

ской задачей является ранняя диагностика нарушений углеводного обмена и контроль уровня глюкозы крови при АГ, что согласуется с требованиями Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 годы)» по созданию эффективной системы профилактики АГ и сахарного диабета в группах риска.

Цель работы – выявление нарушений толерантности к глюкозе у больных АГ для своевременного назначения мер профилактики сопутствующего заболевания. В условиях клинической больницы обследована группа пациентов из 50 человек (28 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 20 до 75 лет с диагнозом АГ 1-2 степени, имеющих офисный уровень АД менее 190/110 мм рт.ст. В процессе обследования проводили измерение АД методом сфигмоманометрии и уровня глюкозы в крови 3 раза в сутки: натощак, сразу после еды, через 2-3 часа после еды. Точность измерения АД ± 2 мм рт.ст. Уровень глюкозы в крови определяли с помощью глюкометра модели One Touch Basic (США), точность измерения $\pm 10\%$. Определение концентрации глюкозы в течение суток является информативным методом диагностики нарушения толерантности к глюкозе. Полученные данные были обработаны с помощью компьютерной программы Statistica (США) и позволили выявить колебания уровня глюкозы в крови (гликемический профиль) для каждого пациента ($p < 0,05$).

Установлено, что при нормальном содержании глюкозы натощак от 3,5 до 5,5 ммоль/л (среднее значение $4,39 \pm 0,55$ ммоль/л) у всех больных уровень глюкозы крови после еды повышается до 7,2 - 9,5 ммоль/л (среднее значение $8,19 \pm 0,76$ ммоль/л). Через 2 часа после приема пищи у 38 человек (76%) наблюдалось снижение уровня глюкозы до значений менее 6,5 ммоль/л (среднее значение $5 \pm 1,14$ ммоль/л), однако у 12 человек (24%) сохранялся повышенный уровень глюкозы от 7,5 до 8,6 ммоль/л (среднее значение $7,76 \pm 0,64$ ммоль/л). Показатели обследования служили основанием для назначения глюкозотолерантного теста и определения нарушений толерантности к глюкозе, которые фиксируются, согласно нормативам ВОЗ, при уровне глюкозы крови более 7,8 ммоль/л через 2 часа после пищевой нагрузки. Колебания АД находились в пределах: $151,86 \pm 11,1 / 91,15 \pm 5,1$ мм рт.ст., наиболее высокие показатели АД отмечены в утренние часы. Уровень АД регулировался с помощью приема антигипертензивных препаратов.

На основании полученных результатов были составлены рекомендации для осуществления периодического контроля содержания глюкозы в крови у больных артериальной гипертензией и установления вероятности нарушений углеводного обмена.

ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Эльбаева А.Д.

*Кабардино-Балкарский государственный университет
Нальчик, Россия*

Актуальной проблемой является в настоящее время ранняя диагностика артериальной гипертензии (АГ) у больных сахарным диабетом (СД). Разовое измерение артериального давления (АД) не дает полного представления об уровне АД и его вариабельности. Мониторирование АД в течение суток является наиболее информативным методом диагностики АГ. **Цель работы** – установление суточного ритма изменения АД и вариабельности показателей АД у больных сахарным диабетом.

Обследованы 70 больных сахарным диабетом 2 типа (33 женщины и 37 мужчин) трех возрастных групп от 20 до 75 лет (средний возраст $52,3 \pm 8,4$ года) с длительностью заболевания от 2 до 12 лет, имеющих содержание глюкозы в крови от 6,5 до 16 ммоль/л. Больные находились на диспансерном учете, принимали сахароснижающие препараты. У всех больных проведено суточное мониторирование АД с помощью монитора МЭКГ-ДП-НС-01 (Россия), который автоматически измеряет осциллометрическим методом АД и частоту пульса отдельно для дневного и ночного периодов времени. Программное обеспечение прибора позволяет подключать его непосредственно к компьютеру.

Для оценки цикличности АД рассчитывали суточные индексы (СИ) систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) по перепаду показателей в дневные и ночные часы ($p < 0,05$). В норме суточные индексы САД и ДАД составляют от 10 до 22 %. Установлено, что для большинства обследованных больных СД (57,1%) характерен двухфазный ритм АД «non-dipper» при СИ 0-10%. Достоверно реже, чем в норме, встречался сохраненный двухфазный ритм «dipper» при величине СИ 10-20% (у 20% больных). Двухфазный ритм «over-dipper» с ночным снижением АД более 20% зафиксирован у 7,2 % больных. Ритм «night-reaker», который характеризуется повышением ночных показателей АД (отрицательный СИ), наблюдался у 5,7 % больных СД. У части больных (10 %) отмечен неопределенный суточный ритм АД с разными качественными категориями СИ САД и СИ ДАД. Таким образом, у 80% больных СД отмечается отклонение двухфазного ритма в сравнении с нормой «dipper».

Характерным признаком эссенциальной АГ является наличие резкого утреннего подъема АД, которое рассматривают как пусковой механизм осложнений. У 60% больных СД в период с 4 до 10 ч утра отмечены наиболее высокие показатели подъема значений САД и ДАД при скоро-

сти подъема от 4, 5 до 6 мм рт.ст./ч, что находится в пределах нормы. Более быстрый подъем АД наблюдался у больных СД старше 60 лет.

При исследовании суточных колебаний АД в качестве независимого фактора риска поражения органов-мишеней принято анализировать вариабельность САД и ДАД, которая рассчитывается как стандартное отклонение от средних значений за сутки, день, ночь. В наших исследованиях при определении показателей вариабельности были использованы математические методы анализа, включающие построение контрольных диаграмм статистической управляемости

процессом (карт Шеварта), которые характеризуют изменчивость выборочных значений параметров, последовательно измеренных через определенные промежутки времени. Такие диаграммы позволяют решить задачу установки средних значений и контрольных пределов, в рамках которых произведенные измерения удовлетворяют своему предназначению. Средние показатели вариабельности САД составили $10 \pm 3,35$ мм рт.ст., вариабельности ДАД $8,66 \pm 2$ мм рт.ст., что следует считать в пределах нормы. У здоровых людей эти показатели не превышают 15 мм рт.ст.

Современные проблемы науки и образования

ИЗУЧЕНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЗНАНИЙ ФАКТОРОВ ПЕРЕДАЧИ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ МОЛОДЁЖИ

Баранов А.В.

*Центральная районная больница
Холмск, Россия*

Ввиду широкого распространения гемоконтактных инфекций среди групп риска, являющихся резервуаром и источником инфекции, в том числе, для лиц молодого возраста, детей и подростков, а также в связи с недостаточно высокоэффективным лечением, существующим сегодня, наиболее важное значение, на настоящем этапе приобретают изучение распространения заболеваемости гемоконтактными инфекциями и профилактические мероприятия в этих группах, планирование специальных образовательных программ. Для достижения этого, необходимо определить направления и задачи практического направления работы по первичной профилактике, что позволит планировать систему образования и предотвращать увеличение численности групп высокого риска инфицирования гемоконтактными инфекциями, вместо необходимости работы с проблемами, которые уже существуют. Вопросы выявления реализации молодёжью в жизни рискованного поведения требуют изучения в связи с предварительными условиями и факторами риска не только для того, чтобы предотвратить их, но и для того, чтобы уменьшить вред, который может уже иметь место.

Целью исследования была комплексная оценка имеющихся знаний, связанных с факторами передачи гемоконтактных инфекций и выявление особенностей проявлений реализации рискованного поведения молодёжи с помощью создания компьютерной базы данных для совершенствования, планирования мероприятий первичной профилактики этих инфекций и их контроля.

Проведенное медико-социологическое исследование включало анонимное анкетирование 1579 учащихся 21 общеобразовательной школы 4

различных городов в возрасте 15-17 лет по выявлению знаний вопросов профилактики и факторов риска их реализации, внесение данных опроса в компьютерную программу для статистической обработки для определения их достоверности (, анализ полученных результатов.

Результаты свидетельствовали о недостаточной эффективности имеющихся методов преподавания профилактики парентеральных инфекций, высокой частоте проявлений рискованного поведения и их особенностях в различных школах и городах. Большинство респондентов (99,4%) получали информацию о парентеральных инфекциях, в том числе, вне школы (84,9%), из различных источников – от родителей (38,8%), медицинских работников (15,4%), друзей (9,7%), психологов (4,7%), других лиц (37,4%). Количество неверных ответов, касающихся знаний вопросов профилактики этих заболеваний было высоким (26,6%), хотя 67,3% сообщили, что им давали информацию о парентеральных инфекциях в школе. Употребляли инъекционные наркотики 1,2% школьников, из них регулярно 0,6%. Отмечена высокая сексуальная активность: 27,4% ведут сексуальную жизнь, из них имели первую связь до 14 лет 16,9%, в возрасте 11-12 лет 4%. Практикуют секс с двумя партнёрами 15,5%, из них с 6 и более партнёрами 3,8%, использовали презерватив только 17,6%, из них только с целью предотвращения беременности 17%. О сексе под воздействием алкоголя или наркотиков сообщило 8,8%, о физическом принуждении к сексу 9,7%. Отмечены статистически значимые различия между школьниками разных территорий в потреблении инъекционных наркотиков ($0,006 \geq P < 0,025$), реализации рискованного сексуального поведения ($0,031 > P < 0,004$), неосведомлённости по вопросам профилактики и путей передачи ($0,066 > P < 0,016$), выявлена прямая тесная корреляционная связь между реализацией факторов рискованного поведения и качеством имеющихся у школьников знаний вопросов профилактики ($r=0,77-0,81$).

Таким образом, базовые знания по профилактике, получаемые учащимися в школе свиде-