутская область, Республика Бурятия и др.) является чрезвычайно перспективным.

Остеоартроз (ОА) представляет собой наиболее распространённое ревматологическое заболевание. Многие предполагают, что оно является отражением естественного инволютивного процесса старения человеческого организма. С возрастом частота его растёт, достигая практически 100% в 80-летнем возрасте.

Программа лечения при дегенеративных заболеваниях позвоночника и суставов включает две группы методов: 1) нефармакологические: снижение массы тела, физические упражнения при разгруженных суставах (в положении сидя, лёжа, в бассейне), санаторно-курортное и физиолечение (грязи, бальнеотерапия, бишофит, озокерит и т.д.), применение средств ортопедической коррекции (трости, костыли, наколенники, голеностопы, тьюторы и т.д.), протезирование суставов; 2) фармакологические: анальгетики, структурно-модифицирующие средства, внутрисуставные глюкокортикоиды и миорелаксанты [4,5]. К сожалению, использование только медикаментозной терапии не даёт устойчивого положительного эффекта [6]. Актуальным является вопрос сохранения долголетия суставов при ОА. Эта задача решается разными способами, в том числе и санаторно-курортными средствами.

В значительном числе литературных источников обсуждается возможность применения санаторно-курортного лечения с целью профилактики обострений ОА, в частности в Рекомендациях Европейской лиги по борьбе с ревматическими заболеваниями (EULAR) по доказательному лечению ОА курортотерапии присвоен уровень доказательности 1b (по крайней мере, одно рандомизированное клиническое испытание), степень обоснованности рекомендаций – C (основана на результатах, по меньшей мере, одного клинического испытания, не удовлетворяющего критериям качества), а выраженность терапевтического эффекта составляет 1,0, что сопоставимо с эффектом структурно-модифицирующих препаратов и лечебной физкультуры [12]. В более поздних клинических рекомендациях однозначной оценки бальнеотерапии дано не было [13,14].

Целью нашей работы стала оценка медицинской эф-

фективности применения минеральной термальной воды «Жемчуг» (Тункинская долина Республики Бурятия) в лечении больных ОА.

Материалы и методы

В исследование были включены 62 больных с первичным ОА коленных суставов, среди которых 43 (69,3%) женщины, 19 (30,6%) мужчин, возраст больных колебался от 48 до 67 лет (средний возраст 57,6±6,5). Диагноз ОА был подтверждён рентгенологически (рентгенограммы выполнялись по месту жительства до момента прибытия). Среди обследованных больных 2 стадию заболевания по классификации I. Kellgren и I. Lawrence (1957) имели 40 (64,5%) больных, а 3 стадию – 22 (35,5%).

Все больные дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании, протокол которого был одобрен Локальным этическим комитетом.

Водолечебница «Жемчуг» располагается в центральной части Тункинской котловины в пойме реки Иркут. Все больные получали ванны, полуванны по 8-15 минут, курс продолжительностью 10-12 ванн. Для оценки результатов исследования использовалась опросная карта, которая включала общие сведения о больном, диагноз, давность заболевания, где лечился, был ли на этом курорте, когда, какой эффект, характер назначенного лечения, его переносимость, применение в этот период лекарственных препаратов, динамика боли, ограничения подвижности, функциональной недостаточности по шкале ВАШ (визуально-аналоговая шкала) при ходьбе на расстояние 15 м, оценка по опроснику WOMAC (боль, скованность, функциональная способность) [11], количество таблеток (капсул) принимаемых нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), наличие бальнеореакции.

Показатели анализировались до лечения, после лечения на 3, 6, 12 месяцев. Для окончательного анализа были использованы данные о 49 больных, которые представили результаты оценки своего состояния через 12 месяцев после окончания исследования.

Данные представлялись в виде средних величин (М) и стандартного отклонения (SD). Распределения проверялись на нормальность с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Статистическая обработка выполнялась в программном пакете SPSS Statistics v. 20.0 (IBM, 2011) с использованием парного критерия Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Оценка клинической эффективности применения минеральных термальных вод курортной зоны «Жемчуг» производилась с использованием нескольких стандартизированных шкал. Ранняя бальнеологическая реакция была зарегистрирована у 13 (21,0%) больных в виде кратковременной дурноты после приёма ванны, покраснения кожи и ощущения жара. Все эти явления проходили через 5-20 мин самостоятельно после отдыха на свежем воздухе, каких-либо медикаментозных вмешательств не производилось. У 3-х (4,8%) больных после завершения полного курса приёма ванн была зарегистрирована поздняя бальнеологическая реакция в виде усиления болей в суставах, продолжительностью до 5 дней, что потребовало применения дополнительных доз НПВП. Поздняя бальнеореакция появлялась на 5-7 день по-

сле завершения полного курса терапии, ни в одном случае она не потребовала госпитализации.

До начала терапии больные жаловались на симптомы боли механического ритма, утренней скованности, сопровождающейся необходимостью некоторое время расхаживаться, и выраженной функциональной недостаточности. Многие отмечали боль при спуске по лестнице, в вечерние часы. Ежедневно все больные принимали НПВП в среднем по 1-1,5 таблетки.

Было отмечено, уже через 3 месяца после окончания терапии было зарегистрировано статистически значимое уменьшение выраженности боли, скованности и функциональной недостаточности. Значительная часть больных отказалась от приёма НПВП.

Наиболее стойко сохранялся регресс болевых ощущений. Они значимо уменьшались по оценке боли при ходьбе на 15 метров по шкале ВАШ на протяжении всего года наблюдения, но при использовании шкалы WOMAC к 12 месяцу уже наблюдалось возвращение боли к исходному уровню. Об этом же говорит и возврат к прежней дозе НПВП на 9 месяце наблюдения и даже статистически значимое повышение дозы потребляемых препаратов к 12 месяцу. Фактически, оценку боли при ходьбе больные могли производить уже на фоне приёма лекарства, потому она была несколько заниженной.

Наличие скованности и функциональной недостаточности оценивались по шкале WOMAC. Эти симптомы стойко и статистически значимо регрессировали на протяжении всех 12 месяцев наблюдения, что свидетельствует о существенном улучшении состояния больных после курса терапии. К 12-му месяцу уменьшение скованности сохранялось ещё на 24%, а функциональной недостаточности – на 27%.

Считается, что хороший эффект для больных с ОА имеет лечение на бальнеологических курортах с сероводородными, радоновыми, хлоридными натриевыми, йодобромными водами и курорты Нафталан и Янгантау. Одним из наиболее предпочтительных является использование радоносодержащих вод, т.к. они могут применяться при на-

личии у больного реактивного синовита и сопутствующей патологии сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной и репродуктивной систем [3,8]. Опыт лечения подобных заболеваний на курорте «Белокуриха» имеет давнюю историю. Действие азотно-кремниевых радоновых вод этого курорта на больных с БКМС детально изучено в последние 25 лет [7]. Исследования А.П. Шкляр (2009) на базе водолечебницы «Нилова Пустынь» (Республика Бурятия), выполненные с участием 64 больных с верифицированным по данным

Таблица 1

Оценка динамики показателей у больных, М±SD (n=62)

Параметры	До лечения	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 9 мес.	Через 12 мес.
Оценка боли при прохождении 15 м, ВАШ, мм	60,5±13,3	21,4±14,6 p<0,001	28,2±15,6 p<0,001	30,3±18,8 p<0,001	44,7±16,1 p<0,001
По индексу WOMAC					
1. Боль, ВАШ, мм	168,7±42,8	60,5±41,7 p<0,001	98,0±84,6 p<0,001	124,6±84,7 p<0,001	165,4±173,9 p=0,879
2. Скованность, ВАШ, мм	97,2±27,5	38,2±20,8 p<0,001	57,4±35,7 p<0,001	72,2±42,8 p<0,001	74,4±30,5 p<0,001
3. Функциональная способность, ВАШ, мм	663,9±172,7	162,2±161,4 p<0,001	382,4±269,0 p<0,001	418,4±274,4 p<0,001	484,8±246,3 p<0,001
Количество применяемых НПВП, таблетки/сутки	1,1 ± 0,9	0,4 ± 0,7 p=0,140	0,5±0,5 p<0,001	1,1±0,7 p<0,837	1,5±0,8 p<0,013

Примечание: p – это оценка значимости по парному критерию Стьюдента по сравнению с исходным значением.

рентгенографии диагнозом ОА коленных суставов, наглядно продемонстрировали лечебно-профилактическую эффективность применения термальных радоносодержащих минеральных вод для данных категорий больных [9].

В то же время стоит отметить, что все перечисленные работы основывались на разных методологических подходах, с использованием разных шкал и методик измерения. Подчеркнем, что в работе А.П. Шкляр и соавт. (2009) было зарегистрировано сохранение анальгетического эффекта на протяжении примерно 6 месяцев [9], что сопоставимо с данными нашего исследования.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что лечение термальными минеральными водами «Жемчуг» приводит к анальгетическому эффекту и уменьшению количества принимаемых НПВП, которые сохраняются на протяжении 6 месяцев после завершения курса, а также стойкому уменьшению скованности и функциональной недостаточности. Ранняя бальнеореакция регистрировалась у 13% больных, поздняя – у 4,8%. Бальнеореакции легко купировались и не требовали госпитализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бархутова Д.Д., Данилова Э.В., Намсараев Б.Б., Хахилова В.В. Лечебные минеральные воды Бурятии // Актуальные вопросы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. – Иркутск-Аршан, 2009. – С.10-13.
2. Голикова Т.А. Проект доклада Министра Татьяны Голиковой на всероссийском форуме «Развитие санаторно-курортной помощи, восстановительного лечения и медицинской реабилитации» – URL: <http://www.minzdravsoc.ru/health/resort/8> (проверено 20.06.2010).
3. Григорьева В.Д. Болезни костно-мышечной системы // Справочник по санаторно-курортному отбору / Под ред. В.М. Боголюбова. – М.: Медицина, 1986. – С.123-146.
4. Калягин А.Н., Казанцева Н.Ю. Остеоартроз: вопросы клиники и диагностики (сообщение 1) // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2005. – №1. – С.97-101.
5. Калягин А.Н., Казанцева Н.Ю. Остеоартроз: современные подходы к терапии (сообщение 2) // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2005. – Т. 51. №2. – С.93-97.
6. Каменев Ю.Ф., Берглезов М.А., Батпенев Н.Д. и др. Условия достижения длительной и стойкой ремиссии при разных типах течения деформирующего артроза средствами консервативного лечения // Вестн. ревматол. ортопедии. – 1997. – №4. – С.9-13.
7. Ударцев Е.Ю., Распопова Е.А., Рехтин Н.Ф. и др. Эффективность сочетанной радонотерапии в реабилитации

больных посттравматическим остеоартрозом // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – №2. – С.90-94.

8. Царфис П.Г. Природа и здоровье человека (лечебно-профилактические основы курортологии). – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: Высшая школа, 1987. – 480 с.

9. Шкляр А.П., Макаров О.А., Ильина Л.И., Калягин А.Н. Использование радоносодержащих термальных вод курорта «Нилова Пустынь» для лечения и профилактики обострений болезней костно-мышечной системы // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2009. – Т. 84. №1. – С.74-76.

10. Шнейзер Г.М., Родионова В.А., Минеева Л.А. и др. Минеральные воды Тункинской долины // Актуальные вопросы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. – Иркутск-Аршан, 2009. – С.14-16.

11. Bellamy N. WOMAC Osteoarthritis Index – a user's guide. – London: London Health Sciences Centre, 1995. – 241 p.

12. Jordan K.M., Arden N.K., Doherty M., et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCIIST). // Ann. Rheum. Dis. – 2003. – Vol. 62. – P.1145-1155.

13. Zhang W., et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee Osteoarthritis, part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. // Osteoarthritis cartilage. – 2008. – Vol. 16. – P.137-162.

14. Zhang W., et al. OARS recommendations for the management of hip and knee Osteoarthritis, part III: Changes in evidence

following systematic cumulative update of published through January 2009 // Osteoarthritis cartilage. – 2010. – Vol. 18. – P.476-499.

Информация об авторах: 664046, Иркутск, а/я 62, тел. (3952) 703722, 708661, e-mail: akalagin@mail.ru, Синдыхеева Нона Геннадьевна – аспирант; Горяев Юрий Аркадьевич – профессор, д.м.н.; Калягин Алексей Николаевич – проректор по лечебной работе и последиplomному образованию Иркутского государственного медицинского университета, заведующий кафедрой, д.м.н., профессор

© ФИЛИППОВ П.Г., ВЕРШИННИНА М.П. – 2011

УДК: 616.8-02:616.98:578.828.61-07

ПОРАЖЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Павел Геннадьевич Филиппов, Марина Павловна Вершинина

(Московский государственный медико-стоматологический университет, ректор – д.м.н., проф. О.О. Янушевич, кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии, зав. – д.м.н., акад. РАМН, проф. Н.Д. Ющук)

Резюме. С целью оценки функционального состояния вегетативной нервной системы (ВНС) у больных с ВИЧ-инфекцией обследованы 103 больных с ВИЧ-инфекцией изучали показатели вариабельности ритма сердца, частоту и выраженность вегетативных проявлений. Контрольную группу составили 23 практически здоровых лиц. Установлено, что по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции происходит изменение функционального состояния ВНС с развитием гиперсимпатикотонии, увеличивается частота и выраженность вегетативных проявлений.

Ключевые слова: вегетативная нервная система, вариабельность ритма сердца, ВИЧ-инфекция.

INVOLVEMENT OF AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM IN HIV-INFECTED PATIENTS

P.G. Filippov, M.P. Vershinina

(Moscow State Medical and Stomatological University)

Summary. Objective: To estimate the functional state of the autonomic nervous system (ANS) in patients with HIV-infection. Data collection and research methodology: 103 HIV-positive patients were studied for heart rate variability, frequency and severity of vegetative manifestations. The control group consisted of 23 healthy individuals. Results: As HIV-infection progresses the functional state of ANS changes, hypersympathicotonia develops and the frequency and severity of vegetative manifestations increases.

Key words: autonomic nervous system, heart rate variability, HIV-infection.

Поражение нервной системы при ВИЧ-инфекции наблюдается у 80-90% больных [6-8], и у 4-5% из них неврологическая симптоматика становится первым клиническим признаком манифестации болезни [8]. Патология вегетативной нервной системы и сопутствующая ей патология различных органов и систем, возникает на разных стадиях заболевания в 15-50% случаев [3].

На изменение вегетативного статуса у ВИЧ-инфицированных больных влияет не только сам вирус иммунодефицита, но и другие факторы: последствия наркотической зависимости, сопутствующая хроническая патология, воздействие оппортунистических инфекций, медикаментозная терапия, аутоиммунная патология, недостаточность витамина B12 [4,5], а также характерологические особенности личности (склонность к депрессии) и т.д. Клинические симптомы поражения вегетативной нервной системы, во многом являющиеся неспецифическими, существенно отягощают течение и ухудшают прогноз заболевания [2], а также влияют на изменение качества жизни и социальную адаптацию у данной категории больных.

Поскольку в настоящее время увеличивается доля неврологических осложнений при ВИЧ-инфекции, то возрастает интерес исследователей к изучению механизмов нарушения вегетативной нервной системы (ВНС) и характера вегетативных реакций, наблюдающихся до развития тяжелых оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных больных.

Целью нашей работы было изучение особенностей функционального состояния вегетативной нервной системы на разных стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы

Обследовано 103 больных (от 19 до 40 лет), из них

64 (62,1%) мужчин и 39 (37,9%) женщин. Больные находились на учете в поликлинике Московского городского центра по профилактике и борьбе со СПИДом, у них была выявлена ВИЧ-инфекция на разных стадиях течения: III-IVБ (по классификации В.И. Покровского, 2001). В исследование не включались больные ВИЧ-инфекцией: употребляющие наркотические вещества в течение предшествующих 6 месяцев перед исследованием; принимающие противовирусные препараты для лечения ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов, а также больные со СПИД-индикаторными заболеваниями на момент исследования и в анамнезе.

Группу контроля составили практически здоровые лица без ВИЧ-инфекции (n=23) от 19 до 40 лет, среди которых 14 (60,9%) мужчин и 9 (39,1%) женщин без признаков вегетативной дисрегуляции при клинико-инструментальном обследовании.

Все пациенты выразили добровольное информированное согласие на участие в исследовании в письменной форме.

Больные ВИЧ-инфекцией были разделены на сопоставимые между собой группы по стадиям заболевания, по предполагаемой длительности заболевания, по общей иммунологической характеристике и вирусной нагрузке.

Использовались общеклинические (в том числе с оценкой вегетативного статуса), клинико-лабораторные, инструментальные и специальные (комплекс для анализа вариабельности сердечного ритма «Варикард», сертифицированный для медицинской практики от 9.06.1998 г., №5) методы.

Для статистической обработки применялись методы непараметрической статистики с использованием критерия Манна-Уитни и критерия χ^2 для сравнения частот в соответствии с распределением данных. Математическая обработка данных проводилась при