

ганизмов (Бертрам Г. Катцунг, 1998 г, А.Д. Назаров и др., 1983 г.) и всеобщей доступностью.

Исследование острой токсичности липосомального гентамицина сульфата проводилось на 48 половозрелых крысах- самцах с исходной массой 160- 180 г. Препарат вводился животным внутрибрюшинно в возрастающих дозах от 100 мг/кг.

Внутрибрюшинное введение препарата в дозах 100- 300 мг/кг, способствовала некоторому повышению двигательной активности крыс( в течении 20-30 мин.), в последующем отмечено некоторое снижение двигательной активности, болевой и тактильной чувствительности. Реабилитация двигательной и рефлекторной активности у этих животных прослеживалась на 2-3 часы наблюдения. При этом их пищевая и двигательная активность не изменялась.

У самцов, получавших липосомальный гентамицин сульфат в дозах 400-500 мг/кг, наблюдалось некоторое угнетение поведенческой и двигательной активности, снижение порога болевой и тактильной чувствительности в течение первых суток. При этом животные не подходили к кормушкам. Восстановление всех измененных функций происходило на первые-вторые сутки. Как и в предыдущей группе, у животных, получавших препарат в обозначенных дозах, ранней и отсроченной гибели ( в первые 12 часов наблюдения) отмечено не было.

У крыс, которым липосомальный антибиотик вводили в дозах 600-800 мг/кг, период интоксикации оказался непродолжительным, но более выраженным. При этом фиксировались быстрая (в течение первых 1,5 – 2 минут) смена фаз общего возбуждения (учащение дыхания, повышение немотивированной двигательной активности, нарушение координации движения) на угнетение (резкое снижение двигательной активности, урежение частоты и глубины дыхательных движений, общая заторможенность, шаткость походки, появление тетанических судорог, парез, симптом поникшей головы). Через 5-7 минут судороги приобретали тонико-клонический характер и сменялись полной арифлексией и повышением порога болевой чувствительности. Гибель животных наступала в среднем через 3-12 минут после внутрибрюшинного введения липосомального гентамицина в указанных дозах. При этом число погибших в течение первых суток животных, получавших препарат в дозе 600 мг/кг, составило 15%; 700 мг/кг – 30 %; 800 мг/кг – 60 %. Отдаленной гибели у оставшихся в живых крыс не наблюдалось.

Внутрибрюшинное введение липосомального гентамицина сульфат крысам в дозе 900 мг/кг приводило к 100%-ной гибели особей. Клиника

острого отравления развивалась сразу (через 20-60 секунд) после введения препарата. Гибель животных наступала через 3-4 минуты.

При исследовании острой токсичности липосомального гентамицина установлено, что уровень его LD<sub>50</sub> (730 мг/кг) в 1,6 раза ниже в сравнении со свободным гентамицином сульфатом (LD<sub>50</sub>=440 мг/кг). Широта терапевтического действия липосомального препарата значительно превосходит (в 2 раза) таковую свободного гентамицина сульфата. Полученные данные (низкая токсичность и высокий терапевтический индекс) свидетельствуют о большей безопасности гентамицина иммобилизованного в липосомы.

### **Фармакоэкономический анализ антибиотиков группы цефалоспоринов**

Рыбалко Н.В.

*Кафедра фармакологии и клинической фармакологии Ростовского ГМУ, Ростов-на-Дону*

Проводилась оценка затрат на лечение внутрибольничных инфекций антибиотиками группы цефалоспоринов и выявление препарата с наибольшим экономическим эффектом. Сравнивали скрытые затраты и их влияние на общую стоимость стандартных семидневных курсов антибиотикотерапии цефтриаксоном, цефотаксимом, цефтазидимом и цефуроскимом. Стоимость антибактериальной терапии оценивалась по 8 параметрам формулы Кегг. Установлено, что цефтриаксон обладал наименьшей скрытой стоимостью из всех изученных антибиотиков. Общие затраты при применении небольших доз цефтриаксона ( до 1 г ) были существенно меньше стоимости лечения цефотаксимом и цефтазидимом и практически одинаковы с таковыми для цефуроскима. При использовании больших доз цефтриаксона ( 2 г ) общие затраты продолжали оставаться значительно ниже по сравнению с таковыми у цефотаксима и цефтазидима, но превышали стоимость лечения цефуроскимом. Таким образом, затратно эффективным антибиотиком при лечении внутрибольничных инфекций является цефтриаксон, особенно при применении небольших доз.

### **Анализ осложнений при трансуретральной резекции простаты и мочевого пузыря**

Рязанцев В.Е., Мусякаев Д.Р., Плигузов С.А.

*Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева, Саранск*

Трансуретральная резекция (ТУР) при заболеваниях нижних мочевых путей (ЗНМП) вы-

полняется индивидуально с учетом всех сопутствующих факторов (медицинских и социальных) при активном участии самого пациента.

Цель работы. Оценить эффективность и осложнения трансуретральной резекции (ТУР) в урологической практике при заболеваниях простаты и мочевого пузыря.

Материал и методы. Нами проанализированы истории болезней 93 пациентов старше 62 лет (средний возраст 73,3 года), у которых при стационарном обследовании выявлены: доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) у 65 (69,89 %), рак мочевого пузыря (РМП) у 15 (16,13 %), рак предстательной железы (РПЖ) у 9 (9,68 %), склероз предстательной железы (СПЖ) у 4 (4,30 %) человек.

В группе больных с ДГПЖ первая стадия гиперплазии имела у 5 (5,38 %), вторая стадия – у 57 (61,29 %) и третья стадия – у 3 (3,23 %) пациентов. Предстательная железа увеличена при ректальном исследовании у 75,27 % (70 человек), в том числе, резко увеличена – у 9,68 % (9 человек), не увеличена – у 21,51 % (20 больных). Остаточная моча (объемом более 60 мл) определялась у 65 (69,89 %) пациентов.

Больные предъявляли жалобы на: вялую струю мочи в 52 (55,91 %), никтuriю до 3 – 4 раз в 37 (39,78 %), затруднённое в 38 (40,86 %), учащённое мочеиспускание в 17 (18,28 %), ноющие боли над лоном в 19 (20,43 %), невозможность самостоятельного мочеиспускания в 19 (20,43 %), рези в уретре в 12 (12,9 %), макрогематурию (инициальная, терминальная, тотальная) в 7 (7,53 %) случаях.

При поступлении у ряда пациентов имелись осложнения ДГПЖ в виде: острой задержки мочеиспускания в 20,43 % (19 больных), цистолитиаза в 8,6 % (8 человек), простатолитиаза в 2,15 % (2 пациента), орхоэпидидимит в 1,08 % (1 наблюдение). 11 (11,83 %) больным ранее по поводу острой задержки мочеиспускания по разным причинам была наложена цистостома.

Результаты. Всем пациентам выполнена ТУР: ДГПЖ – 73 (78,49 %), опухоли мочевого пузыря – 16 (17,2 %). Структура послеоперационных диагнозов выглядела следующим образом: ДГПЖ у 61 (65,59 %), рак мочевого пузыря (РМП) у 12 (12,9 %), рак предстательной железы (РПЖ) у 12 (12,9 %), склероз предстательной железы (СПЖ) у 4 (4,3 %), папиллома мочевого пузыря у 4 (4,3 %) человек. Интраоперационно наблюдали: эрекцию полового члена у 9 (9,68 %), повреждение уретры в виде слушивания слизистого слоя у 5 (5,38 %), закрытую перфорацию капсулы у 3 (3,23 %).

В послеоперационном периоде отметили диурию у 27 (29,03 %), незначительную раннюю

гематурию в течение 5 – 7 дней у 16 (17,2 %), электроожоги слизистой уретры у 9 (9,68 %). У 3 (3,23 %) больных при гладком течении послеоперационного периода на 7 – 14 день возникала гематурия без сгустков, связанная с отторжением струпа из задней уретры и купированная консервативными мероприятиями. Инфекционно-воспалительные осложнения (обострение хронического пиелонефрита, цистит, острый эпидидимоорхит) отметили у 4 (4,3 %) пациентов. Недержание мочи в результате травмы сфинктера мочевого пузыря, фиброза простатических периуретральных тканей выявлено у 2 (2,15 %). Стриктура уретры вследствие механической травмы и возникшего затем воспаления возникла у 1 (1,08 %). Летальность составила 1,08 % (один пациент умер вследствие тромбоэмболии легочной артерии на фоне тяжелой сопутствующей сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности).

Заключение. ТУР при заболеваниях нижних мочевых путей позволяет снизить травматичность вмешательства и количество осложнений с учетом косметического эффекта, восстановить мочеиспускание у больного с интеркуррентными заболеваниями, осуществить при необходимости повторную операцию без повышенного риска, сократить сроки пребывания в стационаре, снизить инвалидизацию и уменьшить реабилитационный период.

### **Некоторые вопросы занятости населения в крае**

Самойлов В.П.

*Красноярский государственный торгово-экономический институт*

Занятость и безработица являются наиболее острыми экономическими и социальными проблемами развивающейся рыночной экономики. В целом ситуацию в сфере занятости в России специалисты характеризуют как кризисную. Такое же положение складывается и в Красноярском крае, особенно в районных центрах. Это вызвано прежде всего закрытием многих предприятий, отсутствием бюджетного финансирования для муниципальных предприятий, организаций и учреждений. В первую очередь пополняют армию безработных граждане с ограниченной возможностью трудоустройства: женщины, имеющие детей, молодежь, лица предпенсионного возраста, военнослужащие, уволенные из рядов вооруженных сил и не имеющие гражданской специальности, инвалиды и др.

Учитывая положение с безработицей, в современных условиях в Российской Федерации