

ко всем этим шести препаратам. Промежуточная резистентность к одному – трём антибиотикам наблюдалась у 28% культур. 22% культур микобактерий были устойчивы к трём – пяти антибиотикам из числа рекомендуемых. Анализ показал факт выявления первичной множественной лекарственной устойчивости у больных с впервые выявленным туберкулёзом.

Результаты анализа показали, что число обследований на туберкулёз с ВИЧ-инфекцией возрастает с 2007 по 2010 гг. почти в 3 раза. При этом наблюдается рост выделения микобактерий туберкулёза от ВИЧ-инфицированных с 2007 по 2009 гг., в 2010 г. наблюдается небольшое снижение сочетанной патологии.

В большом числе случаев выявлена множественная устойчивость культур микобактерий к противотуберкулёзным препаратам, что позволяет утверждать о трудности лечения ВИЧ-инфекции, сочетанной с туберкулёзом.

Таким образом, туберкулёз является часто встречающимся оппортунистическим заболеванием у ВИЧ-инфицированных в городе Краснокамске. Имеются сложности при назначении рациональной терапии микст-инфекций. ВИЧ-инфицированные больные нуждаются в динамичном наблюдении фтизиатра, в проведении профилактических мероприятий, в бактериологическом обследовании и в расширении спектра обязательных препаратов при определении антибиотикорезистентности микобактерий туберкулёза.

#### ПОЛИТРАВМА В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

Басс М.Д., Бобылев М.К., Коршунов Д.В.

*Ижевская государственная медицинская академия,  
Ижевск, e-mail: hvorenkoff@yandex.ru*

Самая частая причина политравмы в мирное время – дорожно-транспортные происшествия. По данным ГИБДД в России ежегодно в ДТП погибает около 26 тыс. человек.

В рамках национального проекта «Здоровье» в республиканских и областных клинических больницах наряду с региональными сосудистыми центрами были организованы многопрофильные ДТП-центры, или центры травматологии 1-го уровня. В РКБ ДТП-центр начал полностью работать с 21 июня 2010 года.

В региональный РКБ центр входит множество отделений РКБ, оказывающих неотложную помощь: реанимация, травматология, челюстно-лицевая хирургия, урология, полостная хирургия, нейрохирургия.

За период работы ДТП-центра с 21 июня 2010 года по 31 октября 2010 года на стационарном лечении находилось 190 больных, из них хирургическое отделение 21 человек (11%), н.х/о 84 человека (44%), травматология 85 человек (45%). Распределение по полу: х/о – мужчины – 71%, женщины – 29%; н.х/о – мужчины – 70%, женщины – 30%; травматология – мужчины – 69%, женщины – 31%; Распределение больных по возрастным категориям: до 20 лет – 16%, 20-30 лет – 28%, 30-50 лет – 38%, старше 50 лет – 18%. Всего 52% официально трудоустроенных и 48% не работающих.

Доля политравмы в структуре ДТП травмы в Удмуртии примерно 50%. Подавляющее большинство травм вызвано механическим воздействием. Преимущественно поражаются грудная клетка (переломы грудины, ребер, пневмоторакс), голень и позвоночник. В структуре нейротравмы сотрясения головного мозга занимают 29% (55 больных), ушибы ГМ средней степени 19% (36 больных), ушибы ГМ тяжелой степени 10,5% (20 больных). То есть, примерно в 60% в составе политравмы было повреждение нервной системы.

Смертность за указанное время составила 6,3% (12 человек, из них 2 ребёнка). Средний койкодень проведённый в больнице 21 к/д.

#### АНАЛИЗ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Белоусова Е.А., Еремина М.В.

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: alena.milaya.89@mail.ru*

Актуальность данной темы обусловлена широким применением лекарственных препаратов в современной практической медицине, что обеспечивает условия, способствующие возникновению острых лекарственных отравлений вследствие их неправильного использования, применение в целях самолечения, несоблюдения предписанной схемы лечения и суицидальных попыток.

**Цель исследования:** методом статистического анализа провести исследование отравлений лекарственными препаратами на территории Волгоградской области в 2009 году.

**Результаты:** всего в 2009 г. было зарегистрировано 1 384 случая отравлений лекарственными препаратами. В общей структуре острых отравлений химической этиологии острые отравления лекарственными препаратами среди женщин по удельному весу занимают 1 место и составляют 57,6%, а среди мужского населения – 2 место и составляют 29,9%. Наибольшее количество случаев отравлений лекарственными препаратами приходится на взрослое население (72,5% от общего количества отравлений лекарственными препаратами). Спектр отравлений лекарственными препаратами достаточно широкий, но преобладающими группами лекарственных веществ, вызывающими острые отравления, являются противосудорожные, седативные, снотворные и противопаркинсонические средства – 30,1%; психотропные средства – 19,8%; препараты, действующие преимущественно на сердечно-сосудистую систему – 14,0%; неопиоидные анальгетирующие, жаропонижающие средства – 11,6%; препараты, действующие преимущественно на вегетативную нервную систему – 10,7%.

Таким образом, острые отравления лекарственными препаратами занимают ведущее место среди всех причин отравлений химической этиологии. Так как частой причиной отравлений являются лекарственные препараты, которые не подлежат свободной продаже через аптечные учреждения, вопрос по контролю за их реализацией по-прежнему требует к себе пристального внимания.

#### ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВЫХ ФАКТОРОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БРЮШИНЫ

Беширова Г.Р.

*ВолГМУ, Волгоград, e-mail: snuppychek@mail.ru*

Нормальное морфологическое строение брюшины и адекватная работа ее сосудистого русла в полном объеме обеспечивают функциональную активность брюшины. Изменение работы этих составляющих приводят к нарушению гомеостаза внутрибрюшной среды, одним из важнейших компонентов которого является секреторно-резорбционный баланс, прямым образом связанный с функционированием микроциркуляторного русла. Любая операционная травма на брюшине является стрессорным фактором и предположительно должна оказывать влияние на её функциональное состояние. Исследование стрессорной реакции, обусловленной операционной травмой, на резорбционную функцию брюшины имеет актуальность при проведении операций как в мирное время, так и в экстремальных условиях.

**Цель работы.** Исследовать влияние операционной травмы на резорбционную функцию брюшины.

**Методика исследования.** Для проведения исследования была создана специальная эксперименталь-

ная модель. Для реализации этаминаловой модели нами использованы 30 половозрелых самок лабораторных крыс линии Wistar, массой 250-300 гр., находящихся в одинаковых условиях содержания, режима и рациона кормления. Модель включала оценку резорбционной функции брюшины путем определения времени достижения хирургической стадии наркоза при внутрибрюшинном введении этаминала в дозе 40 мг/кг. Внутрибрюшинное введение осуществлялось путем инъекции этаминала в средней 1/3 белой линии живота. С целью стандартизации условий выполнения и объективизации получаемых результатов модель была реализована в условиях одного организма, принимая за контрольное значение время вхождения в стадию хирургического сна этаминалового наркоза, определяемое ежедневно в течение 4 дней до нанесения стандартной операционной травмы. Через 4 дня после оценки физиологической резорбционной функции брюшины, животным наносилась стандартная операционная травма. Исследование резорбционной функции брюшины после нанесения травмы выполнялось 1 раз в день ежедневно, до достижения исходных значений времени вхождения животного в стадию хирургического сна.

**Результаты исследования.** Время вхождения в хирургическую стадию наркоза до нанесения стандартной операционной травмы, отражающее уровень физиологической резорбции (УФР), определялось в течении первых 3 суток и составило для всей выборки животных  $5,2 \pm 0,14$  мин. Исследование резорбционной функции брюшины после нанесения стандартной операционной травмы выполнялось ежедневно в течении 10 дней. В результате проведенного экспериментального исследования были получены следующие результаты.

Длительность функциональных нарушений, характеризующая промежуток времени, необходимый брюшине для восстановления исходного (физиологического) состояния резорбционной функции после воздействия фактора агрессии составила 4 суток. Уровень послеоперационной резорбции (УПР), характеризующий время необходимое для вхождения экспериментального животного в стадию хирургического сна, в процессе резорбции этаминала из брюшной полости, после нанесения стандартной операционной травмы имел регрессирующие значения: от  $9,8 \pm 0,5$  в 1 сутки до  $5,0 \pm 0,5$  на 10 сутки. Максимальное значение выраженности функциональных нарушений (**ВФН**), характеризующее степень нарушений резорбционной функции брюшины в динамике интра- и послеоперационных нарушений составило 190,3% в первые сутки. Значение ВФН более 100% наблюдалось до 4-5 суток послеоперационного периода, характеризующая снижение резорбционной функции брюшины (определяется увеличением времени резорбции этаминала из брюшной полости)

**Выводы**

1. Разработанная и примененная экспериментальная этаминаловая модель показала свою состоятельность и адекватность для оценки резорбционной функции брюшины, что позволило провести ее патентование (**приоритет по заявке на изобретение №2007130297(033008) от 07.08.07 «Способ экспериментальной оценки резорбционной функции брюшины»**).

2. Используя этаминаловую модель, выявлено значение физиологической резорбции брюшины, составившее  $5,2 \pm 0,14$  мин.

3. В ответ на стандартную операционную травму ответная реакция резорбционной функции брюшины проявляется в виде ее обратимого угнетения, с восстановлением ее физиологических значений к 4 суткам, стабилизацией данного значения с 5 суток и максимальным нарушением функции брюшины в 1 сутки, составившей 190,3% контрольного значения.

**ЭТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА**

Бобылев М.К., Коршунов Д.В.

*Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, e-mail: hvorenkoff@yandex.ru*

Диффузный токсический зоб (ДТЗ, болезнь Грейвса-Базедова) – генетически детерминированное аутоиммунное заболевание, обусловленное стойким патологическим повышением продукции тиреоидных гормонов диффузно увеличенной щитовидной железой под влиянием специфических тиреоидстимулирующих аутоантител с последующим нарушением функционального состояния различных органов и систем.

Диагностический алгоритм обследования при ДТЗ включает: анализ жалоб и клинических симптомов, общий анализ крови и мочи, гормональное исследование крови, определение уровня антител к ТТГ-рецептору, определение содержания в крови связанного с белками йода, УЗИ в сочетании с тонкоигольной биопсией ЩЗ, скintiграфия.

Консервативное лечение ДТЗ включает применение следующих групп препаратов: тиреостатические средства, глюкокортикоиды, иммуномодуляторы, В-адреноблокаторы, препараты радиоактивного йода (<sup>131</sup>I), симптоматическая терапия: транквилизаторы, седативные средства, антигипертензивные средства и др.

Важным этапом лечения ДТЗ является оперативное лечение. Для каждого вида патологий ЩЗ определены наиболее оптимальные виды операций, дающие наилучший результат.

Проведен анализ лечения 54 больных ДТЗ за период с 2009-2010 годы, из них 32 проходили лечение в хирургическом отделении 1 РКБ, 2 пациента – в хирургическом отделении ГКБ №2 и еще 20 больных – в эндокринологическом отделении 1 РКБ.

Среди больных женщин было 44 (81,5%), мужчин 10 (18,5%). Распределение пациентов по возрасту следующее: до 45 лет – 29 человек (53%), от 46 до 55 лет – 13 человек (24%), от 56 до 65 лет – 7 человек (13%), старше 66 лет – 5 человека (10%). Средний возраст пациентов составил 45,3 лет. Из них жителей городов 59% (32 человека), жителей сельской местности – 41% (22 человек). При исследовании встречались пациенты из Ижевска – 10 человек (18,5%), Сарапула и Сарапульского района – 11 человек (20%), Воткинска – 10 человек (18,5%), Можгинский и Сямсинский районы – по 2 человека (4%).

Длительность заболевания от 1 года до 11 лет, практически все прооперированные больные перед операцией амбулаторно наблюдались у эндокринолога. Среди прооперированных больных II степень ДТЗ имели – 26%, III степень – 59%, IV степень – 12%, V степень – 3%. Проведенные операции: 12% – резекция доли ЩЖ, 27% – гемитиреоидэктомия, 38% – тиреоидэктомия, 23% – субтотальная резекция ЩЗ.

**ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПДК ДИСПЕРСНЫХ АЗОКРАСИТЕЛЕЙ НА ПРИМЕРЕ ЖЕЛТО-КОРИЧНЕВОГО 2Ж И АЛОГО 2А**

Бойко Е.П., Савельева Е.В.

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, e-mail: boykozhenya@mail.ru*

Охрана здоровья работающих требует многофункционального подхода для предупреждения возможного вреда здоровью в результате острых или хронических воздействий химических веществ.

Обнаружение опасных воздействий на ранней стадии может значительно снизить проявление неблагоприятных эффектов воздействия в результате применения соответствующих предупредительных мер.