

тура потребления медикаментов будет расти, люди будут осознанно подходить к покупке лекарств, тогда и фальсификаций станет меньше.

**ВЛИЯНИЕ АМКЕСОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ
ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА В СЫВОРОТКЕ
КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ
БРОНХОАЛЬВЕОЛИТЕ**

Стороженко Е.В., Трофимова Л.В.

*Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, e-mail: storoz13@mail.ru*

Цель работы: изучить влияние комбинированно-го препарата сироп Амоксол (С-АКС) на процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) в динамике развития экспериментального воспаления.

Материалы и методы: работа была выполнена на 30 1-месячных крысах линии WAG обоих полов. Экспериментальные животные были распределены на 3 группы: интактные, контроль (без лечения), и группу, ежедневно получавшую С-АКС (0,9 мг/кг) на протяжении 7 и 14 дней. Воспаление вызывали ингаляционным введением Сефадекса А-25 Pharmacia, Швеция (5 мг/кг). В сыворотке крови определяли уровень диеновых конъюгатов (ДК), ТБК-АП, каталазы (КАТ) и супероксиддисмутазы (СОД).

Результаты: Экспериментальное воспаление вызвало повышение уровня продуктов ПОЛ и угнетение АО системы. На 7 сутки на фоне острого нейтрофильного альвеолита у животных контрольной группы (без лечения) достоверно повышались показатели антиоксидантной защиты – СОД на 30% по сравнению с интактными животными и повышалась активность КАТ на 26% ($p \leq 0,01$). Вместе с тем значительно активировались процессы ПОЛ мембран: уровень ДК и ТБК-АП увеличился практически в 2 раза в сравнении с показателями интактных животных ($p \leq 0,01$). На 14 сутки в группе без лечения уровень СОД снижался на 20% ($p \leq 0,05$), активность КАТ также была повышена на 10% сравнительно с исходными данными. Уровень конечных продуктов перекисного окисления липидов ДК и промежуточных малонового диальдегида также достоверно увеличивался на 39 и 82% соответственно. Применение С-АКС на обоих сроках развития воспалительной реакции снижало проявление свободнорадикальных процессов. На 7 сутки под влиянием С-АКС значение ДК достигало уровня интактной группы и достоверно снижалось по сравнению с соответствующим значением контрольной группы на 14 сутки. Под влиянием С-АКС снижалась активность КАТ та восстанавливался уровень СОД на 14 сутки эксперимента.

**Секция «Медицинская реабилитация, лечебная физкультура, спортивная медицина,
вопросы диетологии, мануальное лечение, физиотерапия, курортология»,
научный руководитель – Поздняков А.М., канд. мед. наук, доцент**

**БОТУЛОТОКСИН. ПРИМЕНЕНИЕ И ВЛИЯНИЕ
НА ЧЕЛОВЕКА**

Грицаненко М.Г., Сысуев Е.Б., Утенков Д.Г.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: PozdAM@list.ru

Актуальность. «Все есть яд и все есть лекарство и только мера делает одно другим». Это изречение древних в полной мере относится к ботулиническому токсину.

В настоящее время ботулотоксин как местный миорелаксант длительного действия находит применение в следующих областях: косметология – сглаживание мимических морщин, неврология – ликвидация

Вывод: Применение С-АКС на модели бронхо-альвеолита угнетало перекисное окисление липидов, снижало уровень секреции супероксид-аниона и каталазы активированными нейтрофилами, тем самым оказывая антиоксидантное действие.

**НЕ ДОПУСТИ РАЗВИТИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО
ГЕПАТИТА – ПРИМЕНИ ГЕПАТОПРОТЕКТОРЫ**

Христенко Н.Е., Ананько С.Я.

*Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, e-mail: miss2006_92@mail.ru*

Организм человека – единое целое. В связи с этим заболевание одного органа чаще всего вызывает в другом функциональные, а затем и органические изменения. Именно по этому каждый доктор обязан при назначении фармакологических препаратов не только учитывать особенности органа и системы, на которую направлена терапия, но и реакцию организма как целого, и отдельно взятого органа на данный препарат. Иначе исходом лечения может стать лекарственный гепатит. Благодаря наличию в печени ряда ферментативных систем происходит превращение токсичных веществ (в том числе и лекарственных) в безвредные. Этот процесс проходит несколько этапов, в ходе которых образуются промежуточные вещества – метаболиты, все еще обладающие выраженным токсичным эффектом. Развитие медикаментозного гепатита возможно при использовании следующих групп лекарственных препаратов: цитостатики; нестероидные противовоспалительные средства; противотуберкулезные препараты; гормональные препараты, в том числе контрацептивы, стероидные половые гормоны, кортикостероиды; противосудорожные, противоэпилептические препараты; антибиотики и сульфаниламиды; диуретики; противоаритмические препараты. Симптомы и признаки лекарственного гепатита следующие: снижение аппетита, тошнота, рвота, отрыжка с горьким привкусом, расстройство стула (запор, диарея), потеря в весе; дискомфорт, боли, чувство тяжести в правом подреберье; желтуха (пожелтение кожи тела, склер глаз и слизистой оболочки рта); потемнение мочи, осветление кала. Лечение лекарственного гепатита основывается на нескольких принципах: отмена лекарственного препарата, дезинтоксикационная терапия, назначение гепатопротекторов (Гептрал, Гепабене, Эссенциале форте, Метионин и др). Гепатопротекторы назначаются с первых дней лечения токсичным препаратом и до окончания использования этого лекарства. Такая схема лечения позволяет предотвратить развитие лекарственного гепатита и дает возможность провести необходимое лечение (например, при туберкулезе).

мышечных спазмов при ДЦП, травмах, параличах, офтальмология, лечение косоглазия, проктология и гастроэнтерология.

Попадание ботулотоксина в организм вызывает тяжёлое токсическое поражение – ботулизм. Смертельной считается доза всего 0,0000003 г.

Первоначальные признаки – общая слабость, незначительная головная боль.

При ботулизме поражается нервная система. Больной видит все предметы как бы в тумане, зрачки расширены, причем один шире другого. Больной испытывает сухость во рту, речь невнятная. Смерть может наступить при явлениях паралича дыхания.

Вывод: В заключение хотелось бы отметить, что применение ботулинического токсина в медицине является одним из наиболее перспективных направлений. И помните «яд от лекарства отличается лишь дозировкой».

Список литературы

1. Применение ботулинического токсина в урологии. [Электронный ресурс]: http://www.urofaq.ru/man_lantox.htm.
2. Сысуйев Е.Б. Разработка и исследование новой фармацевтической продукции как средств профессиональной защиты / Е.Б. Сысуйев, А.Д. Доника // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012. № 11. С. 95.

НАРУШЕНИЕ ПИТЬЕВОГО РЕЖИМА У СПОРТСМЕНОВ

Евдокимов В.А., Поздняков А.М.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: bes555@yandex.ru

Физические нагрузки вызывают серьезные изменения в организме спортсмена, и грамотный питьевой режим – один из основных способов поддержания здоровья.

Во время интенсивной двухчасовой тренировки спортсмены теряют порядка 3–4% жидкости, содержащейся в организме. При этом потеря 7% – уже критичный уровень обезвоживания. Потеря жидкости повышает вязкость крови, что, в свою очередь, снижает интенсивность обмена веществ и влечет за собой риск тромбообразования. С потом спортсмен теряет не только жидкость, но и минеральные соли – в первую очередь кальций, калий и натрий. Недостаток минеральных солей может вызвать судороги, хрупкость костей и общие нарушения баланса веществ в организме. Первые симптомы обезвоживания не являются специфическими и выражаются в появлении усталости, головной боли и потери ориентации. При этом достаточно просто выпить воды и восстановить водный баланс. Если требуется экстренное восполнение жидкости, следует незамедлительно обратиться к врачу.

Превышение содержания воды в организме спортсменов является достаточно редким явлением и может произойти во время затяжных спортивных тренировок, когда потерянные через пот электролиты не заменяются новыми, но при этом спортсмен употребляет большое количество воды. Превышение содержания воды в организме спортсменов может привести к потенциально опасному дисбалансу электролитов – к гипонатриемии. Гипонатриемия – серьезное состояние, при котором уровень соды в крови понижается до критических значений и может развиваться у спортсменов, которые потеряли большое количество натрия при дыхании в результате длительной тренировки или нагрузке на сердце, особенно во время марафона.

Профилактикой обезвоживания и превышения содержания воды в организме у спортсменов является собственно сам питьевой режим: когда, сколько и какой жидкости пить.

Список литературы

1. Бойко Е. Питание и диета спортсменов. – Изд-во «Вече», 2006. – С.176.
2. Поздняков А.М. Развитие восстановительной медицины в Волгоградской области // Профсоюзы и реализация прав и свобод личности в Российской Федерации: Сб. матер. III науч. практ. конференции. – Волгоград, 2007.

ОТРАВЛЕНИЕ УГАРНЫМ ГАЗОМ ПРИ ПОЖАРАХ

Евстифеева С.Д., Тихомирова З.В., Самошина Е.А.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: PozdAM@list.ru

В настоящее время проблему отравления угарным газом при пожарах, можно назвать одной из наиболее

актуальных. Установлено, что основная причина смерти людей при пожаре – отравление продуктами горения, содержащие до 100 видов токсических химических соединений.

Статистика по пожарам и количеству погибших по России за период 2009-2011 г.

Год	Количество пожаров	Количество погибших
2009	187 тыс. 490	13 тыс. 933 человека
2010	179 тыс. 98	12 тыс. 983 человек
2011	168 тыс. 528	12 тыс. 028 человек

Причем, количество людей погибших по причине отравления угарным газом в указанном промежутке, составляет 60-70%. Статистика показывает, что показатели смертности по России возрастают с каждым годом, причем наибольшее количество пожаров отмечено период отопительного сезона, в связи с увеличением эксплуатации газового оборудования. Так, за 2011 год было 375 несчастных случаев, из них – 295 со смертельным исходом. В 2010 году было 242 случая со смертельным исходом.

Список литературы

1. Сысуйев Е.Б. Разработка и исследование новой фармацевтической продукции как средств профессиональной защиты / Е.Б. Сысуйев, А.Д. Доника // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012. № 11. С. 95.

ПРИРОДНЫЕ ОЧАГИ ОПАСНЫХ И ОСОБО ОПАСНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ТУЛЯРЕМИЯ

Ираклионина Н.С., Сысуйев Е.Б., Мась Е.С.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: PozdAM@list.ru

Актуальность. Возрастающая актуальность проблемы особо опасных инфекционных болезней в современных условиях определяется динамичным характером естественных и антропогенно детерминированных природных процессов, изменением нозологической структуры и нозологического профиля инфекционных болезней, ростом международных связей и совершенствованием мер противодействия их глобализации [1]. Туляремия как зоонозная природно-очаговая инфекция по уровню регистрируемой заболеваемости занимает относительно скромное место в структуре инфекционной патологии человека в Российской Федерации. Вместе с тем актуальность проблемы определяется различными факторами и особенностями эпидемического проявления инфекции, возбудитель которой является одним из наиболее патогенных микроорганизмов [2].

Результаты. Возбудитель туляремии – *Francisella tularensis* – обладает высокой патогенностью для человека: 10-50 бактерий при их инокуляции или ингаляции приводят к развитию инфекционного процесса. Природные очаги туляремии, широко распространенные на территории Российской Федерации, представляют собой устойчивые паразитарные системы, характеризующиеся длительным существованием, постоянными эпизоотическими эпидемическими проявлениями, способностью к трансформации под влиянием антропогенных и техногенных воздействий и трудностями оздоровления. Природные очаги туляремии в России не имеют сплошного распространения. Выделяют две обширные территории их диффузного размещения. Первая расположена в пределах Европейской части России, охватывая ее северо-запад, юг и юго-восток. Вторая находится в пределах Западной Сибири, охватывая Западно-Сибирскую равнину, предгорья Алтая и Кузнецкого Алатау. Между этими территориями (от Волги