

Узбекистана 2001 г.

4. Ю.С. Гилевич, А.В. Бодулин. К выбору радикальных операций и предупреждение рецидивов при эхинококковой болезни. В сб. тезисов XXXI Всесоюзного съезда хирургов. Ташкент, 1986 г.

Сафоев Б.Б.,

Хамдамов Б.З.,

Эргашев Ж.Н.,

Маликов А.Р.,

Худоёров К.Р.

## **ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ НА РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ**

Бухарский государственный медицинский институт

Основу современной медикаментозной терапии раневой инфекции составляет антибиотикотерапия. Вместе с тем, несмотря на разработку новых поколений антибиотиков широкого спектра действия рост удельного веса местных инфекций и септикопиемий не имеет тенденции к уменьшению. В связи с чем удлиняются сроки лечения больных с раневой инфекцией что увеличивает материальные затраты на их лечение (1, 3, 4). Так установлено, что среди гнойно-хирургических заболеваний раневая инфекция составляет от 12 до 35% случаев. Главной причиной неудач антибиотикотерапии является приобретение микроорганизмами способности вырабатывать различные эффективные механизмы устойчивости к антибактериальным препаратам (3, 5). За прошедшие десятилетия эта тенденция и её последствия приобрели такие масштабы, которые указывают на необходимость пересмотра структуры антибиотикорезистентности возбудителей хирургической инфекции и перехода на более обоснованную стратегию и тактику лечения хирургических ран (2, 5, 6).

Основу механизма развития резистентности микрофлор составляет процесс синтеза клеточной мембраны, из-за чего доступ в клетках прекращается, ключевую роль в этом играет рибосома клетки (5, 7). Хотя имеются исследования направленные на изучение механизмов уменьшения резистентности микроорганизмов, но они не отвечают современным требованиям и находятся в разрозненном виде.

Цель исследования: изучение влияния ультрафиолетового облучения (УФО) на резистентность микроорганизмов.

Материалы и методы: Экспериментальные исследования проводились в 8 сериях *in vitro*, каждая серия состояла из 10 частей, при котором штаммы микроорганизмов подвергались различным биодозам УФО. При дозировке применен метод Дальфельда Горбачева, где учитывается расстояние между источником облучения, объектом облучения и временем облучения. Идентификация микроорганизмов проводилась в соответствии со стандартными лабораторными процедурами, чувствительность к антибиотикам определялась диско диффузионным методом на среде Мюллера-Хинтона. Чувствительность микрофлоры определялось к следующим антибиотикам: Амоксиклав, Азмолит, Доксциклин, Таривид, Амикозид, Зинацеф, Цефамезин, Цефабид, Ципрофлоксацин, Сульперазон.

Результаты и их обсуждение: Результаты экспериментальных исследований показали, что с увеличением биодозы ультрафиолетового облучения отмечалось уменьшение резистентности микроорганизмов к антибиотикам. Это выражалось в следующем: при облучение микроорганизмов по 0,25 биодозе резистентность микроорганизмов к антибиотикам уменьшилось до 90%, при облучение 0,5 биодозами резистентность микроорганизмов уменьшилось до 80%, при облучении 1,0 биодозой резистентность уменьшилось на 50%, при облучении 1,25 биодозой до 30%, 1,5 биодозе до 20% то есть из 10 антибиотиков чувствительность наблюдалось к 8 из них что составляет 80%. При облучении в 2,0 биодозах роста микроорганизмов не наблюдалось. Наибольшая чувствительность штаммов микроорганизмов после различных доз облучения отмечалось к таким антибактериальным препаратам как Азмолит, Доксциклин, Таривид, Цефабид, Ципрофлоксацин и Сульперазон.

Таким образом, проведенные экспериментальные исследования, направленные на изучение влияния различных биодоз ультрафиолетового облучения на резистентность штаммов микроорганизмов наиболее часто вызывающих раневую инфекцию показали, что по мере увеличения биодозы УФО наблюдается уменьшение резистентности микроорганизмов к различным видам антибактериальных препаратов.

**Выводы:**

1. УФО является одним из физических методов которое может эффективно влиять на патогенетический механизм резистентности микроорганизмов к антибиотикам.
2. При использовании УФО в лечении раневой инфекции необходимо динамический контроль за резистентностью микроорганизмов.
3. Ультрафиолетовое облучение обладает не только бактерицидным действием, но и антирезистентным свойством.

**Использованная литература**

1. Благоданова А.С. Сравнительная характеристика антибиотико-резистентности нозокомиальных и внебольничных возбудителей гнойно-септических инфекций в хирургии // Тезисы IX Международного конгресса МАКМАХ / В8АС по антимикробной терапии. М., 2007. Том 9. №2.
2. Булынин В.И., Глухов А.А., Мошуров И.П. Лечение ран. Воронеж, 1998.
3. Божкова С.А., Яковлева О.М., Гулова А.Ф. Взаимодействие клинического фармаколога и микробиолога как залог успеха антибактериальной терапии хирургических инфекций // Тезисы VII Международной конференции МАКМАХ «Антимикробная терапия». М., 2005. Том 7. №2.
4. Брискин Б.С., Хачатрян Н.Н., Ионов С.А. Антибиотикопрофилактика в абдоминальной хирургии. Consilium-medicum. Том 5. 2003.
5. Гостищев В.К., Омеляновский В.В. Пути и возможности профилактики инфекционных осложнений в хирургии // Хирургия. - 1997, №8 .
6. Кулаков А.В., Карсонова М.И., Пинегин Б.В. Прогнозирование гнойных осложнений в хирургии с помощью определения аффинности антител // Хирургия.- 2001, №11.
7. Жилина С.В., Поликарпова С.В. Оценка результатов мониторинга проблемных микроорганизмов в отделении гнойной хирургии. IX Международный конгресс по антимикробной терапии. М., 2007.
8. Sheen-Chen SM, Chen WS, Eng HL et al. Am.S Infect Control 2000; 28: 298-301.

Хамитова Ф.А.,  
Ташева Г.С.,  
Пулатова Ш.К.

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ  
ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НОСА**

Бухарский государственный медицинский институт

Последние годы отмечены непрерывным ростом травматизма. Перелом носовых костей – довольно частая травма. Среди всех травм лица она встречается в 40 % случаев. Причиной перелома носа является его прямая травма. Основные причины, ведущие к травме носа – это спортивные травмы, драки, падения и дорожные аварии. Нос состоит из костной части – носовой кости, и хрящевой части. Нос – это самая выдающаяся часть лица, поэтому она чаще всего подвержена травмам. [Боймуратов Ш.А., 2005; Пискунов В.С. ,2006; Крюков А.И. с соавт ,2006; Rhee SC, et al.,2008; Skoulakis CE. Et al.,2008] Носовые кости плотно соединены по наружному краю носовыми отростками верхней челюсти, поэтому их переломы могут быть изолированными или происходить одновременно с переломами верхней челюсти. Частота одиночных переломов костей носа, по материалам В.В. Трубина и А.К. Радаева (2001), составляет 79,9%, с одновременными повреждениями костей средней зоны лица - 20,1%. Средняя зона лица, особенно носовая часть, отличается хорошим кровоснабжением и иннервацией. Репозиция костей носа под местным обезболиванием приводит к таким осложнениям, как кровотечение и сопротивление больного, что не даёт хорошие результаты при репонировании отломков носа. Это в последующем приведет к нарушению носового дыхания, деформациям хрящевой и костной системы наружного носа

Цель работы: Изучить статистические данные переломов костей носа за период 5 лет у взрослых больных (2005-2010г) Бухарской областной клинической больницы в отд. ЧЛХ

Материалы и методы исследования: Для анализа частоты распространения случаев перелома костей среднего лицевого отдела мы осуществили ретроспективный анализ истории болезни 177 пациентов, перенесших травмы и получивших лечение в Бухарском областном многопрофильном медицинском центре на протяжении 2005-2010 годов, что составило 31,62% из общего числа пациентов, получивших лечение в этом отделении и указывает на постоянный рост числа травм этого рода. Из 8 пациентов с переломами комплекса верхней челюсти и носовых костей: перелом без смещения был отмечен у 18,35% пациентов, перелом со смещением - у 63,29% пациентов, открытые переломы - в 18,35% случаях.