

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФАРМАКОТЕРАПІЇ**

ЛІКИ – ЛЮДИНІ

**Сучасні проблеми створення,
вивчення та апробації
лікарських засобів**

Матеріали XXVIII всеукраїнської
науково-практичної
конференції з міжнародною участю

**3 лютого 2011 року
м. Харків**

*Реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ
№ 1 від 10 січня 2011 року*

Харків
Видавництво НФаУ
2011

Під дією мексидолу зниження вмісту АТФ та АМФ було відповідно на 22-25% меншим, ніж у контролі. Рівень АДФ не змінювався, мабуть тому, що він є головним джерелом ресинтезу АТФ і АМФ. Загальний пул нуклеотидів при введенні мексидолу був вищим, ніж у контролі у 1,8 рази.

При інфаркті міокарда спостерігалось значне підвищення рівня лактату у серці. Дослідження метаболітів та ферментів гліколізу у процесі ішемії показало, що акумуляція лактату є суттєвим фактором гальмування гліколізу.

Встановлено, що у щурів з гострим інфарктом міокарда вміст лактату у серцевому м'язі підвищився у 2,4 рази в порівнянні з рівнем у інтактних тварин. Досліджувана сполука викликала у цьому випадку антигіпоксичний ефект, знижуючи вміст лактату в 2,7 рази.

Оскільки іноксарил знижував вміст лактату у ішемізованому серці до рівня інтактних тварин, можна припустити, що при цьому ліквідувався фактор гальмування гліколізу – альтернативного джерела енергії при ішемії.

Співвідношення лактат-піруват було підвищене у щурів з інфарктом міокарда у порівнянні з інтактними тваринами в середньому у 1,8 рази та знижувалося до норми під дією іноксарила.

Таким чином, іноксарил здатний збільшувати швидкість утилізації енергії макроергічного зв'язку міокардіальними клітинами, не викликаючи виснаження запасів макроергів. Це приводить до покращення енергетичного обміну в міокарді, зменшення величини зони інфаркту і загальної смертності тварин.

ПОТЕНЦИАЛ ЗДОРОВ'Я МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Голдовский Б.М., Баранник С.В., Поталов С.А., Бурлай В.З.
Запорожская медицинская академия последипломного образования,
Запорожская городская клиническая больница экстренной и скорой
медицинской помощи, г. Запорожье.

На станции скорой медицинской помощи (СМП) г. Запорожья трудятся 1054 медицинских работников. Доля мужчин составляет 43 %, женщин – 67 %. Более половины работников старше 40 лет.

При анализе заболеваемости медицинских работников г.Запорожья выяснилось, что медицинский персонал станции СМП занимает одно из первых мест по количеству дней временной нетрудоспособности. Средняя длительность пребывания на больничном листе составила 13,9 дней в 2009 г. и 14,5 дней в 2010 г. Структура заболеваемости

работников СМП и медицинских работников города за 2010 г. представлена в таблице.

	Удельный вес, %		Средняя длительность,	
	СМП	город	СМП	Город
Болезни органов дыхания	37,99	33,46	8,6	8,1
Травмы	7,73	6,05	25,5	24,5
Болезни костно-мышечной системы	6,61	5,17	17,4	16,3
Болезни системы пищеварения	11,26	9,78	16,2	14,5
Болезни системы мочевого пузыря	4,56	4,1	18,6	15,4
Болезни мочеполовой системы	2,87	2,1	14,2	13,3

Видно, что в структуре общей заболеваемости работников СМП болезни системы кровообращения и травмы превышают городские показатели на 1,48% и 1,68% соответственно. Одновременно с этим прослеживается увеличение средней продолжительности одного случая временной нетрудоспособности у работников СМП по сравнению со средними показателями среди работников здравоохранения в городе. С учетом неблагоприятной обстановки по заболеваемости среди медицинского персонала СМП был проведен опрос о состоянии здоровья. При ответе на вопрос о перенесенных заболеваниях 85% работников ответили, что они имеют хронические заболевания и связывают их с работой на станции скорой медицинской помощи.

Наибольший удельный вес (37,99%) имеют болезни органов дыхания, (11,26%) и кровообращения, из которых 56,2% приходится на гипертоническую болезнь. Третье и четвертое места с частотой (7,73% и 6,61%) занимают травмы и болезни костномышечной системы. Пятое место заняли болезни органов пищеварения (4,56%), более половины которых приходится на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. На шестом месте заболевания мочеполовой системы. Чаще встречающиеся, в условиях скорой помощи, оказались такие заболевания как пиелонефрит, цистит, остеохондроз. Результаты периодического медицинского осмотра также показали, что у 89% медицинского персонала СМП были выявлены те или иные хронические заболевания.

По частоте выявления хронические заболевания распределились следующим образом: остеохондроз – 39,7%, нарушение зрения – 17,8%, болезни уха, горла и носа – 12,9%, хронический бронхит – 7,9%, артериальная гипертензия – 7,9%, ИБС – 6,9%, хронический пиелонефрит – 4%, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 2,9%. На станции СМП был принят ряд мер по укреплению здоровья медицинского персонала.

Однако проведенные оздоровительные мероприятия не позволили существенно снизить заболеваемость медицинского персонала СМП, так как основным фактором, влияющим на состояние здоровья работников, являются неблагоприятные условия и характер труда. По роду своей деятельности медицинский персонал СМП постоянно подвергается воздействию различных неблагоприятных факторов: нервно-эмоциональное напряжение, вынужденная рабочая поза, перенапряжение анализаторных систем, работа в условиях повышенной и пониженной температуры и влажности окружающей среды, воздействие инфекционных агентов, работа в криминальной и социально неблагополучной обстановке. Незавидное материальное положение сотрудников СМП вынуждает их постоянно работать на 1,5 ставки и более. Из-за проблем с финансированием рабочие места не аттестованы, что не позволяет обоснованно решать вопросы о предоставлении льгот и компенсаций, связывать профессиональную заболеваемость с условиями труда.

Исходя из вышесказанного, мы считаем, что необходимо законодательно расширить список профессиональных заболеваний медицинских работников с учетом основных структурных групп, рассмотреть в правительстве Украины вопрос о снижении пенсионного возраста для работников СМП.

ТЕХНОЛОГІЯ ІНТЕГРАТИВНОГО КРОВОЗБЕРЕЖЕННЯ

Голдовський Б.М., Серіков К.В., Поталов С.О., Воротинцев С.І.,
Льовкін О.А., Задорожко Є.А., Случевський О.В.

Запорізька медична академія післядипломної освіти, м.Запоріжжя

До наступного часу не існує єдиного протоколу інтраопераційної інфузійно-трансфузійної терапії невідкладних хірургічних операцій з приводу середньо-тяжких кровотеч.

З успіхом використовуються схеми кроовоповнення із застосуванням ізотонічних і гіпертонічних кристалоїдних розчинів, розчинів колоїдів, штучних переносників кисню, а також компонентів і препаратів крові. Однак у жодному клінічному дослідженні не було статистично вірогідно наведено поліпшення виживання хворих при окремому відшкодуванні дефіциту об'єму циркулюючої крові.

Мета дослідження. Стабілізація основних параметрів гомеостазу, порушених у результаті гострого дефіциту ОЦК у хворих на тяжку шлунково-кишкову кровотечу (ШКК) виразкового генезу на основі розробки нових і вдосконалення існуючих методів анестезіологічного забезпечення та інфузійно-трансфузійної терапії.