

пространства, что нередко является причиной острой глухоты.

Таким образом, все эти заболевания являются причинами последующей инвалидизации больных, что ещё раз подчеркивает актуальность данной проблемы для нашего общества.

Целью нашей работы является медико-социологический мониторинг некоторых аспектов острой сосудистой патологии.

Работа проводилась в Зеленчукском районе Карачаево-Черкесии, в котором также как в РФ отмечается последние годы перекрест кривых рождаемости и смертности, с преобладанием последней.

В Зеленчукском районе проживает 49992 человека. Женское население составляет – 26800 человек (52%), мужское – 23122 (48%). Возрастной состав населения отличается от других районов КЧР. Так, удельный вес детского населения 10724 (21,4%) меньше минимум на 5% по отношению к другим районам, близким по численности населения. В то же время лиц старше 60 лет – 9450 – 26% от взрослого населения, что в среднем на 5,3% больше, чем в других районах.

Выявленные особенности половозрастной структуры населения определяют более низкую рождаемость и высокую смертность в Зеленчукском районе по сравнению с другими регионами республики. В структуре смертности лидирует сосудистая патология, это особенно наглядно среди лиц старше 60 лет.

На материале Зеленчукского района КЧР была изучена инвалидизация населения вследствие болезней системы кровообращения, впервые ежегодно устанавливается группа инвалидности жителям района от 299 до 382. Возрастная шкала представлена тремя группами: 40-49 лет, 50-59, старше 60. Наименьшее количество больных наблюдается в первой возрастной группе – 15%, наибольшее в старшей – 67%. Последние данные коррелируют с сообщениями других авторов (М.В. Путилина, 2011) сообщающих, что только частота инсультов увеличивается в 1,5-2 раза в каждом последующем десятилетии, начиная с 30 лет.

В результате ограничения притока крови и ухудшения возможностей коллатерального кровообращения, возникающими тромбозами наблюдается рост острой сенсоневральной тугоухости сосудистого генеза. Развивающаяся при этом тугоухость являлась причиной инвалидности у 2,4% больных, получивших инвалидность 3-й группы. Остаточные явления перенесенных сосудистых нарушений в ряде случаев приводили к социально-бытовой дезадаптации. По нашим данным, более 70% таких больных теряют свою социальную активность.

Оценка изложенного материала послужила основой для проведения паспортизации врачебных участков, выделения групп здоровья, которые подлежат особому вниманию.

Для этого разработан «Лист активного посещения». В этом листе отражаются паспортные данные, вредные привычки, хронические заболевания, общее состояние с указанием артериального давления, веса, пульса, объема талии и другое. В конце выносится заключение с рекомендациями по необходимому обследованию и лечению, с которым знакомится пациент. Основная цель введения такого листка это привлечение внимания населения к своему здоровью и активизация работы в этом направлении участковых врачей.

Длительная и кропотливая работа повысила роль первичного звена здравоохранения в оптимизации показателей здоровья населения. Кроме того, данные медико-социального мониторинга региона дали возможность дать общую оценку состоянию здоровья населения и сделать прогноз на будущее. В частности стало очевидным, что в разрабатываемой концепции развития здравоохранения, кроме повышения оснащенности медицинской отрасли современным оборудованием и подготовкой высококвалифицированного медицинского персонала, должна быть отражена инновационная программа привлекательности собственного здоровья для каждого гражданина.

РОЛЬ ЛЕПТИНА В РАЗВИТИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЖИРОВОГО ОБМЕНА У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Горшунова Н.К., Логинов П.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: gorsh@kursknet.ru

Артериальная гипертония (АГ) в любом возрасте часто сопровождается метаболическими нарушениями, вплоть до развития метаболического синдрома. Одним из предикторов развития и прогрессирования нарушений метаболизма признается инсулинорезистентность (ИР), в развитии которой значимая роль принадлежит гормонам жировой ткани. Жировая ткань продуцирует огромное количество биологически активных веществ – адипокинов. Все они кроме адипонектина снижают чувствительность периферических тканей к инсулину. Среди адипокинов наименее изучена роль лептина, регулирующего чувство голода и тем самым влияющего на увеличение жировой ткани в структуре тела.

Цель исследования – определить значение лептина в развитии ИР у пожилых женщин, страдающих АГ на фоне избыточной массы тела и ожирения.

В исследовании приняли участие 65 женщин пожилого возраста, страдающих АГ II ст. В их число вошли 29 женщин с ожирением, индекс их массы тела (ИМТ) составил – $33,8 \pm 0,6$; 22 женщины с избыточной массой тела, ИМТ –

26,5 ± 1,6; 14 женщин с нормальной массой тела, ИМТ – 22,9 ± 0,6, $p < 0,001$. Уровень инсулина и лептина в сыворотке определяли иммуноферментным методом. Показатель инсулинорезистентности (ИР) рассчитывали по методу D. Matthews (1985). Полученные результаты представлены как $M \pm m$ и статистически обработаны с помощью прикладных программ Microsoft Excel 2000. Различия между сравниваемыми группами оценивались по критерию Стьюдента и признавались достоверными при $p < 0,05$.

У женщин с нормальным ИМТ уровень лептина составил 53,5 ± 10,2 нг/мл; инсулинемии – 10 ± 3,0 мкМЕ/мл, ИР – 2,5 ± 0,3. У 20 женщин с избыточной массой тела отмечена низкая секреция лептина – 16,5 ± 1,4 нг/мл и повышение ИР до 4,0 ± 0,3 ($p < 0,01$). Только у 2 больных данной группы не выявлено ИР и определено высокое содержание лептина в сыворотке крови – 63,6 ± 10,9 нг/мл. Наиболее значительные изменения исследуемых показателей обнаружены у больных с ожирением. Высокая степень ИР наблюдалась у всех 100% больных. У 50% из них регистрировался низкий уровень лептина (17,3 ± 2,1 нг/мл) без повышения инсулина, но с повышенной ИР – 4,9 ± 0,75. У второй половины – обнаружены нарушения, свидетельствующие о развитии МС: высокий уровень лептина – 45,7 ± 3,8 нг/мл ($p < 0,001$), повышение секреции инсулина до 20,3 ± 4,2 мкМЕ/мл, ($p < 0,05$), максимальная степень выраженности ИР – 6 ± 1,3 ($p < 0,001$); начинающееся повышение уровня триглицеридов – 1,8 ± 0,2 ммоль/л.

Таким образом, наиболее высокая ИР отмечена у больных АГ на фоне ожирения в сочетании с повышенной секрецией лептина – пептида, препятствующего развитию ожирения и участвующего в регуляции чувства голода и энергетического баланса в организме, в контроле за депонированием глюкозы через изменение чувствительности тканей к инсулину либо через регуляцию его секреции. Сочетание гиперлептинемии с гиперинсулинорезистентностью и гиперинсулинемией свидетельствует об инсулино- и лептинорезистентности всех тканей, в том числе и адипозной, что извращает восприятие ощущения голода и способствует прогрессированию метаболических нарушений.

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ГОСПИТАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

Кулмагамбетов И.Р., Мажитов Т.М.,
Амирова А.К., Калиева Ш.С.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, e-mail: amirovaak@mail.ru

В настоящее время проблема рациональной антибактериальной терапии (АБТ) представляет серьезные трудности и остается одной из самых

сложных в практической фармакотерапии. По данным мировых экспертов, почти в 50% случаев, антибактериальные средства (АБС) применяются необоснованно. Следствием нерационального применения АБС является растущая антибиотикорезистентность актуальных возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний. Практикующие врачи до конца не осознают важность проблемы антибиотикорезистентности. Поэтому вопросы проведения адекватной АБТ и преодоления антибиотикорезистентности к наиболее часто используемым в клинической практике АБС остаются актуальными.

Целью исследования явилось изучение основных проблем проведения рациональной АБТ врачами в госпитальной практике.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 227 врачей различных специальностей работающих в стационарах г. Караганды. Анкета включала 8 вопросов, отражающих практику проведения АБТ. Респонденты могли выбирать несколько вариантов ответов из 5 возможных. Полученные данные приведены в виде относительной частоты и стандартной ошибки доли.

Результаты. При выборе АБС 72,7 ± 3% врачей опирались на рекомендации по выбору АБС в республиканском клиническом протоколе. 65,2% респондентов назначали АБС, имеющиеся в формулярном списке организации здравоохранения (ОЗ). При выборе АБС 47,6 ± 3,3% врачей исходили из собственного опыта применения АБС, а 38,3 ± 3,2% опрашиваемых – из известного (стереотипного) опыта использования АБС в клинической практике. 18,9 ± 2,6% респондентов при назначении АБТ ориентируются на научные статьи в периодических медицинских журналах. На выбор 21,6 ± 2,7% врачей оказывают влияние рекомендации заведующего отделением. Согласно принятой доктрине лечения в отделении АБС выбирают 13,2 ± 2,2% врачей. Известность и «авторитет» АБС учитывают 15 ± 2,4% врачей. Для 8,8 ± 1,9% врачей выбор АБС также зависит от новизны АБС, а для 5,7 ± 1,5% и от возможности апробации АБС и бесплатного его использования.

На вопрос, о наличии затруднений при выборе АБС 54,6 ± 3,3% врачей отмечают отсутствие или перебой в обеспечении АБС ОЗ. Отсутствие у 41 ± 3,3% врачей данных по антибиотикорезистентности основных возбудителей инфекций также создают трудности при АБТ. 33,5 ± 3,1% испытывают дефицит информации по АБС и рациональной АБТ. Потребность в дополнительных знаниях в области клинической микробиологии возникает у 16,3 ± 2,5%, а проблемы по интерпретации антибиотикограмм у 11,5 ± 2,1% врачей, что также создают трудности при проведении рациональной АБТ опрошенными врачами.

При отсутствии в ОЗ АБС, указанного в республиканском клиническом протоколе