

Список литературы

1. <http://med-tutorial.ru/med-books/book/47/page/1-chast-i-anatomo-fiziologicheskie-osobnosti-detey/38-osobnosti-legkih>.
2. <http://med-tutorial.ru/med-books/book/47/page/1-chast-i-anatomo-fiziologicheskie-osobnosti-detey/37-osobnosti-bronhialnogo-dereva>.
3. <http://www.zloy-doctor.ru/node/202>.
4. <http://www.astromeridian.ru/medicina/1/1051.html>.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПЕРЕВОДА НА ГЕМОДИАЛИЗ ПРИ ГЛПС ПО ДАННЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ИКБ №4 Г. УФА

Гриднева М.А., Хунафина Д.Х., Галиева А.Т.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава РФ», Уфа, e-mail: asadullina75@mail.ru

Нами проанализированы 25 историй болезни с диагнозом геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС), тяжелая форма, которые находились на стационарном лечении в диагностическом отделении №10 МУ ИКБ №4 г. Уфы. Больные чаще поступали на 4-7 день болезни в тяжелом состоянии с признаками ИТШ. Из них 7 больных ГЛПС были переведены в отделение гемодиализа РКБ им. Куватова и ГКБ №21 г. Уфа из-за отсутствия эффекта от консервативного лечения острой почечной недостаточности. Синдром острой почечной недостаточности характеризовался олигоанурией (объем мочи менее 500 мл/сут), анурией (у 3 больных) – объем мочи менее 50 мл/сут. Жалобы предъявлялись на тошноту, рвоту, ухудшение остроты зрения, боли в животе, понос, у некоторых был жидкий стул (38%). Боль в животе и разлитая болезненность с признаками перитонизма были у 71% наблюдаемых больных. У 22 больных длительность олигоанурического периода составила 2-4 дня, у 3 больных – до 5 дней. Петехиальная линейная сыпь выявлялась у всех больных с тяжелой формой ГЛПС и сохранялась до 3 дней и более. Часто наблюдались кровоизлияния в местах инъекций. Показатели азотемии: креатинин – до 900 мкмоль/л, мочевины – до 43 ммоль/л. Причем в ранний полиурический период показатели азотемии несколько даже увеличивались в сравнении с олигоанурическим периодом, что указывает на значительный катаболический процесс в инфицированных клетках для их элиминации из организма в раннем восстановительном периоде ГЛПС. Отмечалась прямая коррелятивная связь между уровнем азотемии и тяжестью состояния больных. В общем анализе мочи протеинурия составляла до 8,8 г/л, микромакрогематурия, клетки Дунаевского, гиалиновая, зернистая цилиндрурия. Со стороны периферической крови отмечались умеренное сгущение крови (гематокрит 45-53%), лейкоцитоз более 20,1·10⁹/л, тромбоцитопения до 50·10⁹/л, ускорение СОЭ до 33 мм/ч. У всех больных диагноз ГЛПС был подтвержден нарастанием титров антител в анализе МФА.

ТОКСИКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АМФЕТАМИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Грошева И.В., Доника А.Д.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: addonika@yandex.ru

Согласно данным токсикологических центров, больные с диагнозом «отравление», в среднем составляют до 1/5 всех экстренно поступающих в стационары. **Основными группами** токсичных веществ, вызывающих острые отравления, являются **лекарственные средства** (до 63,1% случаев). В этой связи мы провели исследование, целью которого является изучение токсического действия психоактивного препарата – амфетамина, вызывающего при длительном употреблении психическую зависимость. Сульфат амфетамина известен под фармакопейным названием

«Фенамин». Согласно МКБ-10, вызываемые амфетамином психические и поведенческие расстройства относятся к категории F15. Согласно данным обзора специальной литературы эффект стимуляции ЦНС амфетамином заключается в снижении усталости, повышении настроения и концентрации внимания, понижении аппетита и потребности в отдыхе, что делает таким привлекательным его применение среди молодежной популяции. Причиной этих эффектов считается повышение высвобождения норадреналина и дофамина в ЦНС. Периферическое действие опосредуется через выделение норадреналина и может привести к резкому увеличению АД, в результате стимуляции адреналиновых рецепторов гладкой мускулатуры сосудов головного мозга, и адреналиновых рецепторов мышц сердца. Токсическое действие амфетамина на дофаминергические нейроны связано с формированием свободных радикалов и пероксинитрита, сильного окислителя MDMA, кроме того, уменьшает количество антиоксидантов (глутатиона и витамина Е) в головном мозге. Передозировка может вызвать судорожный синдром, психические расстройства. Кроме того, после окончания действия амфетамина следует сильная депрессия и переутомление. Продолжительное применение может привести к сильному психическому и физическому истощению, нарушениям работы печени и почек, снижению иммунитета. Амфетамин сильно повышает расход кальция, что может привести к разрушению зубов и костной ткани. Особую опасность представляет «уличный» амфетамин, который может содержать различные примеси – неорганические соединения, растворители, осмотические соли, соединения ртути, никеля и др.

Выводы: В отличие от ряда других наркотиков, амфетамины нейротоксичны и вызывают необратимые повреждения дофаминергических и серотонинергических нейронов, что обуславливает тяжесть клинического течения передозировки и длительного употребления амфетаминов.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Гусева Т.А., Зотова Н.В., Скорюкова Е.В., Старцева Е.А., Шилова Ф.А.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь

При изучении секционного материала выявлено, что одной из основных причин смерти в терминальной стадии ВИЧ-инфекции является туберкулёз лёгких в фазе прогрессирования. Наряду с туберкулёзом в фазе прогрессирования был отмечен вторичный туберкулёз с преобладанием казеификации очагов и распадом, с образованием острых каверн.

Цель исследования – изучение у умерших макро- и микроскопических проявлений туберкулёза на разных стадиях развития ВИЧ-инфекции.

Материал и методы. Материалом для исследования были легкие семи умерших в возрасте от 29 до 42 лет с диагнозом «ВИЧ-инфекция». Из них – двое мужчин и пять женщин. Проводили макроскопическое исследование лёгких, обращая внимание на наличие изменений в лимфоузлах, отношении их к окружающим тканям (межплевральные спайки, наличие полостей распада с фиброзной стенкой). Гистологическую обработку кусочков лёгких и других тканей проводили по общепринятой методике с окрашиванием гематоксилином и эозином, реактивом Шиффа, по ван Гизону, Циль-Нильсену.

Результаты. При макроскопическом исследовании наблюдалось двустороннее поражение лёгких с полостями распада преимущественно в верхних долях, а также фокусы крупноочаговой пневмонии, нередко