

подростков, многоузловой зоб – у взрослого населения. В структуре ЙДЗ доминирует диффузный зоб, который составил 58,64%, на втором месте многоузловой зоб – 32,04% и 9,32% занимает субклинический гипотиреоз.

Выводы.

1. Показатели заболеваемости населения области таким ЙДЗ, как диффузный зоб и многоузловой зоб за 2006-2010 гг. уменьшились почти в два раза, субклиническим гипотиреозом выросли на 30%, при этом, максимальный рост заболеваемости субклиническим гипотиреозом выявлен в группе подростков.

2. Территориями риска развития ЙДЗ являются Губкинский, Алексеевский, Белгородский, Валуйский, Чернянский, Яковлевский районы.

3. Группу повышенного риска развития диффузного зоба и субклинического гипотиреоза составляют подростки, многоузловой зоба – взрослые.

4. В структуре ЙДЗ ведущую позицию занимает диффузный зоб (58,64%), далее следуют многоузловой зоб и субклинический гипотиреоз.

ПРОБЛЕМЫ ПОЛИМОРБИДНОСТИ И ПОЛИПРАГМАЗИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Журавлев Ю.И., Тхорикова В.Н.
НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

Большинство пациентов, обращающихся к врачу первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), страдают множественными сопутствующими или сочетанными заболеваниями, что существенно повышает трудоемкость лечебно-профилактического процесса.

Полиморбидность (П) – состояние, обусловленное множеством патологических процессов, которые могут квалифицироваться как нозологические формы, синдромы, клинико-диагностические признаки и симптомы. Распространенность П высока и согласно исследованию М. Fortin составляет от 69% у больных молодого возраста, до 93% среди лиц средних лет и до 98% – у пациентов старшей возрастной группы. При этом число хронических заболеваний варьирует от 2,8 у молодых, до 6,4 – у пожилых пациентов.

Влияние П на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих заболеваний многогранно и индивидуально. Взаимодействие заболеваний, возраста и лекарственного патоморфоза способно значительно изменить клиническую картину и течение основной нозологии, характер и тяжесть осложнений, ухудшить качество жизни больного, ограничить или затруднить лечебно-диагностический процесс.

П нередко влечет за собой полипрагмазию – широко распространенное явление в современной клинической медицине, выражающееся в избыточности

медицинских назначений. Показано, что пожилые пациенты принимают в среднем в среднем 10,5 препаратов. Среди причин полифармакотерапии именно П является ведущей. Вследствие полифармакотерапии нередко существенно возрастает вероятность развития системных и нежелательных эффектов лекарственных препаратов. Побочные эффекты, далеко не всегда принимаются врачами во внимание, поскольку расцениваются как проявления одного из заболеваний, формирующих П и влекут за собой назначение еще большего количества лекарственных препаратов. Порой частота побочных эффектов возрастает пропорционально количеству принятых лекарственных средств. Формируется «порочный круг».

Таким образом, врач, оказывающий ПМСП, пациентам имеющим П, всякий раз сталкиваясь с необходимостью тщательной ее индивидуальной оценки и всестороннего анализа, должен, в частности, оперативно, в условиях жесткого дефицита времени, выработать программу фармакологически безопасной и обоснованной лекарственной комбинированной терапии. А в дальнейшем, в процессе диспансерного наблюдения, в таких же условиях, неоднократно требуется корректировка этой программы.

Можно полагать, что разработка эффективных подходов к оценке П, основанных на методах системного анализа, современных информационных технологиях и адаптированных к условиям ПМСП, позволила бы существенно оптимизировать лечебный процесс и предупредить полифармакотерапию.

РОЛЬ МИКРОБИОЦЕНОЗА В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Журавлёва Л.В., Бобронникова Л.Р.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Изучение патогенетических механизмов неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) представляет научный интерес в ключе понимания патогенеза метаболического синдрома (МС), поскольку нарушение функции печени усугубляет инсулинорезистентность (ИР). Развитие НАЖБП можно рассматривать как реакцию хронического системного воспаления, индуцированную дисбиотическими нарушениями.

Цель: изучить влияние микробиоценоза кишечника на функциональное состояние печени у пациентов с НАЖБП.

Материалы и методы. Обследованы 45 пациентов в возрасте $54,5 \pm 4,5$ лет (17 мужчин и 28 женщин) с НАЖБП, включая оценку антропометрических показателей, функционального состояния печени (ФСП), липидного спектра, индекса НОМА-IR, уровня ФНО- α , С-реактивного белка (СРБ). Выполнялось микробиологическое определение состава микрофлоры толстого кишечника с определением степени дисбактериоза. Группа контроля (n=10) практически здоровые лица.