

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

59,5 ± 3,3% врачей назначают альтернативный препарат, 44,9 ± 3,3% назначают АБС, имеющийся в наличии в ОЗ, но не указанный в клиническом протоколе, 24,2 ± 2,8% врачей рекомендуют пациенту приобрести АБС за собственные средства.

Значительная часть респондентов – 48 ± 3,3% при проведении АБТ не учитывают результаты антибиотикограмм, 9,5 ± 1,9% врачей – ориентируются не всегда. Трудности при интерпретации результатов микробиологических исследований возникают у 15 ± 2,4% врачей, а 25,1 ± 2,9% опрошенных затруднились ответить на этот вопрос. Объем и результаты работы бактериологической лаборатории удовлетворяют менее чем 1/3 опрошенных (29,1 ± 3%) врачей, а 26,4 ± 2,9% опрошенных затруднились ответить на данный вопрос.

Необходимость в консультации врача-клинического фармаколога в клинической практике возникает часто – у 73,1 ± 2,9% врачей, однако 48 ± 3,3% врачей не имеют этой возможности, так как в штате ОЗ нет врача-клинического фармаколога.

**Вывод.** Основными проблемами при проведении антибактериальной терапии в госпитальной практике являются, нерациональный закуп и ограниченные ресурсные возможности организаций здравоохранения, дефицит знаний у врачей в области клинической фармакологии и клинической микробиологии, несовершенство микробиологической службы. Требуется разработка комплекса мероприятий по оптимизации антибактериальной терапии в стационарах, направленных на разработку образовательных программ для врачей по рациональной антибактериальной терапии, совершенствование лекарственного обеспечения, развитие служб клинической микробиологии и клинической фармакологии, надлежащая разработка клинических рекомендаций, протоколов диагностики и лечения с учетом данных доказательной медицины и изучения антибиотикорезистентности актуальных возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний.

#### **МАРКЕРЫ МИОКАРДИОФИБРОЗА В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Медведев Н.В., Горшунова Н.К.

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

Старение – запрограммированный процесс, неизбежным атрибутом которого служит сокращение численности функционально – активных клеток в различных органах и системах с замещением соединительной тканью. Морфологические изменения сердечной мышцы, развивающи-

ся на фоне длительного течения артериальной гипертензии (АГ), выражаются в гипертрофии кардиомиоцитов, активации фибропластических процессов [Bradford C. et al. 2007], которые по мере прогрессирования приводят к хронической сердечной недостаточности (ХСН). Клинико-инструментальная оценка выраженности гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ), ассоциирующейся с высоким риском сердечно-сосудистой смертности, имеет важное значение в определении прогноза АГ и ХСН. Встречаемость указанного поражения органов-мишеней при АГ прогрессивно увеличивается по мере развития инволютивных изменений у людей старших возрастных групп. Усиление пролиферации кардиальных фибробластов, прогрессирующее по мере старения на фоне гипоксических изменений в гипертрофированном миокарде, приводящее к избыточному накоплению интерстициального коллагена, снижая эластичность и повышая жесткость миокарда, определяет тем самым развитие диастолической дисфункции, которая признается ранней патофизиологической стадией формирования ХСН. Роль фиброобразования в миокарде при старении мало изучена вследствие низкой доступности неинвазивных информативных методов его диагностики. Вместе с тем, для оценки прогноза течения ХСН у больных АГ старшей возрастной группы могут быть применены и другие, более доступные методы диагностики миокардиального фиброза.

Целью исследования послужила количественная оценка выраженности признаков интерстициального фиброобразования миокарде в при различных функциональных классах ХСН, развившейся на фоне АГ у больных пожилого возраста. Проведено клинико-инструментальное обследование 198 лиц пожилого возраста – 60-74 лет, средний возраст – 67,4 ± 2,3 года, страдающих АГ II ст. Всеми пациентами была выполнена нагрузка в виде теста шестиминутной ходьбы (ТШХ), по результатам которого был установлен функциональный класс ХСН. С целью определения вида дисфункции ЛЖ проведено эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) с применением УЗ сканера MyLab15 (Esoate/PieMedical, Италия) в М и В-режимах по методике Американского общества по эхокардиографии (ASE). Измерены толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), его конечный систолический (КСР) и диастолический (КДР) размеры. На основании указанных измерений рассчитаны конечный диастолический (КДО) и конечный систолический (КСО) объемы ЛЖ, фракция выброса, масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ), определенной по методике Devereux R.B., 1977. С помощью доплеровского анализа оценены показатели, характеризующие трансмитральный диастолический поток