

616/003
C91

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**«Сучасні проблеми клінічної та експериментальної
медицини»**

**VIII підсумкова науково-практична конференція
медичного факультету**

25-27 квітня 2000 р.

383319

Україна
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
БІБЛІОТЕКА 1
ФІЛІАЛ 2
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
БІБЛІОТЕКА

Суми – 2000

Секція анестезіології та реаніматології

XX ВЕК И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

Лебедев А.А.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Жизнь – высшее благо природы, надо беречь ее, бороться за ее восстановление даже в тот период, когда она угасает или только что угасла. Многочисленные попытки оживления сопровождались массой мучительных неудач. Накапливался опыт оживления.

Глубокое и всестороннее исследование общепатологических закономерностей, характеризующих процессы угасания и восстановления жизненных функций организма, дало возможность уйти от чисто эмпирических поисков и рождения науки реаниматологии и ее практических разделов: реаниматологии, интенсивной терапии, интенсивного наблюдения и интенсивного ухода. Реаниматология как наука родилась в 1943 году с публикации «Медгизом», а затем с 1945, 1946 гг. в американской прессе монографии Нетовского В.А. и сотрудников «Восстановление жизненных функций организма, находящегося в состоянии агонии или периода клинической смерти».

Группе ученых во главе с В.А. Нестеровым удалось в 1948 году организовать первое отделение реанимации в хирургической клинике А.Н. Бакулева, затем в больнице им. Боткина (в г. Москва), ставшим в последствии клинической базой Института общей реанимации.

В 1952 году американский ученый М. Сафар предложил методику реанимации, которую ВОЗ рекомендует применять во всем мире.

Дальнейшее усовершенствование методов реанимации, используя достижения техники и электроники, позволило вернуть к

жизни многих пациентов и успешно проводить трансплантацию органов и систем.

В 1965 году в Киеве профессор А.И. Трепцивский организовал на базе больницы им. Октябрьской революции Республиканский центр интенсивной терапии и реанимации, коллективу которого удалось спасти много жизней. Так рождалась наука реанимация.

Весьма важную роль в развитии теоретических и практических знаний в области реанимации сыграло формирование В.А. Небовским концепции постреанимационной болезни.

Проведенные исследования показали, что нарушение функций жизненно важных органов могут возникать не только в процессе умирания или во время клинической смерти, но и в раннем постреанимационном периоде, как следствие тяжелой гипоксемии, присоединения инфекции и отравления организма недоокисленными продуктами обмена.

Профилактика и лечение постреанимационной болезни нередко бывает более трудным, чем непосредственное лечение терминального состояния. Активное и своевременное лечение этой болезни позволяет сохранить жизнь многим больным, даже перенесшим значительную по продолжительности терминальную фазу.

Разработка и освоение более совершенных методов лечения постреанимационной болезни потребует еще долгих поисков, но они необходимы и явно перспективны.

Жизнь, великий дар природы и надо добиваться, чтобы все больше людей, даже стоящих на грани жизни и смерти, не перешагнули эту грань. В этом смысл и цель нашей науки, нашей работы.

ДОСТИЖЕНИЯ ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ В XX ВЕКЕ

Шипук В.Д.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Ортопедия является самостоятельным разделом медицинской науки о заболеваниях, деформациях, повреждениях и нарушениях функций опорно-двигательного аппарата человека – позвоночника, таза, верхней и нижней конечностей тела человека.

Пройдя длительный и интересный путь развития, современная ортопедия является многогранной специальностью, включающей следующие разделы:

1. Общая ортопедия или ортопедия взрослых.
2. Детская ортопедия.
3. Травматология, травматология детского возраста.
4. Восстановительная хирургия опорно-двигательного аппарата.
5. Хирургия кисти.
6. Костно-суставной туберкулез.
7. Протезирование и аппаратотерапия.
8. Реабилитация (восстановление функций поврежденных отделов опорно-двигательного аппарата).
9. Эндопротезирование суставов.

Термин «ортопедия» введен в литературу французским врачом Николя Андре в 1741 году. В буквальном переводе с греческого языка «ортопедия» значит «прямое дитя» (ortho – прямой и pedos – дитя). В 1743 г. Н. Андре издал 2-х томное руководство «Ортопедия, или искусство предупреждать и лечить искривления».

С 1884 г. на кафедрах хирургической патологии началось чтение курса ортопедии, в котором доминировала травматология органов движения.

В Украине первый ортопедо-травматический институт был открыт в Харькове в 1907 году. В момент прихода М.И. Си-

генко в Медико-механический институт ортопедия в нашей стране была представлена в основном тремя школами.

Первая школа была сосредоточена в клинике Военно-медицинской академии в Петрограде. Клинику возглавил Г.И.Турнер – выдающийся представитель консервативного направления в лечении ортопедо-травматических больных, создатель первой в России ортопедической клиники.

Вторую школу представлял Петроградский ортопедический институт, которым руководил профессор Р.Р. Вреден – яркий представитель оперативного направления в лечении ортопедических заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата.

Третья школа, представленная Медико-механическим институтом и ортопедическими учреждениями Харькова, Киева и Одессы, только оформлялась и не имела еще единого направления и своего методологического центра.

В последнее десятилетие научные разработки институтов проводятся по следующим направлениям:

- профилактика травматизма в машиностроительной промышленности;
- предупреждение автодорожного травматизма;
- изучение патологии позвоночника и крупных суставов;
- диагностика и раннее лечение детской ортопедической патологии;
- экспресс диагностика и лечение тяжелых повреждений конечностей, протезирование;
- медико-биологические и медико-технические проблемы в ортопедии и травматологии;
- эндопротезирование крупных суставов.

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКИХ НЕВРИТОВ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА.

**Якубовская Т.В., зав. курсом, Грицай А.А. асс.,
Грицай Л.В. асс., Ломова А.Г., врач
курс офтальмологии**

Применение хирургических методик в лечении заболеваний сетчатки и зрительного нерва направлено на улучшение гемодинамики и трофики в нейронных структурах глаза (Шлопак Т.В., 1970, Нурмамедов, 1981, Беляев В.С., 1984, Шилкин Г.А., 1988, Павлюченко К.П., 1997, Якубовская Т.В., 1996, 1998).

Опыт применения нами различных методик позволили сделать вывод об эффективности комбинированной методики, включающей однолокутную склеропластику и перевязку поверхностей височной артерии с предварительной внутриартериальной инфузией лекарственных препаратов.

Полученные положительные результаты применения данной методики при хронических заболеваниях сетчатки и зрительного нерва позволили расширить показания к применению комбинированного хирургического лечения.

Проведен анализ хирургического лечения 6-ти больных я тяжелой формой токсического неврита табачно-алкогольной этиологии.

Предварительные результаты: (повышение остроты зрения, уменьшение или исчезновение центральной слотомы, нормализация цветоощущения), даже при небольшом количестве случаев позволяет рекомендовать методику в лечении острых заболеваний зрительного нерва.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРРЕКЦИИ АФАКИИ РАЗЛИЧНЫМИ МОДИФИКАЦИИ ИОЛ.

Якубовская Т.В., зав. курсом,
Стебловская Н.Д., асс. Мускен А., клин. орд.
курс офтальмологии

В настоящее время катаракта является одной из основных причин слепоты. При хирургическом лечении катаракты имплантация искусственной интраокулярной линзы (ИОЛ) является эффективным методом коррекции афакии.

Постоянное совершенствование технологии экстракции катаракты определяет необходимость разработки новых моделей ИОЛ - совершенствование формы, методики фиксации, физико-химических свойств материалов для ИОЛ.

Проведен анализ 355 экстракций катаракты с одномоментной имплантацией ИОЛ. В областном отделении микрохирургии глаза применяются 10 моделей ИОЛ.

Сравнительная оценка проведена по степени выраженности послеоперационной экссудативно-воспалительной реакции глаза, наличию токсико-аллергических явлений (асептический увеит, экссудат в зрачковой зоне, помутнение задней капсулы хрусталика, появление мембран на ИОЛ и др.), динамика улучшения зрительных функций, состоянию эндотелия роговицы.

Выводы:

1). ИОЛ из высокомолекулярных соединений (ЛИОЛ) или фотополимеризующихся композиций (ТИОЛ, US - Optics) хорошо переносятся тканями глаза, не вызывают реакций отторжения.

2). Наличие просветляющего антибликового покрытия (модели ЛИОЛ - П, US - Optics) обеспечивают высокую остроту зрения и зрительный комфорт уже в раннем послеоперационном периоде.

3). Особенности конструкций современных ИОЛ максимально приближены к мировым стандартам и обеспечивают высокую стабильность положения ИОЛ.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕТЧАТКИ.

**Якубовская Т.В., зав. курсом,
Пилипенко В.В., врач, Исса А., клин. орд.
курс офтальмологии**

Проведен анализ отдаленных результатов (от 3-х месяцев до 2-х лет) комбинированного лечения дистрофических заболеваний сетчатки по разработанной на курсе офтальмологии методике (Якубовская Т.В., 1996, 1998).

Обследованы 63 человека (72 глаза).

Сроки наблюдения: от 3 до 6 мес. - 29 глаз;

от 6 до 12 мес. - 30 глаз;

от 13 лет до 2-х лет - 13 глаз.

Получены результаты:

I. улучшение зрительных функций - 22 глаза (30,5%)

II. стабилизация процесса - 35 глаз (48,6%)

III. ухудшение - 15 глаз (20,8%)

причем в 3 случаях - за счет прогрессирования катаракты, а в 11 (15,2%) случаях - за счет ухудшения состояния сетчатки, прогрессирования основного заболевания.

Приведенные результаты позволяют рекомендовать хирургическую методику для лечения заболеваний сетчатки, как самостоятельный метод, так и в комбинации с общепринятыми консервативными схемами для активизации реологических и трофических процессов в сетчатке.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОННЕГО НЕЙРОРЕТИНИТА, ВЫЗВАННОГО ЦИТОЛИГАЛОВИРУСОМ

Грицай А.А., асс.
курс офтальмологии

Выявление этиологического фактора нейроретинита является, по-прежнему, трудной задачей. Достаточно часто причина заболевания остается неясной.

Под наблюдением находилось двое больных, у которых офтальмопатология развилась после перенесенного гриппа. Комплексное и лабораторное исследование позволило исключить ряд причин поражения соответствующих структур глаза (токсоплазмоз, туберкулез, ревматизм и др.). У больных отмечалось двустороннее поражение зрительного нерва и сетчатки, которое развилось с интервалом в 7-10 дней. Наиболее типичная офтальмоскопическая картина - отек диска зрительного нерва, выраженный перипапиллярный отек, в парамакулярной области ватообразный очаг, периваскулярный отек в верхнем сегменте, патологические рефлексии с макулярной области, плавающие помутнения в стекловидном теле. Зрение у пациентов резко снижено ($0,03 \pm 0,01$), в поле зрения определялась центральная скотома, нарушено цветовосприятие. Проведена комплексная терапия: противовоспалительная, противоотечная, иммуномодулирующая, произведена субтенозная имплантация коллагеновой инфузионной системы, через которую вводились лекарственные смеси в субтенозное пространство. В момент уменьшения активности воспалительного процесса, формирования атрофии зрительного нерва произведена вазореконструктивная операция - пересечение поверхностей височной артерии с предварительным введением лекарственной смеси. Через 1 месяц после лечения зрительные функции частично восстановлены: острота зрения $0,23 \pm 0,02$, суммация градусов поля зрения $498 \pm 8^\circ$. Иммунологическое исследование в НИИ ГБ позволило установить этиофактор: цитомегаловирус.

Проведенный анализ показал, что клиническая картина поражения органа зрения цитомегаловирусом ассоциируется с данными, приведенными М.М. Красновым (1998) и является типичной. Нейроретиниты требуют активной комплексной терапии, включающей ме-

дикаментозное и оперативное лечение. В случаях нейроретинитов неясной этиологии рекомендуется применение интерферогенов и иммуномодулирующих препаратов.

РАЗВИТИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ В XX СТОЛЕТИИ

С.А. Пугачев

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

В истории развития отечественной анестезиологии можно выделить несколько периодов.

Первый период с 7.02.1847 г., когда профессор клиники Московского университета Ф.И. Иноземцев впервые применил эфирный наркоз, и продолжался почти 50 лет. Исключительную роль в развитии и внедрении наркоза сыграл Н.И. Пирогов. Ему принадлежит первая в мире монография посвященная наркозу, изданная в мае 1847 года, «Использование наркоза в военно-полевых условиях».

Последнее десятилетие XX ст. ознаменовало второй период в истории отечественного хирургического обезболивания, когда были открыты новые препараты и методы анестезии. Первым шагом в этом направлении было открытие В.К. Апелом в 1879 году и Коллером в 1884 году местноанестезирующих свойств кокаина, а также дальнейшее развитие методов местного обезболивания после синтеза новокаина в 1905 году. А.В. Вишневский разработал оригинальную технику инфильтрационной анестезии методом «тугого ползучего инфильтрата», В.Ф. Войно-Ясенецкий - развитие методов проводниковой анестезии.

В 20-30 гг. резко проявился разный подход (идеология) в разработке хирургического обезболивания у советских и большинства зарубежных специалистов. Хирурги Западной Европы и США при средних и больших вмешательствах отдавали предпочтение общему обезболиванию, что повлекло за собой его интенсивное развитие за рубежом. В послевоенном периоде вопрос об

анестезиологии приобрел особенно острый характер, так как без его решения дальнейшее развитие хирургии оказалось невозможным. Это стало главным фактором в формировании анестезиологии как отдельной дисциплины в клинической медицине.

Третий период завершился Первой организационной конференцией анестезиологов УССР в 1964 году, на которой было принято решение о создании республиканского общества анестезиологов Украины, первого общества анестезиологов в СССР.

В развитии отечественной анестезиологии 60-х годов появилась важная тенденция – ее сближение с интенсивной медициной, которая стала наиболее характерной чертой ее IV периода. Важнейшим шагом в становлении отечественной анестезиологии была организация отдельных кафедр анестезиологии. На протяжении 70-х годов были созданы кафедры анестезиологии в большинстве медицинских институтов. По данным ВОЗ в 80-х годах анестезиология вышла на 5 место среди врачебных специальностей, а в 90-е годы на 4 место.

СТАНОВЛЕНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

Нищенко Н.А.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Последнее столетие ознаменовалось бурным развитием всех сфер человеческой деятельности. Однако увеличение ритма жизни, ухудшение экологии, постоянное эмоциональное напряжение и ряд других факторов, привели к появлению всплеска заболеваемости. Решение проблем предупреждения и лечения как старых, так и новых заболеваний потребовало повышения квалификации специалистов. Остро стал вопрос о формировании педагогической школы в медицинских вузах.

В разное время акценты в педагогических методах смещались в направлении теоретических, наглядно-образных, практических изысканий.

Особое распространение получили активные методы обучения (АМО). Они сформированы на основе стратегии сотрудничества между педагогом и студентом. Основными принципами являются:

- 1) адекватность форм и методов обучения;
- 2) персонифицированность подхода к знаниям и умениям, а значит способам и схемам обучения каждого студента;
- 3) активная «мозговая атака», т.е. выявление потенциала будущего специалиста, расширение его возможностей в овладении теоретическими и практическими навыками;
- 4) формирование устойчивых навыков принятия решений в различных ситуациях.

Наибольшее распространение в медицинских вузах получили АМО в виде: лекций с использованием ТСО, наглядного материала (самая простая форма АМО); практические занятия в виде ситуационных задач, тестового контроля; наиболее сложной, но действенной является деловая игра. Нами разработаны основные принципы построения занятий в медицинских вузах.

На основании этого можно проследить историю развития педагогики в конкретной сфере образования.

Использование лучших образцов и достижений педагогической науки позволит усовершенствовать методику подготовки врачей, поможет выработать стойкое представление студентов о различных аспектах практической деятельности.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНЫХ АРИТМИЙ

В.Л. Авраменко

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

При пароксизмальной постоянной тахикардии и тахиаритмии известные антиаритмические медикаменты и распространенные методы лечения (электростимуляция сердца, дефибрилляция) не всегда оказываются эффективными. Усилия многих ученых направлены на поиски новых, в частности, хирургических методов лечения больных со сложными гипердинамическими нарушениями сердечного ритма. Получили развитие радикальные прямые вмешательства на проводящих путях сердца и аритмогенных очагах.

Одним из важнейших этапов в хирургическом лечении являются интраоперационные электрофизиологические исследования. Они включают и эпикардальное картирование (мэпинг). К поверхности сердца прикладываются электроды, с помощью которых одновременно проводится электрическая стимуляция и регистрация реакции сердца на электрические импульсы. При эктопических тахикардиях целью электрокартирования является установление места наиболее раннего «прорыва» потенциала возбуждения в предсердиях или в желудочках.

Основные показания к операции: неэффективность профилактического медикаментозного лечения больных с чистыми, тяжелыми или затяжными приступами наджелудочной тахикардии и мерцательной аритмии. Эти вмешательства особенно оправданы при синдроме слабого синусового узла, бради-тахиформе, когда постоянная электрокардиостимуляция с применением антиаритмиков не дает желаемого эффекта, а также при мерцании-трепетании пароксизмального характера, что обычно наблюдается на основе корригированных или не корригированных пороков сердца. К ним следует прибегать и при постоянной наджелудочной тахикардии или тахиаритмии без анатомически выраженной

патології, якщо не вдасться медикаментозна нормалізація частоти скорочення серця (ниже 100 в мин.).

Убедительные результаты достигнуты при синдроме Вольфа – Паркинсона – Уайта. Радикальная операция заключается в ликвидации проводимости по дополнительному атриовентрикулярному соединению (пучку Кента). За последние годы техника этой операции значительно упростилась, она стала менее травматичной.

При синдроме Вольфа – Паркинсона – Уайта с положительным результатом заканчиваются 90 процентов операций.

За последние годы вошли в практику операции при желудочковой тахикардии у больных с аневризмой левого желудочка. После аневризмэктомии в условиях искусственного кровообращения ликвидируется аритмогенная зона. Наиболее эффективна эндокардиальная резекция в сочетании с криодеструкцией.

Хирургическое лечение эктопической предсердной тахикардии, несомненно, перспективно.

СТАН МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ ПРИ КІСТЯКОВІЙ ТРАВМІ

Ю.А. Барабан

Керівник А.О. Лебедев

Кафедра анестезіології та реанімації

В останні роки визначено поступове зростання рівня травматизації населення, особливо при ДТП, і як одна зі складових цієї патології – збільшилось число кістякової травми. Зросла, також, ступінь ваги травматичної хвороби, частота розвитку травматичного шоку, у патофізіологічній основі котрого лежить порушення мікроциркуляції як внутрішніх органів, так і периферичних тканин.

Найбільш об'єктивним методом оцінки стану мікроциркуляції, особливо прижиттєвої мікроциркуляції, є метод бульбарної мікроскопії кон'юнктиви ока. Мікроскопія бульбарної кон'юнктиви

ока проводилась за допомогою операційного мікроскопа в динаміці: при надходженні хворих, на 3-й, 6-й та 9-й дні лікування. Оцінювали отриману інформацію з методики Л.Т. Малої, М.А. Власенко і співробітників.

Обстежено 50 пацієнтів із різноманітними переломами сегментів кінцівок. З них: 10 чоловік – контрольна група (практично здорові люди у віці 20-40 років) і 20 пацієнтів у стані травматичного шоку.

Для об'єктивної оцінки дослідження мікроциркуляції користувалися кон'юнктивальним показником, обумовленим у балах.

У пацієнтів контрольної групи кон'юнктивальний показник коливався на рівні 1-6 балів. У обстежених хворих із травматичним шоком кон'юнктивальний показник був від 15 балів і вище.

У хворих при різноманітних переломах кісток кінцівок без розвитку травматичного шоку розкид кон'юнктивального показника був від 4 до 11 балів. Що дозволяє діагностувати стан т. зв. "перешока".

У перші 1-2 дні спостереження хворих при травматичному шоці і при кістяковій травмі важкого ступеня, відмічене запусіння капілярів, розширення і звивистість венул із явищем переривів кровотоку та створенням складів. У наступні 3-5 дні – артеріоли у вигляді ампутаційних кукс, уповільнення кровотоку, різке зменшення капілярної мережі.

У пізніший час, і під час виходу із шоку, ми бачили: збільшення капілярної мережі, розширення діаметра капілярів. Особливо наочними були зміни в несудинному просторі: переваскулярній набряк, тьмяність і жовто-перловий фон бульбарної кон'юнктиви - у перші дні спостереження, та блискучий і прозорий фон - у наступні, після виходу із шоку.

Приведені показники допомагали зробити раціональний вибір при проведенні инфузорної терапії.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТАМСУЛОЗИНА ГИДРОХЛОРИДА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ

Гиленко С.А., Владыченко К.А.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Увеличение продолжительности жизни населения многих стран и, соответственно, увеличение абсолютного числа мужчин старше 50 лет прогностически должно вызвать подъем заболеваемости доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Поскольку многие пациенты в этом возрасте, как правило, отягощены тяжелыми сопутствующими заболеваниями, встает вопрос о консервативном лечении ДГПЖ. Препарат тамсулозина гидрохлорид (Омник) блокирует α_1 -адренорецепторы гладкой мускулатуры простаты, шейки мочевого пузыря и простатической части уретры, уменьшая динамический компонент инфравезикальной обструкции. В урологическом отделении 1 городской больницы г. Сумы прослежены результаты лечения 20 больных с ДГПЖ препаратом Омник в течение 1 месяца с суточной дозировкой 0,4 мг однократно. Контроль осуществлялся через 14 и 30 дней. Критерии включения в исследование: объем простаты более 25 см; максимальная скорость потока мочи менее 10 мл/сек; индекс субъективной симптоматики по IPSS более 9 баллов; объем остаточной мочи до 200 мл. исследуемую группу составили пациенты в возрасте 61-83 года, со средним баллом по IPSS 16,8 и средней величиной Q_{max} 8,8 мл/сек. После проведенного лечения состояние улучшилось у 17 пациентов (85%); не изменилось у 2 пациентов (10%); один пациент не завершил курс лечения (5%). Q_{max} возрос до 12,6-+0,2 мл/сек, количество остаточной мочи уменьшилось с 100-+20 мл до 56-+8 мл, что указывает на эффективность препарата при лечении ДГПЖ.

БИБЛИОТЕКА

ФЕЛІС

УЧНИЙ ФАК. Л.

Сумський державний
університет
БІБЛІОТЕКА

ПРИМЕНЕНИЕ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Кравченко В.Н., аспирант
 Научный руководитель Лебедев А.А.
 Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Вряд ли в арсенале современных лечебных средств различных стран и народов найдется еще один столь древний и в то же время столь новый способ воздействия на организм человека при ряде заболеваний, как метод рефлекторной терапии, в частности акупунктуры, иглорефлексотерапии (чжень-цзю-терапии). В последние годы этот метод все чаще привлекает внимание специалистов — исследователей и врачей различных стран, и получает все большее развитие.

— В нашей стране и странах СНГ в ряде институтов и учреждений системы здравоохранения исследования в области рефлексотерапии ведутся на высоком теоретическом уровне и дают большой практический результат. Широко известны кафедры рефлексотерапии при Харьковском (Э.П.Яроцкая, М.Н.Шапиро) и Киевском (проф. Е.Л. Мачерет) институтах усовершенствования врачей. С 1976 года организован в Москве Центральный научно-исследовательский институт рефлексотерапии, ставший методическим центром научных исследований по вопросам теории и практики рефлексотерапии. Этот институт возглавил крупнейший нейрохирург проф. Р.А.Дуринян.

Можно утверждать, что рефлексотерапия возникла около 4 тысяч лет назад, не была забыта и получила свое дальнейшее развитие на основе современных знаний и научных достижений благодаря своей эффективности в самых различных областях медицины, в том числе анестезиологии и реаниматологии.

Наибольший вклад в развитие рефлексотерапии в анестезиологической и реаниматологической практике внесли российские (г.Саратов) анестезиологи А.Т.Староверов, Г.Н.Барашков, выпустившие монографию «Иглотерапия в анестезиологии и реаниматологии».

ниматології» видавництвом Саратовського університету. Заслуживають уваги як теоретичні, так і практичні дослідження, даючі можливість лікарю-анестезіологу, набувши навички практичної рефлексотерапії (особливо електроакупунктури), застосовувати в практичній діяльності дуже ефективний, завжди доступний і недорогий по матеріальним витратам метод рефлексотерапії.

В Україні запропоновані варіанти акупунктурної аналгезії як в інтраопераційному, так і післяопераційному періоді такими спеціалістами в цій області медицини як Е.Л.Мачерет, І.З.Самоскок, М.І.Шапіро, І.І.Шапіро, Е.П.Яроцька і др. Обезболювання, проведене методом електро-рефлексаналгезії в ряді випадків з успіхом конкурує з традиційними методами обезболювання, застосовуваними в анестезіології. Ці методи обезболювання мають багато достоїнств (безпеку застосування, відсутність побічних явищ, більш сприятливе перебіг післяопераційного періоду і др.) і можуть бути рекомендовані для практичного лікаря-анестезіолога як альтернативні.

ПРОЛОНГОВАНА ПРОВІДНИКОВА АНЕСТЕЗІЯ

О.М. Терещук

Науковий керівник А.О.Лебедев

Кафедра анестезіології та реанімації

Провідникова анестезія (ПА) – один із основних методів анестезіологічної допомоги для проведення оперативних втручань в ортопедії і травматології. Але іноді тривалість операції перевищує тривалість ПА. В зв'язку з цим, виникає необхідність у продовженні дії двого виду знеболювання. Продовжити дію ПА можна двома шляхами:

1. Підбір фармакологічного агенту

2. Катетеризація фасціальних піхв судинно-нервових пучків.

1) Час дії місцевого анестетика залежить від його фізико-хімічних властивостей, від швидкості метаболічного розщеплення і застосування допоміжних засобів – вазоконстрикторів, тізміну, декстранів та т.ін.

регулювати час ПА можна шляхом підбору місцевого анестетика, враховуючи, що кожен із них має свою тривалість дії, але, як правило, при збільшенні часу дії анестетика, збільшується і його токсичність, а іноді і значно подовжується їх скритий період (час від моменту введення до настання анестезії). Так, наприклад, лідокаїн:

токсичність – 1,4;

тривалість знеболювання – 2-2,5 год;

скритий період – 5-8 хв.

Дікаїн:

токсичність – 10;

тривалість знеболювання – до 6,5 год;

скритий період – до 40 хв.

Логічно використовувати суміш кількох анестетиків, у яких різний скритий період і різна тривалість дії, але у даному разі необхідно враховувати їх об'єми і концентрації, бо легко можна отримати передозування.

Збільшення концентрації анестетика вдвоє, також подовжує тривалість анестезії в середньому на 30%, але тут теж потрібно враховувати максимально допустиму дозу введення, що призводить до зменшення загального об'єму.

Допоміжні засоби можна умовно розділити на 2 групи:

- сповільнюючі резорбцію анестезуючого агенту;
- підсилення анестезуючої дії.

У першому випадку досягнути ефект можна різними способами:

- Підвищення в'язкості розчину (приготування розчину анестетика на основі декстранів, що дає подовження блоку на 30-40%).

- Комбінація з вазоконстрікторами (добавляють з ціллю пролонгації локальної дії анестетика, а також для зниження кількості поступаючого анестетика в кров за одиницю часу і тим самим зменшити токсичний ефект) з яких найчастіше використовують мезатон, адреналін, норадреналін.

Підсилення анестезіючої дії досягається додаванням до розчину тіаміну (вітамін В₁), який є нейтронним препаратом, потенціює дію місцевого анестетика на нервовій стовбур, в результаті чого анестезія більш виражена і триваліша. Додавання до розчину наркотичних анагетиків також цілком доцільно, оскільки дослідження останніх років (Mays K. et al., 1987, Juge O., 1985) підтверджують наявність опіатних рецепторів периферійних нервів. Морфін, промедол, фентазіл добавляють у дозі, яка прийнятна для одноразового в/м введення. Для підсилення анестезіючої дії анестетика застосовують також препарати, що покращують дифузійну здатність розчину. Для цієї цілі використовують фермент лідазу, яка покращує проникнення сполучної тканини.

На практиці ми використовували прокитично усі вище згадані методи і способи для пролонгації ПА.

Так, було проведено 3 ПА сумішню дікеїну і лідокеїну. Причому дікаїну було взято 30% від його максимально допустимої дози, а лідокаїну відповідно 70%. Дана суміш дозволила значно подовжити дію ПА при відносно невеликому скритому періоді.

Пролонгацію ПА, близько на 40% ми досягли при виконанні даного знеболковання 1% лідокаїном, приготуванням на реополіглюкіні. Таких анестезій ми виконали 15. Особливо непогано зарекомендував цей спосіб в ургентних випадках.

Понад 20 ПА ми провели сумішню анестетика з вітаміном В₁ і наркотичними анагетиками. Крім подовження самої анестезії

(на 20-30%), спостерігається також тривала постопераційна аналгезія.

7 ПА було проведено з використанням ферменту лідази. Цей метод дає хороший результат у тих випадках, коли виникають проблеми з пошуком нервових структур. Враховуючи високу дифузю розчину, ми вводили препарат у ділянку, де має бути даний нерв, без пошуку парестезії. Позитивний результат був у 90%, а у 10% випадків, для досягнення аналгетичного ефекту доводилось потенціювати анестезію наркотичними аналгетиками (фентанілом).

2) Методика катетеризації проводилась практично таким самим способом, як і катетеризація центральний судин. Виходячи із анатомічних особливостей, нами в основному використовувалась катетеризація фасціальної піхви плечового сплетіння.

Підсумовуючи вище сказане, можна відмітити, що обмеження у використанні ПА, яке може бути зв'язане з її тривалістю, досить відносне. Використовуючи різні засоби і методи, можна регулювати час тривалості даного виду знеболювання у досить широких межах і з достатньо високою точністю.

ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В УРОЛОГИИ

Пугачев С.А., Абдель Маула Халава, клин. ординатор
Руководитель Лебедев А.А.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

В оперативной урологии, как и в любой области хирургии, необходимость в интенсивной терапии может возникнуть в связи с самыми разнообразными патофизиологическими сдвигами в организме больного и особенно нарушениями, обусловленными частичной или полной утратой гемостатических функций почек.

Интенсивная терапия в современном ее понимании означает использование всех терапевтических возможностей для ле-

чения манифестирующей или латентной недостаточности важнейших функций организма при одновременных устранениях причин, приведших к недостаточности.

Это понятие включает в себя инфузионно-трансфузионную терапию и мониторинг состояния больного, без чего интенсивная терапия немыслима.

По нашим данным, из общего числа 45% больных в урологическом отделении прооперированы по поводу аденомы простаты с хронической задержкой мочи (ХЗМ). Возраст больных от 50 лет и старше. Из них: до 70 лет – 37,4%, свыше 70 лет – 62,6%. У этих лиц на фоне ХЗМ, которая протекала в некоторых случаях в течение нескольких месяцев, как правило развивалась ХПН. Учитывая затрудненное болезненное мочеиспускание (эти больные ограничены в приеме жидкости), и возраст (70 лет и выше), можно с уверенностью говорить о наличии у них относительной (скрытой) гиповолемии, даже при стабильной гемодинамике и нормальных показателях ОЦК. Кроме того, у больных пожилого возраста часто имеются нарушения функций дыхания и газообмена, компенсаторные возможности системы кровообращения снижены, ухудшается функция печени и почек, часто наблюдается диабет, отмечается снижение обмена веществ, болевой чувствительности и рефлекторной активности. Типичным является наличие одновременно нескольких сопутствующих патологий: атеросклероз, ИБС, нарушение внутрисердечной проводимости мерцательной артерии, гипертензия, хронические бронхиты, бронхиальная астма, цирроз печени. В связи с этим предоперационная инфузионно-трансфузионная терапия приобретает повышенную актуальность у данных больных и включает: поддержание адекватности ОЦК; коррекцию нарушения водно-электролитного баланса; коррекцию нарушения кислотно-щелочного равновесия; коррекцию нарушения газообмена; лечение сопутствующих патологий; антибиотико-терапию.

Оперативные вмешательства сами по себе являются тяжелой травмой для организма и могут привести к дестабилиза-

ции гомеостаза как во время операций, так и в послеоперационном периоде. Поэтому принципы ИТТ являются необходимым условием лечения больных.

ПЕРИДУРАЛЬНАЯ БЛОКАДА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Набиш Ель Асталь., клин. ординатор
 Научный руководитель Лебедев А.А.
 Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Мы обобщили опыт проведения передуральной анестезии (ПА) в акушерстве у 785 пациенток. Нами применялось ПА как при кесаревом сечении, так и для аналгезии при родах через естественные родовые пути. Существуют два метода создания передурального блока в родах: однократное введение анестетика и метод продленной аналгезии с применением постоянного катетера.

Мы считаем, что метод с применением постоянного катетера хотя и очень эффективен, но слишком трудоемок для широкого применения. Поэтому в нашей практике мы пользовались методом однократного введения анестетика.

При наличии противопоказаний ПА не проводилось. К абсолютным противопоказаниям мы относим: заболевания центральной нервной системы, выраженное уменьшение ОЦК различной этиологии, кожные инфекции, деформации позвоночника.

На основании опыта проведения ПА, считаем, что правильно выполненная передуральная блокада, не влияет на жизненно важные функции организма матери. В редких случаях наблюдаются побочные явления, знание которых позволяет предотвратить развитие более серьезных осложнений. При проведении ПА наиболее часто развивается гипотензия, одной из причин которой является симпатическая блокада, приводящая к сниже-

нию периферического сопротивления. Другой причиной гипотензии может быть компрессионное воздействие матки на нижнюю полую вену. Все это диктует необходимость контроля уровня АД у роженицы. Возникновение гипотензии требует принятия немедленных мер, в частности, роженицу следует уложить на левый бок и, тем самым, исключить сдавление нижней полой вены маткой. При отсутствии эффекта необходимо использовать лекарственные средства.

При технически правильно выполненной ПА в большинстве случаев характеристика схваток не изменена если блокада начата после установления регулярных сокращений матки.

К преимуществам ПА в родах относятся: 1. Отсутствие угнетения ЦНС у роженицы и новорожденного; 2. Роды можно провести спокойно, без риска для матери; 3. Снижение АД у роженицы обычно минимально и сопровождается компенсаторной вазоконстрикцией выше уровня анестезии, в частности в области верхних конечностей; 4. Метод продленной ПА позволяет снимать боли на протяжении длительного периода; 5. Применение слабоконцентрированных растворов анестетика предупреждает релаксацию мышц брюшного пресса; 6. Требуется не значительные количества местного анестетика; 7. ПА может быть проведена практически у всех рожениц; 8. Матка сохраняет нормальную реакцию на нейрогенную и гуморальную стимуляцию; 9. ПА снижает частоту осложненных родов.

В случае применения ПА при кесаревом сечении положительной стороной данного метода являются:

1. Минимальное влияние анестезии на жизненно важные функции организма матери.

2. Практически отсутствует опасность для плода.

Таким образом, ПА при нормально протекающих родах и для анестезии при кесаревом сечении является методом выбора.

Секція інфекційних хвороб

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОЇ ДИЗЕНТЕРІЇ

Чемич М.Д.

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Мета - дати клініко-лабораторну оцінку перебігу гострої дизентерії Зонне при епідемічному спаласі в місті Шостці.

Під спостереженням було 253 хворих гострою дизентерією. Діагноз був підтверджений клініко-епідеміологічно та бактеріологічно. Захворювання в більшості випадків пов'язані з вживанням сметани або страв з її додаванням. Чоловіків було 103 (40,7%), жінок - 150 (59,3%). Вік хворих коливався від 9 до 70 років. Більшу частину (75,5%) склали особи віком до 30 років. В першу добу захворювання госпіталізовано 39,5% хворих, другу - 36,8%, третю - 13,3%, пізніше - 10,2%.

Основну групу склали хворі з середньоважким перебігом дизентерії - 145 (57,4%), легкий перебіг був у 88 (34,7%), важкий - у 20 (7,9%). Гастроентероколітичний варіант гострої дизентерії реєструвався при всіх ступенях важкості: при легкій - у 33 хворих (37,5%), середній - у 67 (46,2%), важкий - у 12 (60%). Також спостерігали гастроентеритичний та колітичний варіанти.

З наростанням ступеню важкості посилювалась інтоксикація, нудота, блювання, тахікардія, частіше з'являлися патологічні домішки в випорожненнях. Середній показник температури залежав від ступеню важкості та коливався від $37,5 \pm 0,31^{\circ}$ С при легкому до $38,4 \pm 0,45^{\circ}$ С при важкому перебігу, хоча нормалізація її відбувалась в один і той же термін незалежно від ступеню важкості ($2,39 \pm 0,38$ - $2,58 \pm 0,52$ дня). Тривалість блювання залежала від ступеню важкості ($1,55 \pm 0,19$ дня - при легкому, $1,99 \pm 0,16$ - при середньоважкому, $2,7 \pm 0,12$ - при важкому). Діарея тривала в середньому $3,35 \pm 0,4$ - $3,73 \pm 0,41$ дня. При

госпіталізації Л І І у різних вікових групах при легкому перебігу склав $0,54 \pm 0,08 - 0,64 \pm 0,4$, при виписці $0,42 \pm 0,15 - 0,59 \pm 0,19$ та не відрізнявся від норми ($P > 0,05$). Г П І суттєво не відрізнявся від попереднього показника. В гострому періоді при середньоважкому ступені Л І І був значно вищий в порівнянні з нормою та легким ступенем ($P < 0,05$) і коливався від $1,45 \pm 0,19$ до $1,79 \pm 0,32$ та не повертався до норми перед випискою $1,55 \pm 0,36 - 1,98 \pm 0,48$ ($P < 0,05$).

Лікування хворих проводили за загальноприйнятою методикою: з метою регідратації використовували перорально розчини регідрона, глюкосолана; парентерально - (5 - 10,3% хворим в залежності від ступеню важкості) розчини глюкози, хлориду натрію, Рингера, трисоль. З етіотропною метою - левоміцетин, фуразолідон, поліміксин, тетрациклін, бісептол, гентаміцин. Найчастіше - левоміцетин (у 32,5% випадків).

У зв'язку з масовим поступленням хворих, тривалість перебування їх у стаціонарі в середньому склала $4,1 \pm 1,0 - 4,8 \pm 0,4$ дня, виписування відбувалося після припинення діареї з рекомендаціями подальшого амбулаторного лікування та контрольного бактеріологічного обстеження.

Таким чином, під спостереженням були хворі з типовим перебігом гострої дизентерії, викликаной шигелами Зонне. Клінічно захворювання перебігали по гастроентероколітичному, ентероколітичному та колітичному варіантам, переважно середньої важкості. Виявлена залежність клініки та лабораторних показників від ступеню важкості.

Етіологічна структура вірусних гепатитів за даними СОКЛІ

Шаповал В.В.

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Проблема вірусних гепатитів продовжує залишатися актуальною. Це зумовлено, зокрема, можливістю формування хронічних форм хвороби з переходом у цироз печінки і гепатоцелюлярну карциному. В зв'язку з цим найбільшого значення набувають гепатити В і С.

Проаналізовано захворюваність на вірусні гепатити в СОКЛІ за 1999 р. Тенденція до зниження захворюваності на ВГА спостерігається з 1996 року і в 1999 році склала 47 випадків. Діагноз було встановлено на основі клініко-епідеміологічних даних. Маркери вірусного гепатиту не визначалися внаслідок відсутності тест-систем.

Етіологічна розшифровка ГВ і ГС проводилася імуноферментним аналізом (ІФА) з визначенням у сироватці крові маркерів вірусів (HBsAg, анти-HBcor, анти-HBcorIgM, анти-HCV). Захворюваність на ВГВ у 1999р. склала 56 випадків. Діагноз встановлений на основі клініко-епідеміологічних даних та імуноферментного аналізу. В 100% випадків діагноз підтверджений наявністю HBsAg в сироватці крові. У 4% хворих на ВГВ визначалися гострофазові анти-HBcor IgM, які підтвердили гострий перебіг ГВ. У 9% хворих виявлені анти-HBcor сумарні, з них тільки у 5% був виявлений HBsAg.

Діагноз вірусного гепатиту С у 1999 році було встановлено 3 хворим, що підтверджено знаходженням анти HCV в сироватці крові. Враховуючи те, що внаслідок відсутності тест-систем це обстеження майже не проводилося, вважаємо що хворих було значно більше. У 3 хворих мала місце мікст-форма гепатиту В і С. Спостерігалася поліморфність клінічних проявів, що викликало певні труднощі в діагностиці. В сироватці крові цих хворих визначено HBsAg та анти-HCV.

Таким чином, в останні роки спостерігається зниження захворюваності на ВГА і збільшення питомої ваги парентеральних гепатитів в загальній структурі ВГ.

СТРАТЕГІЯ ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ ВІД ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ - СКЛАДОВА ЗАХОДІВ НЕДОПУЩЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ СНІДУ

Трецька Т.О.

Сумський обласний центр профілактики ВІЛ-інфекції /СНІДу

З 1995 р. ін'єкційні споживачі наркотиків стали в Україні найбільш ураженою ВІЛ-інфекцією /СНІДом групою населення.

Цільова програма дій, спрямованих на профілактику зараження ВІЛ, вірусами гепатитів В і С, ХПШ серед ін'єкційних наркоманів, а також на зменшення шкоди від ін'єкційного вживання наркотиків, отримала універсальну назву «Зниження шкоди від вживання наркотиків». Вона активно реалізується в багатьох країнах світу, в т.ч. і в Україні. Розпочинається її проведення і в Сумській області.

Законом України від 3.03.98р гарантована організація заходів по профілактиці розповсюдження СНІДу серед ін'єкційних наркоманів, в т.ч. шляхом створення умов для заміни використаних шприців на стерильні (стаття 4).

Забезпечення виконання цієї гарантії держави крім фінансових труднощів потребує постійного інформування виконавчих органів, формування суспільної думки щодо необхідності проведення такої роботи та її завдань серед цієї цільової групи.

Вживачі наркотиків - інтегральна частина суспільства. Для захисту здоров'я всього суспільства, в першу чергу від СНІДу, необхідно захищати здоров'я споживачів наркотиків. Для цього потрібно інтегрувати їх в суспільство, а не намагатися без успіху ізолюватися від них.

ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ДИФТЕРІЮ

Красовицький З.Й., Свіцар А.О.

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології,
Сумська обласна клінічна інфекційна лікарня

На підставі аналізу історій 196 хворих тяжкими формами дифтерії наведені погляди на деонтологію, терапію та диспансеризацію цієї групи хворих, які багато чим відрізняються від загальноприйнятих.

Показана недоцільність переводу хворих з інфекційного в спеціалізовані по профілю ускладнення відділення після триразового негативного дослідження мазків із зіву та носа на ВЛ і доцільність їх лікування від початку до кінця хвороби тільки в одному інфекційному відділенні.

При ускладненні дифтерії міокардитом в поєднанні з гострою нирковою недостатністю необхідно застосовувати допмін під суворим кардіомоніторинуванням.

Показана можливість застосування глікозидів з урахуванням періоду хвороби, ступеню серцевої декомпенсації, переваги функцій провідності або скоротності. В комплексному лікуванні дифтерії успішно застосовувався 0,03% гіпохлорит натрію, особливо був ефективним його 0,015% розчин, який вводили в магістральні вени при токсичній дифтерії з алкогольним делірієм.

В тяжких випадках при полірадикулоневритах застосовувались антихолінестеразні засоби в максимально допустимих дозах (прозерин до 12 мл 0,05% - 6 мг/на добу).

З метою покращання метаболізму в комплексній терапії поліневритів використовувався лецитин, плацентарний біостимулятор - амніоцен, гіпербарична оксигенація (ГБО).

З приводу диспансеризації вважаємо найбільш доцільним після виписки хворих з стаціонару спостерігати їх «командою» спеціалістів, які добре знайомі з дифтерією, у складі

інфекціоніста, кардіолога, невропатолога, отоларинголога і обов'язково психотерапевта.

ВИСИПНИЙ ТИФ У ТВОРАХ КЛАСИКІВ ХУДОЖНЬОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Сніцар А.О.

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Спілкуючись з сучасними студентами, мимоволі звертаєш увагу на невисокий рівень їх загальної культури. В групі не більше 3-4-х чоловік читали такі необхідні лікарю твори, як «Записки врача» В.В. Вересаєва, оповідання А.П.Чехова та ін. Студенти мало знайомі з історією медицини, зокрема - що нам найближче - з драматичною історією вивчення інфекційних хвороб. Відкриттям є долі видатних лікарів - мудрого Провачека, Боткіна, Заболотного та ін. Студенти відкривають для себе вченого по назві мікроба, вивчаючи якого цей лікар віддав своє життя.

Одна з інфекцій, яка залишила глибокий слід як в драматичній історії дослідження інфекційних хвороб, так і в історії людства та в художній літературі - це висипний тиф.

На відміну від сухих відсотків монографій, у творах М.А.Булгакова, А.П.Чехова, І.С.Тургенєва, Б.Л.Пастернака майстерно виписані образи, клінічна картина вкарбовується в пам'ять назавжди. Хіба можна забути почуття хворого висипним тифом, передані А.П.Чеховим (оповідання «Тиф»), або сні тифозного хворого у Б.Л.Пастернака (роман «Доктор Живаго»). В І.С. Тургенєва («Отцы и дети») увага приділяється шляхам зараження, в М.А.Булгакова («Дни Тургенєвых») - диференційному діагнозу.

Труднощі в аналізі анамнезу викриваються Б.Л.Пастернаком, питання деонтології - в усіх вище наведених авторів.

Через знайомство з класичною літературою майбутні лікарі вчать правильно і обережно користуватися великим ба-

гатством - словом, яке може бути і цілющим і згубним. Недаремно серед письменників стільки лікарів. Лікар повинен бути не лише читачем, а й письменником, який яскраво і лаконічно відображає перебіг хвороби в щоденниках. Історія хвороби - це теж маленький літературний твір і цьому треба вчитися у класиків.

DOES HUMAN FULMINANT LIVER FAILURE IN HEPATITIS VIRUS INFECTION ASSOCIATE WITH FIBRIN DEPOSITION?

P.Dyachenko, 3 years graduate fellow

Fibrin deposition is fundamental to pathogenesis in a number of animal models of liver injury including that from carbon tetrachloride, endotoxin, galactosamine, acetaminophen (paracetamol), and murine hepatitis virus strain 3 (MHV-3). In hepato-cellular necrosis associated with these pathological processes, resident macrophages within the liver (Kupffer cells) exhibit morphological features of activation and release inflammatory mediators, including procoagulants, tumor necrosis factor alpha (TNF- α), interleukin-1 (IL-1), proteolytic enzymes, and eicosanoids as well as superoxide anions and nitric oxide.

Recently, a pivotal role for a procoagulant with prothrombin-cleaving activity (prothrombinase) in MHV-3-induced hepatic necrosis was demonstrated. Macrophages isolated from susceptible (BALB/c) but not from resistant (A/J) animals express large amounts of this prothrombinase in vitro and in vivo. Of great interest is that systemic inhibition of the prothrombinase with high-titer neutralizing monoclonal antibody prevents hepatic necrosis and prolongs survival in MHV-3-susceptible mice.

Unfortunately, there are no direct data defining an interface between immune-mediated coagulation and the acute or chronic

inflammatory disease human fulminant hepatitis. It was a reason to begin our investigations in trying to display the importance of the immune coagulation system in fibrin deposition in human fulminant liver failure. As revealed in preliminary experiments the concentration of some proinflammatory cytokines (IL-1, TNF- α , IFN- γ) was more higher in patients with acute virus hepatitis than in normal. Significant changes were showed also in coagulation system.

Морфологічна секція

ПРОЦЕСС ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВОДНО-СОЛЕВОГО РАВНОВЕСИЯ ОРГАНИЗМА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Сикора В.З.

Кафедра нормальной анатомии

Анализ литературы последних 20 лет показал, что значительное число работ посвящено влиянию на репарацию костной ткани различных экзогенных факторов физической и химической природы. Большое внимание уделяется изучению тканеобразования в области травмы и роли эндогенных регуляторов. По-видимому, это связано с попытками найти методы управления репаративной регенерацией кости, существенно сокращающие длительность процесса. Однако данная проблема далека от решения.

Повреждения костей нарушает динамическое равновесие. В области травмы динамика его восстановления характеризуется последовательным, многостадийным процессом тканеобразования, в результате которого вновь обретается структурная и анатомическая целостность кости. Причем, пока в зоне повреждения продолжается развитие процесса репарации в организме не мо-

жет наступить динамическое равновесие. Это положение основывается на правиле "вето", согласно которому равновесное состояние в системе устанавливается при восстановлении в каждой из подсистем.

У 80 белых беспородных крыс-самцов массой 110-140 г до и после остеотомии правого бедра оценивали содержание в минеральной матриксе бедренных, большеберцовых и плечевых костей Ca, K, Na, Cu, Zn, Mn и Mg.

Установлено, что с момента травмы до 12 суток наблюдается наибольшая рассогласованность обменных процессов. С 12 по 27 сутки происходит перестройка минерального метаболизма, приводящая к наибольшей синхронизации изменений. При несращении перелома или формировании ложного сустава развитие программы восстановления водно-солевого равновесия в организме прекращается досрочно - на 20 сутки.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДА РЕГУЛЯЦИИ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ СОЛЯМИ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ

Ткач Г.Ф.

Научный руководитель - Сикора В.З.

Кафедра нормальной анатомии

Поиск способов регуляции процесса репаративного остеогенеза был и остается актуальным направлением в биологии и медицине. Особое значение приобретает эта проблема в связи с ухудшающимися экологическими условиями, так как установлено, что многие экзогенные факторы нарушают процесс остеорепаляции. В частности, интоксикация солями тяжелых металлов, повышенное содержание которых в воде и почве некоторых районов Сумской области выявила Новомосковская экспедиция в 1992 году.

Цель настоящей работы - изучить действие иммуномодулятора тимогена на течение репаративного остеогенеза у крыс в условиях повышенного потребления с питьевой водой солей меди, цинка, марганца, хрома и свинца.

Эксперимент выполнен на 40 белых крысах-самцах 3-х месячного возраста в трех сериях:

I серия - интактная. Животным под эфирным наркозом наносился половинный перелом бедренной кости в середине ее диафиза.

II серия - контрольная, в которой после воспроизведения перелома животных содержали на питьевом рационе с повышенным содержанием солей меди, цинка, марганца, хрома и свинца в течение 2-х месяцев.

III серия - экспериментальная, в которой на фоне интоксикации солями тяжелых металлов после повреждения бедренной кости животным вводили внутримышечно тимоген в дозе 100 мг в течение 20 дней.

Процесс репаративной регенерации изучался на 7, 14, 30 и 60 сутки путем приготовления гистологических препаратов регенерата бедренной кости с окраской их гематоксилин-эозином и пикрофуксином по ван Гизон.

Результаты исследований позволили прийти к заключению, что тактика лечения переломов костей в условиях интоксикации солями тяжелых металлов, должна предусматривать не только адекватную фиксацию перелома, но и регуляцию репаративного остеогенеза путем воздействия на код восстановительных процессов в пределах регенерационного гомеостаза и на защитные механизмы организма.

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ АДЕНОГИПОФИЗА В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Каваре В.И.

Научный руководитель - Сикора В.З.

Кафедра нормальной анатомии

Все нарастающая индустриализация и урбанизация общества приводят к нарушениям экологии, проявляющимся в результате сочетанного воздействия различных неблагоприятных факторов внешней среды. Работа посвящена изучению комплексного влияния ионизирующего облучения и повышенного потребления солей тяжелых металлов на структуру аденогипофиза.

Эксперимент проведен на 90 белых лабораторных крысах-самцах, которые подвергались комбинированному воздействию общего облучения в дозе 0,1, 0,2 и 0,3 Гр и солей тяжелых металлов в течение 1, 2 и 3 месяцев.

Ультраструктурные изменения гонадотропных эндокриноцитов в группе экспериментальных животных, получавших облучение в дозе 0,1 Гр и соли тяжелых металлов, указывают на постепенное нарастание дистрофических процессов и возникновение признаков деструкции органелл и внутриклеточных структур, свидетельствующих о напряженности синтетических процессов, протекающих на уровне субмикроскопической архитектоники. С нарастанием сроков потребления солей отмечается прогрессирующее просветление ядер, хроматин которых концентрируется вдоль внутренней поверхности ядерной мембраны. Перинуклеарные пространства расширяются до вида взбухания ядерной мембраны. Все больше уменьшается количество крист митохондрий, а цистерны эндоплазматической сети расширяются приобретая черты перерастания дистрофического процесса в деструктивный.

Воздействие на экспериментальных животных облучения в дозе 0,2 Гр в сочетании с солями тяжелых металлов вызывает с одной стороны дистрофические изменения органелл, которые

можно трактовать как адаптационно-компенсаторные, с другой - как переход дистрофического процесса в деструктивную фазу. Это подтверждается тем, что часть гонадотропных эндокриноцитов содержат набухшие митохондрии, расширенные цистерны эндоплазматической сети, умеренно гипертрофированный комплекс Гольджи. Облучение крыс дозой 0,3 Гр в комбинации с солями тяжелых металлов приводит к срыву компенсаторно-адаптационных механизмов и переходу дистрофических изменений органелл к деструктивным. Последнее структурно проявляется появлением в цитоплазме гонадотропных эндокриноцитов лизиса митохондрий и их крист, а также частичная фрагментация мембран гранулярного эндоплазматического ретикулума, что свидетельствует об исчерпании физиологических резервов и разгаре деструктивных процессов. Однако, и в данной группе все еще встречаются гонадотропные эндокриноциты, не имеющие существенных отклонений в структуре.

Глубина и степень выраженности повреждений внутриклеточных структур находятся в прямой зависимости от дозы облучения и длительности воздействия солей тяжелых металлов.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ КРЫС ПРИ КОРРЕКЦИИ ЭРСОЛОМ

Киптенко Л.И.

Научный руководитель - Сикора В.З.

Кафедра патанатомии

Исследование посвящено коррекции морфофункциональных изменений коркового вещества надпочечников при помощи препарата Эрсол. Препарат вводился в дозе 300 мг/кг веса однократно за 2 часа до облучения в дозе 2 Гр (I группа R2+эр); 1 раз в неделю при потреблении солей тяжелых металлов в течение 2-х месяцев (II группа C2+эр) и аналогичным образом при комбина-

ции облучения в дозе 2 Гр и приеме солей в течение 2-х месяцев (III группа R2+C2+эр).

При обзорном гистологическом осмотре препаратов надпочечников крыс первой группы, обращает на себя внимание уменьшенное количество клеток с пикнотическими ядрами. Хорошо отграничены клубочковая, пучковая и сетчатая зоны.

Дистрофии клеток и их дисконлексации не наблюдается. Не отмечена была и гиперемия в месте перехода пучковой зоны в сетчатую. А если присовокупить к этому наличие митоза клеток во всех зонах и отсутствие очагов некроза, то можно говорить о незначительных структурных преобразованиях в корковом веществе надпочечников экспериментальных животных, которые реализуются по типу приспособительных реакций.

Во II группе животных, которым вводился "Эрсол-1" на фоне двухмесячной нагрузки солями тяжелых металлов, микроструктура надпочечников напоминает строение железы интактных животных.

Клубочковая зона образована округлыми скоплениями мелких эндокриноцитов. Цитоплазма в клетках оксифильная, слабо вакуолизированная, форма ядер переменная.

В наиболее выраженной пучковой зоне встречаются клетки с уплотненной оксифильной цитоплазмой. Клетки сетчатой зоны мелкие, оксифильные.

Отмечается почти полное отсутствие признаков дистрофических изменений: неравномерного окрашивания цитоплазмы, появления эозинофильных капель и глыбок.

И только в третьей группе данной серии животных, при комбинированном действии двух экологических факторов с введением "Эрсола-1", обнаруживаем признаки дистрофии в пределах адаптационных возможностей железы. Так, клетки клубочковой зоны уплощаются, ядра их сморщиваются, цитоплазма становится резко оксифильной.

В пучковой зоне встречаются темные клетки с мелкими пикнотическими ядрами. Клетки сетчатой зоны располагаются хаотично.

Наиболее достоверно об корректирующей роли "Эрсола-1" можно судить на основании морфометрических показателей. Так, относительная масса железы уменьшается только во второй и третьей группе данной серии на 11,8% и 18,7% соответственно.

Статистически достоверные отличия по сравнению с интактными животными мы получили при измерении толщины пучковой зоны в группе ($C_2 + \text{Эр}$), в группе ($R_2 + C_2 + \text{Эр}$), а также при измерении толщины сетчатой зоны и диаметра ее клеток. Все остальные исследуемые нами цитокариометрические показатели имеют лишь некоторую тенденцию к уменьшению, но статистически недостоверны ($p > 0,05$).

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК КРЫСЫ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕГО ОБЛУЧЕНИЯ ОРГАНИЗМА

Сулим Л.Г.

Научный руководитель - проф. Сикора В.З.

Кафедра нормальной анатомии

В течение длительного времени считалось, что почки устойчивы к облучению, но в настоящее время высказывается мнение, что из всех паренхиматозных органов почки наиболее чувствительны к воздействию ионизирующего облучения. Спорным вопросом является понятие "малые дозы ?-облучения, хотя достоверно известно, что в любой дозе действие излучения с биологической точки зрения является всегда повреждающим.

В эксперименте задействовано 40 белых крыс-самцов массой 150-170 г, из которых 10 животных были контрольными, 10 животных получили однократно дозу облучения 1 Гр, 10 крыс - дозу 2 Гр и еще 10 крыс - 3 Гр. Животных облучали β -лучами на

установке "ROCUS" дозой в 1 Гр дробно через сутки. Крыс забивали под эфирным наркозом, на следующий день после облучения, гистологические препараты окрашивали гематоксилин-эозином.

Гистологические исследования свидетельствуют, что патологический процесс развивается по мере увеличения дозы облучения и при дозе в 1 и 2 Гр изменения минимальны. Объем почечных телец и почечных клубочков незначительно увеличен, в полостях их капсул накапливается экссудат, что говорит о повышенной проницаемости клубочковых капилляров. Отмечается утолщение базальных мембран и самих стенок артериол и мелких артерий, листков капсул Шумлянско-Боумана.

Повреждающее действие β -излучения увеличивается соответственно увеличению дозы облучения. Наиболее чувствительны к повреждающему действию внешнего ионизирующего облучения структурные элементы почечных телец и мелкие сосуды стромы почек.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ.

Романюк А.М., Доценко А.В., Пятигор В.А.

Кафедра патологічної анатомії СумДУ

Сумське обласне патологоанатомічне бюро.

Впродовж останніх років у Сумській області спостерігається загострення епідеміологічної ситуації з туберкульозом. Так, захворюваність всіма формами туберкульозу на Сумщині у 1997 р. складала 47,3, у 1998— 52,0, у 1999 — 53,1 на 100 тисяч населення. У порівнянні із загальнодержавними даними, де ці показники коливаються від 49,1 до 55,6, наша область виглядає не найгірше. Проте, у Шосткинському районі за 1997-1999 рр. показники захворюваності мають такі цифри: 55,6; 65,8; 64,8; у

Буринському районі, відповідно, – 37,8; 64,4; 63,0; у Глухівському – 30,8; 57,8; 64,4 %.

У Сумській області за останніх три роки відмічається вища захворюваність серед жителів села. Це чітко прослідковується у Шосткинському, Глухівському та Ямпільському районах. При цьому у Шосткинському районі захворюваність селян на туберкульоз за три роки зросла майже у 4 рази (з 37,6 у 1997 р. до 131,0 у 1999 р.). Разом з тим, у Буринському районі стабільно вища захворюваність на туберкульоз спостерігається у міських жителів: 80,3; 85,5; 87,0 проти 50,5; 55,4; 52,6 у жителів села за 1997, 1998, 1999 рр.

Одночасно в області залишається стабільно високою і хворобливість населення на туберкульоз. І, хоча показники хворобливості у Сумській області дещо нижчі загальнодержавного рівня (210-222 по Україні і 204-213 у Сумській області), все ж таки зберігається небезпека загрози епідеміологічного росту туберкульозу на Сумщині. Особливо напруженою залишається обстановка у Шосткинському районі, де показники хворобливості на 100 тисяч населення склали 240 і 279 відповідно, у 1998 та 1999 роках.

Особливу насторогу викликає факт росту захворюваності деструктивними формами туберкульозу. За 1998, 1999 роки цей показник на 100 тисяч населення зріс на 24-42 % у різних районах області, що ще більше підсилює епідеміологічну напруженість. Одночасно відмічається і збільшення смертності хворих від цих форм туберкульозу на 22-46 %.

Таким чином, у Сумській області спостерігається значне загострення епідеміологічної ситуації з туберкульозом, котра з кожним роком посилюється і потребує негайних рішучих профілактичних, організаційних, лікувальних, матеріальних заходів для її ліквідації.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ У КОМПАКТНІЙ РЕЧОВИНІ КІСТКИ ПРИ ОПІКОВІЙ ХВОРОБИ У ПОХИЛОМУ ВІЦІ.

Романюк А.М., Моїсєєнко О.С., Лор А., Романюк К.

Кафедра патологічної анатомії

У компактній речовині кісткової тканини при термічному пошкодженні організму у похилому віці розвиваються глибокі деструктивні зміни. Впродовж перебігу опікової хвороби морфологія компакти характеризується значною динамічністю. У стадії опікового шоку у компактній речовині виявляються дисциркуляторні розлади кровообігу у вигляді стазу, сладжу, парезу капілярів. Зі сторони кісткоутворюючих клітин морфологічних змін не видно. Остеометричне дослідження кісток також не виявило відхилень від контрольних тварин.

Стадія опікової токсемії характеризується поступовим наростанням дистрофічних змін у компактній речовині. Виявляються ознаки дистрофічних змін у остеобластах. Канали остеонів розширюються. Остеонний шар представлений переважно гаверсовими структурами з дистрофічними змінами. Одночасно хімічний аналіз кісток показує на порушення мінерального обміну, що проявляється у зниженні вмісту солей кальцію та фосфору. Остеометричні показники свідчать про наявність остеотоксичних змін у компактній речовині.

Через місяць після опікової травми у тварин похилого віку чітко виявляються ознаки остеопорозу у компактній речовині. Поряд з дистрофічними змінами у остеобластах відмічаються численні остеони з розширеними каналами. Спостерігаються ділянки дистрофічних змін у компактній та губчастій структурах кістки. Порушуються процеси мінералізації кісткової тканини. Хімічний аналіз показує подальше впливання солей кальцію та фосфору. Одночасно спостерігається дисбаланс у мікроелементному складі.

Таким чином, при термічному пошкодженні організму у похилому віці у компактній речовині кісткової тканини розвива-

ються глибокі дистрофічні та деструктивні зміни, котрі посилюють процеси остеопорозу кістки разом з порушенням мінерального обміну.

ПАТОМОРФОЛОГІЯ ЕНДОМЕТРІО ПРИ ДИС- ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧАХ У ПРАЦІВНИЦЬ ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВ.

Карпенко Л.І.

Науковий керівник: проф. А.М.Романюк
Кафедра патологічної анатомії

Важливість дослідження біопсій ендометрію у жінок з дисфункціональними матковими кровотечами (ДМК) пояснюється тим, що це є переважно жінки репродуктивного віку. Середній вік жінок $29,2 \pm 0,7$ року (Прилепская В.Н., Лобова Т.А., 1991). Однією з причин порушень менструальної функції можуть бути шкідливі фактори виробництва (Айламян Е.К., Рябцева И.Т., 1997, Дубосарська З.М., Піляев В.А., 1999).

Досліджувана нами група хворих з ДМК складалась із жінок-трудівниць промислових підприємств Сумського регіону у віці 20-45 років. Було виявлено, що найбільш частими порушеннями в ендометрії у робітниць промислових підприємств виступають гіперпластичні процеси: залозиста та залозисто-кістозна гіперплазія ендометрію. Також мали місце і базальна гіперплазія та аденоматоз. Серед морфологічних змін в ендометрії спостерігались порушення в судинній системі: повнокров'я, тромбоз, крововиливи. Мали місце окремі ділянки некрозу, на відміну від тотального при менструальній кровотечі. В базальному шарі виявлялася лімфоїдна інфільтрація з формуванням лімфоїдних фолікулів, що можна розглядати як місцеву імунну реакцію клітинного типу (Зелінський О.О., Чумак З.В., 1998). Різниця залозистої та залозисто-кістозної гіперплазії ендометрію була в

зниженні площі стромального компоненту при залозисто-кістозній гіперплазії.

Таким чином, ДМК можуть розвиватися на фоні різних варіантів морфофункціонального стану ендометрію. Уважне дослідження гіперпластичних змін ендометрію пов'язане з тим, що з часом існує можливість їх трансформації в злоякісні процеси (Беспоясна В.В., Борисова С.М., 1998).

ФАКТОРЫ БЛИЗКОГО ВЫСТРЕЛА: 4 ГОДА СПУСТЯ

А. И. Надеев

Крымское республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы

Для выстрела с близкой дистанции характерен ряд признаков, которые возникают от действия сопутствующих факторов выстрела, таких как, например, металлическая пыль и копоть. В доступной нам литературе факторы близкого выстрела описаны при исследовании свежих и гнилостно-измененных трупов. В нашей практике имел место уникальный случай. 31.07.94 г. было совершено убийство гр-на Б. путем причинения сочетанного огнестрельного пулевого ранения шеи и головы. Объектом первичной экспертизы являлся труп в стадии резко выраженных гнилостных изменений. Спустя неполных 4 года в связи с возникшей необходимостью устранения противоречий между данными первичной и дополнительных экспертиз с данными предварительного расследования 20.04.98 г. была произведена эксгумация трупа. В процессе исследования черепа на внутренней поверхности костей свода и основания, а также на атланте были обнаружены наложения копоти с содержанием частиц меди, которые были идентифицированы при помощи метода цветных оттисков. Полученные данные подтвердили факт имевшего место выстрела в упор, а морфология минимальных повреждений на основании черепа и его направление. Эта находка в очередной раз подтвердила исти-

ну: «ничего снаружи, все внутри». Именно так высказывались о выстреле в упор судебные медики в старину. На наш взгляд сохранность факторов близкого выстрела была обеспечена с одной стороны, замкнутым пространством (деревянный гроб), что исключало воздействие механических и химических воздействий почвы, а с другой стороны твердая мозговая оболочка препятствовала взаимодействию продуктов гниения с копотью.

Секція неврології

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ І СМЕРТНІСТЬ ВІД ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ ТА СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Ф.Г. Коленко, В.В. Джепа, О.І.Коленко

Курс нервових хвороб, Сумська обласна клінічна лікарня

Мозковий інсульт – це найбільш поширена і небезпечна за своїм перебігом та виходом судинна патологія головного мозку. Показники поширеності, захворюваності і рівень смертності від інсульту в Україні неухильно зростає. Найвищі показники поширеності цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) у 1998 році зареєстровані у м. Севастополі (12048,4), Луганській (8565,6), Сумській (7650,3) областях (на 100 тисяч населення).

Найвищі показники смертності від ЦВЗ зареєстровані у Сумській області – 535,2 на 100 тисяч населення. У структурі судинних захворювань головного мозку провідне місце посідають гострі порушення мозкового кровообігу. Переважна більшість пацієнтів, що перенесли інсульт і вижили, стають інвалідами. Слід відзначити, що третина інсультів спостерігається у осіб працездатного віку.

У нашому дослідженні вивчалися показники поширеності, захворюваності та смертності при ЦВЗ у Сумській області, всіх районах за 1996-1999 р.

У 1996 р. поширеність ЦВЗ складала в області 6590,00 на 100 тисяч населення. Найвищі показники зареєстровані у Сумському (9449,30) та Роменському (9424,50) районах. У 1997 р. виявлена така сама тенденція – збільшення поширеності ЦВЗ у Сумському та Роменському районах (відповідно 8605,17 і 9757,69 на 100 тисяч населення при 6664,07 – по області).

У 1998 р. зареєстровано зниження поширеності ЦВЗ. Найвищі показники у Краснопільському (7080,02), С-Будському (6103,99), Сумському (6059,55) районах при 4710,78 на 100 тисяч населення в області.

Захворюваність ЦВЗ в області неухильно зростала від 707,00 до 730,95 на 100 тисяч населення, а найвища була у 1996 р. в Охтирському (1215,40), у 1997р. – у В. Писарівському (2355,94), у 1998 р. – у Конотопському (1658,19) районах на 100 тисяч населення.

За цей період поширеність ЦВЗ з артеріальною гіпертонією зросла з 3784,60 у 1996 р. до 4515,54 на 100 тисяч населення у 1998 р. Зросла і захворюваність з 344,50 до 652,73 на 100 тисяч населення. Найвищі показники зареєстровані у В. Писарівському (1454,39), Роменському (1524,00) районах області відповідно на 100 тисяч населення. Поширеність мозкових інсультів та смертність в області на рівні показників в Україні.

Таким чином, у Сумській області спостерігається неухильне зростання поширеності, захворюваності ЦВЗ найбільш тяжкої її форми – мозкових інсультів, а також збільшення смертності, пов'язаної з ними.

Епідеміологічні дослідження серед населення обумовлюють регіональні особливості формування церебральної судинної патології.

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ УСКЛАДНЕНОЮ ТРАВМОЮ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ТА СПИННО- ГО МОЗКУ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ТА В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ

Потапов О.О., Горох Л.П.

Курс нейрохірургії. Обласна клінічна лікарня.

Травма хребта з ушкодженням спинного мозку відноситься до найбільш важких травм людського організму. Вона дає велику смертність і призводить до важкої інвалідизації потерпілих.

Всього за період 1989-1999 рр. в нейрохірургічному відділенні СОКЛ знаходилося на лікуванні 112 потерпілих, що склало 42.24 % від всіх травматичних ушкоджень хребта та спинного мозку. Для аналізу було відібрано 100 історій хвороби. Чоловіків було 85, жінок 15, віком від 6 до 74 років. Найбільшу групу - 49% склали молоді люди віком від 20 до 40 років. Серед причин травми ми виділили наступні: травма при пірнанні на мілководді - 46 випадків; падіння з висоти - 36; автодорожня травма - 15; вогнепальні - 3.

Існує залежність кількості травматичних уражень шийного відділу хребта від пори року - відмічається різкий ріст в літні місяці. За локалізацією ушкоджень хребта, а відповідно і сегментів шийного відділу спинного мозку розподілились наступним чином: пошкодження I - го шийного хребця - 2 випадки; II-го - 6; III - го - 1; IV - го - 9; V - го - 22; VI - го - 33; VII - го - 10.

В 12 випадках мали місце пошкодження 2-х хребців, в 5 випадках відмічалась закрита травма спинного мозку без пошкодження хребта.

Потерпілі доставлялись у нейрохірургічне відділення швидкою допомогою у 67 випадках, по направленню ЦРЛ у 27 випадках, супутнім транспортом у 6 випадках. Слід відмітити що на догоспітальному етапі перша допомога надавалась свідками травми, персоналом швидкої допомоги і складалась з фіксації

шийного відділу хребта, введення знеболюючих, серцево-судинних препаратів. Хворим які були доставлені супутнім транспортом перша допомога на догоспітальному етапі фактично не надавалась.

Перш за все необхідно уникати подальших ушкоджень та не погіршувати стан хворого під час транспортування до стаціонару. Догоспітальна допомога включає збереження або нормалізацію життєво важливих функцій (дихання, гемодинаміки); фіксація хребта, введення нейропротекторів (метілпреднізолон). Хворих рекомендується транспортувати безпосередньо в нейрохірургічне відділення або в травматологічне відділення ЦРЛ.

Після госпіталізації виконується спондилографія, лумбальна пункція з дослідженням ліквородинаміки, по можливості проводять МРТ або КТ.

В стаціонарі виконується катетеризація сечового міхура, центральної вени. У разі спинального шоку-бинтування нижніх кінцівок, введення атропіну, гіпертонічного (3-7%) розчину NaCl. У перші 8 годин - метілпред в дозі 30 mg/kg маси тіла одноразово, через 2-4 години 15 mg/kg, у подальшому по 5 mg/kg кожні 4 години протягом 2-х діб. Вітамін Е по 5 ml внутрішньом'язево, дифенін по 500 mg, реланіум, седуксен, тіопентал натрію, сибазон, німотоп, антибіотики широкого спектру дії, аналгетики, нейропротектори, магнію сульфат, пірацетам 10-12г. на добу, церебралізін по 15-25 ml в/в у 200 ml ізотонічного розчину NaCl, симптоматичне лікування. За наявності компресії спинного мозку показана рання декомпресивно-стабілізуєча операція.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕНЬ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ ЗА ДАНИМИ НЕЙРОХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ СОКЛ

Потапов О.О., Дмитренко О.П.

Курс нейрохірургії. Обласна клінічна лікарня.

У останні роки одержують значний розвиток клінічна діагностика пошкоджених нервів, виробітка тактики у відношенні термінів оперативного втручання, змінився об'єм і зміст операцій.

Усього було прооперовано 45 хворих. За локалізацією переважало ушкодження верхніх кінцівок - 30 випадків, нижніх - 15. Ураження серединного нерва було в 11 випадках, ліктьового у 8 випадках, променевого у 6 випадках, малогомілкового в 7 спостереженнях, стегнового у 4, великогомілкового і сідничного по 2 спостереження.

Поєднані ушкодження двох нервів, ушкодження нерва й артерії мали місце в 5 випадках. Частіше усього ушкодження периферичних нервів спостерігалось при пораненні склом і гострим металевим предметом (ніж, дріт) - 27 із 33 випадків. У 2-х випадках - мала місце тупа травма без порушення анатомічної цілості нерва.

Ушкодження нервів діляться на закриті і відкриті або поранення. Закриті виникають у зв'язку зі струсом, забоем, стисненням, при переломах, вивихах, при ударах яким-небудь предметом. Відкриті ушкодження підрозділяються на колоті, січені, вогнепальні, різані. Порушення цілості нерва при цьому може бути різноманітним як за формою, так і по тяжкості, від часткового до повного анатомічного розриву нерва.

Лікування травматичних ушкоджень нервів хірургічне, а після зшивання - консервативне. У відновній хірургії нервів серед багатьох умов, що забезпечують успіх шва нерва, основну роль грає старанність освіження поперечних зрізів нервового стовбура бездоганно ріжучим інструментом. Велику роль грає точність протиставлення поперечних зрізів, герметичність ліній шва

епіневрію, досягнута накладенням епіневральних швів найтоншими нитками на атравматичній голці. Якість виконання цих прийомів добре контролюється за допомогою операційного мікроскопа. Поспішні спроби зшити поперерізуваний нерв, випадково виявлений у ході первинного хірургічного обробки рани, рідко закінчується успіхом.

Основне завдання первинної хірургічної обробки рани при ушкодженні нервів полягає в створенні умов для швидкого загоєння рани, але не у виправленні пошкоджених нервових стовбурів. Оперативне втручання, як правило, показано головним чином тоді, коли тяжкість ушкодження викликає необхідність резекції травмованих частин нервового стовбура і накладення епіневрального шва. При частковому порушенні провідності операція показана тільки тоді, коли є підстави припускати наявність часткових ушкоджень нервового стовбура. Шов нерва є основним оперативним прийомом у відбудовній хірургії нервів.

При аналізі виходів оперативного лікування травматичних ушкоджень периферичних нервів було відзначено видужання в 33 випадках, поліпшення - у 5 випадках, у 7 випадках хворі виписані без змін.

КОМБІНОВАНІ КРАНІОТЕРМІЧНІ УШКОДЖЕННЯ

Потапов О.О., Скляренко І.І.

Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії

Сумська обласна клінічна лікарня

Комбіновані ушкодження виникають внаслідок дії на організм різних травмуючих факторів: механічних, термічних, радіаційних, хімічних, електричних та інших в різних їх комбінаціях, але не менше ніж 2.

В мирний час особливо актуальним є комбінація черепно-мозкової травми та термічного ушкодження, яка хоча й складає менш ніж один відсоток від інших ЧМТ, але в зв'язку з тим, що

для такої травми властивий синдром взаємного ускладнення, який полягає в тому, що опікова хвороба ускладнює перебіг черепно-мозкової травми, і навпаки. Механізми цього явища полягають в тому, що:

- термічне ушкодження епідермісу веде до збільшеної втрати води з поверхні-до 200 ml/m² проти нормальної 15 ml/m².

- окрім того в результаті розширення капілярів і підсилення їх проникності починається процес утворення ексудату з електrolітно-білковим складом, близьким до плазми; в результаті неспроможності лімфатичної системи дренувати достатню кількість рідини утворюється інтерстиціальний набряк. Достатньо сказати, що збільшення діаметру нижньої кінцівки на 2 см призводить до накопичення більш ніж 2-х літрів рідини. З цього можна зробити висновок, що при комбінації з опіками гіповолемія, що виникає в період опікового шоку значно зменшує покази до дегідратаційної терапії, проводити яку необхідно під контролем лікворного тиску та при значній внутрішньочерепній гіпертензії.

- після масивного опіку різко підвищується швидкість метаболізму. Так добові витрати енергії можуть досягати 7000 Ккал.

- зниження бар'єрної функції шкіри до різних інфекційних агентів.

- при ЧМТ відбувається порушення функції ГЕБ, що призводить до більш легкого проникнення хвороботворних агентів в речовину мозку.

- також при ЧМТ спостерігається порушення нервово-трофічних процесів, що також ускладнює перебіг опікової хвороби.

Із вищесказаного необхідно зробити такі висновки:

1. Усі хворі з комбінованою термічною та черепно-мозковою травмою потребують госпіталізації в спеціалізоване відділення, в залежності від домінуючого ураження.

2. Лікування таких повинно проводитись разом лікарями нейрохірургом та комбустіологом.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ. ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Ф.Г. Коленко, О.И. Коленко, Н.Б. Котик

Курс нервных болезней, Сумская IV городская клиническая
больница

Головная боль - одна из наиболее частых жалоб больных. Она является мультидисциплинарной медицинской проблемой. Несмотря на прогресс в изучении, проблема головной боли остается достаточно актуальной. Это относится и к головной боли напряжения (ГБН), занимающей одно из ведущих мест среди различных вариантов головной боли. ГБН может быть эпизодической или хронической. Наиболее часто страдают пациенты в возрасте 20-40 лет, чаще женщины. В основе ГБН существенную роль играет хронический эмоциональный стресс, который формируется под влиянием индивидуально значимых психогенных факторов у людей с определенными особенностями личности, функциональной недостаточностью антиноцицептивных систем.

Эти нарушения приводят к вегетативно-эндокринной и психомоторной активации, что проявляется повышением мышечного тонуса, ишемией, отеком и биохимическими изменениями в мышечной ткани.

Обследовано 16 больных, страдающих головной болью напряжения. Из них 12 женщин и 4 мужчины в возрасте 30-40 лет. Жалобы всех обследованных сводились к чувству сдавления или сжимания головы («каска», «шлема» вокруг головы). ГБН была чаще двухсторонней.

В неврологическом статусе очаговые симптомы обычно не выявлялись. Отмечались признаки повышенной нервной возбудимости и оживление сухожильных рефлексов. У 4-х больных выявлены нейро-эндокринные расстройства. У половины больных отмечались кардиалгии.

Всем обследованным больным проводились общепринятые вегетативные пробы, исследовалось глазное дно, ЭЭГ, РЭГ, порог

критической частоты слияния световых мельканий. Важным моментом явилось исследование эмоционально-личностной сферы.

Всем пациентам проведено лечение с применением психотерапии, анальгетиков, в том числе в комбинации с кофеином, антидепрессантов, миорелаксантов, дыхательно-релаксационного тренинга, лечебно-физических методов.

Лечение ГБН должно включать комплекс всех перечисленных методов воздействия.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

А.В. Кустов
Курс психиатрии

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – нередкое явление. В течении жизни им заболевает 1% населения, а у 15% людей после тяжелых психических травм могут возникать отдельные симптомы ПТСР, причем у значительного числа лиц это заболевание хронифицируется.

К факторам риска развития ПТСР относятся: склонность к социопатическому поведению, развитие алкогольной и наркотической зависимости, наличие в анамнезе психических травм, а также психическая патология у членов семьи. Риск ПТСР вырастает в случае изоляции больного во время травмы и отсутствия поддержки со стороны близких.

Клиническая картина ПТСР складывается из эмоциональных расстройств (появляются эмоциональная лабильность, слезливость или враждебность, возбуждение), нарушений сна (воспроизведение в сновидениях пережитых событий, тревожный и беспокойный сон), а также поведенческих нарушений в форме психопатоподобных реакций, злоупотреблений психоактивными

веществами и избегания болезненных воспоминаний травмирующих событий.

Основная задача психотерапии при ПТСР заключается в том, чтобы помочь пациенту встать на путь адаптивного решения травмирующих ситуаций. Личный опыт консультирования больных ПТСР и использования психотерапии при этих состояниях позволяет выделить 4 основные стратегии, к которым сводятся все формы лечения пациентов:

1) Поддержка адаптивных навыков «Я». Установление терапевтического альянса и объяснение больному предстоящих терапевтических вмешательств, которые дают ему чувство контроля над ситуацией.

2) Формирование позитивного отношения к симптомам. Лица, страдающие ПТСР, перенесли событие, выходящее за рамки нормального человеческого опыта, поэтому важно предотвратить дальнейшую травматизацию этими симптомами и тем самым дать им возможность использовать собственные ресурсы.

3) Уменьшение избегания – тактика избегания воспоминаний о травмирующем событии и обсуждение произошедшего, т.к. избегая, пациенты не могут самостоятельно переработать травматический опыт.

4) Изменение смысла травмирующих обстоятельств и их последствий. С помощью разнообразных психотерапевтических техник у пациента вырабатывается ощущение контроля над психической травмой.

Вышеназванные принципы при проведении психотерапии у больных ПТСР в комбинации с психотропными препаратами в значительной мере уменьшают остроту их переживаний и сроки лечения.

КЛИКО-ЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Имад Эль Фаеми, Л.Е. Бражник

Курс нервных болезней, Сумская IV-я городская клиническая
больница

Научный руководитель – доцент Ф.Г. Коленко

Хроническая гипертоническая энцефалопатия представляет собой наиболее своеобразное повреждение сосудов и ткани головного мозга у больных с различными типами гипертонической болезни или симптоматической артериальной гипертензии.

Гипертоническая болезнь является причиной безинсультных форм нарушений церебральной гемодинамики в 14,5 % случаев. Основным патогенетическим механизмом дисциркуляторной энцефалопатии является ишемия, ведущая к гипоксии мозговой ткани. Клиническим проявлениям предшествуют нейродинамические изменения, возникающие при предъявлении повышенных требований к функциональной активности мозга.

Нами обследовано 30 больных в возрасте 45-60 лет с хронической гипертонической энцефалопатией (ХГЭ). В клинической картине особое место занимал псевдобульбарный синдром. При I стадии ХГЭ у больных наблюдалась повышенная утомляемость, снижение скорости реакций, значительных интеллектуальных нарушений не отмечено. Очаговые неврологические симптомы выявлялись на поздних стадиях заболевания при присоединении атеросклеротического процесса, характерным было нарушение восприятия и психосенсорные расстройства.

Всем больным проведено электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ). Выявлены общемозговые изменения с признаками ирригации неспецифических систем ствола мозга, снижения вольтажа биопотенциалов. После функциональной нагрузки регистрировался альфа-ритм. Локальные изменения электроактивности коры характеризовались полиморфными тета- и дель-

та-волнами и групами тета-колебаний. Характер медленноволновых колебаний определялся площадью поражения и степенью снижения кровообращения в данной области.

Неблагоприятным диагностическим признаком следует считать появление полиморфных дельта-колебаний и локальных изменений в задних отделах коры головного мозга.

ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ХВОРИХ СУДОМНИМИ СТАНАМИ НА ФОНІ ТОКСИЧНОЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

Т.Л. Головашова, С.Ю. Солошенко, О.В. Скрипка
Сумська IV міська клінічна лікарня

В діагностиці та лікуванні судомних станів велике значення має електрофізіологічне дослідження головного мозку. Однак праць, присвячених клінічному та електроенцефалографічному обстеженню хворих з судомними станами обмаль. Крім того, необхідно мати на увазі деякі особливості даних електрофізіологічного обстеження у хворих на токсичну алкогольну енцефалопатію, які полягають в відсутності ознак судомної активності головного мозку на електроенцефалограмі при наявності приступів судом, а також майже завжди перебіг хвороби без головного болю в порівнянні з енцефалопатіями іншого генезу.

Під нашим наглядом знаходилось 20 хворих (чоловіків) на алкоголізм II стадії у віці від 34 до 55 років. У всіх хворих виявлені клінічні ознаки токсичної алкогольної енцефалопатії, прогресуючий неврологічний дефіцит, судомний синдром. Усім хворим проводилось дослідження біоелектричної активності головного мозку. Зміни біоелектричної активності мозку у хворих зі злоякісним перебігом полягають в ущільненні характеру кривих (у 85%) і вираженої дизритмії з низькоамплітудним погано модульованим альфа - ритмом (у 15%).

У хворих більш легким перебігом процесу показники електроенцефалограми залишались нормальними.

Таким чином, у хворих на токсичну алкогольну енцефалопатію при наявності приступів судом на електроенцефалограмі відсутні ознаки судомної активності головного мозку.

КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ДИСПАНСЕРНОМУ СПОСТЕРЕЖЕННІ З ДІАГНОЗОМ "ВЕГЕТО-СУДИННА ДИСТОНІЯ"

Л.Р.Бітттерліх

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Проаналізовано результати амбулаторного обстеження 178 дітей шкільного віку, що до обертання до нас спостерігалися з приводу "вегето-судинної дистонії", а при дослідженні неврологічного статусу ознак органічної поразки нервової системи не відзначалося. Приводом для обертання на приватний прийом були скарги на головну біль, запаморочення, неприємності, різноманітні неприємні відчуття в різних ділянках тіла. При зборі скарг і анамнезу також проводилося клінічне дослідження вегетативної нервової системи: визначалися наявність "судинного наміста" на верхній частині тіла; колір кистей і стопи; генералізоване локальне підвищення пітливості; проба білої плями і червоний дермографізм. При цьому тільки в 43 дітей (24 %) були виявлені об'єктивні зміни з боку вегетативної нервової системи. Інструментально - діагностичний комплекс при обстеженні усіх дітей включав методики одномірної нейросонографії з використанням ультрасонографа нового покоління "Нейро-Сканнер А-3" (ехоенцефалографія, еховентрикулометрія, аксіальне і багатівісьове ехо-сканування, ультра-соно-локація мозкових судин із визначенням рівня внутрічерепного тиску).

У зв'язку з малою інформативністю реоенцефалографії в дитячому віці реограма була записана тільки в 16 випадках безпосередньо під час односторонній вазомоторній головній болі для уточнення її характеру (спазму або вазодилатації).

У дітей із виявленими при клінічному дослідженні об'єктивними змінами з боку вегетативної нервової системи (43 дітей), при скаргах на неприємності і запаморочення (28 дітей), а також при статистично значимих відхиленнях артеріального тиску від норми (12 дітей), проводилося визначення вегетативних забезпечення і реактивності за допомогою кліно-ортостатичної проби в модифікації Thulesius і Ferner, 1992 (83 дитини) і визначення вихідного вегетативного тону методом кардіо-інтервалографії (26 дітей). Для диференціальної діагностики вазомоторних і вагусних неприємностей додатково проводилася проба Ашнера (19 дітей).

Набір використаних методик у шкірного конкретного пацієнта був індивідуалізований і, у більшості випадків, складав мінімум досліджень, показаних для встановлення правильного діагнозу і вибору необхідних медикаментозних препаратів для проведення лікування. Однак, навіть при дотриманні зазначених розумів, первинне відвідування хворого займало 50-60 хвилин часу лікаря.

У результаті проведеної одномірної нейросонографії у 42 дітей були виявлені резидуальні структурно-органічні зміни у виді розширення мозкових шлуночків або субарахноїдальних просторів. Це дозволило об'єктивізувати діагноз органічних (неврозоподобних і психоорганічних) станів при їхній диференціальній діагностиці з невротичними. Характер виявлених, а потім досліджуваних, вегетативних порушень фіксувався у виді максимально розгорнутого синдромального діагнозу, як компонента повного діагнозу в даної дитини. Основним діагнозом майже в половини дітей (83 пацієнта) був діагноз головної болі, класифікованої по типу відповідно до МКБ-10.

Результати проведеного аналізу дозволяють рекомендувати для широкого впровадження в амбулаторну практику запропонований базовий інструментальний набір для об'єктивізації і диференціальної діагностики вегетативного компонента розгорнутого неврологічного і психосоматичного діагнозу: еховентрикулометрія для виявлення розширення 3-го шлуночка, як маркера органічно обумовленого дієнцефального або гіпоталамічного синдрому; визначення вихідного вегетативного тону методом кардіо-інтервало-графії; визначення вегетативної реактивності за допомогою кліно-ортостатичної проби в модифікації Thulesius і Ferner, 1992.

АСПЕКТЫ СОЦИО-ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАРКОМАНИИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

д.м.н. проф. Харченко Е.Н.
Кафедра психиатрии

Неуклонный рост наркомании, наблюдаемый в большинстве стран мира, в том числе и нашей, ставит настоящую проблему на одно из ведущих мест в современной психиатрии и социологии. Среди разных видов наркомании опиатная (особенно в Украине) является наиболее распространенной.

Целью нашей работы явилось социо-психофизиологическое исследование лиц молодого возраста, страдающих наркоманией морфинного типа.

Методы исследования: карта социологического обследования; экспериментально-психологические – изучение функций памяти, интеллекта, определение степени конфликтности, тревоги, самооценки личности, уровня притязаний; характеристика соматогенного профиля, сексологического, клинко-анамнестического.

Обследовалась группа больных наркологического стационара в количестве 47 человек (25 мужч. и 12 женщин) – возраста 17-27 лет, страдающих наркоманией морфинного типа. По стажу временного употребления наркотиков больные были распределены на 3 группы: 1-ая - стаж болезни до 5 лет (8%); 2-ая - стаж 6-9 лет (79%); 3-я - свыше 10 лет (13%); контрольной являлась группа здоровых лиц аналогичного возраста (50 чел.).

Результаты обследования следующие: в социологическом отношении большую часть (88%) составили неработающие, со средним (и незаконченным) образованием – 78 %; не состоящие в браке – 97 %. При экспериментально-психологическом обследовании обнаружено: выраженное расстройство функций памяти, интеллекта, нарастающие, соответственно, от 1-ой к 3-й группе (т.е., в зависимости от стажа болезни); уровень тревоги и степени конфликтности резко возрастая от 1-й ко 2-й группе, снижались к 3-й (в связи с нарастанием эмоционального дефекта); самооценка и уровень притязаний, будучи завышенными в 1-й группе, были выражено неадекватными во 2-й и 3-й. Соматогенные нарушения (общая астения, истощение, вегето-сосудистые расстройства и др.) носили выраженный характер, нарастая от 1-й к 3-й группе; сексологические аномалии (импотенция у мужчин и фригидность у женщин) – аналогична. В клинико-anamnestическом плане, соответственно, стажу болезни – нарастали депрессивные состояния, часто сопровождающиеся суицидальными тенденциями.

Резюме: проведенное исследование выявило конкретные социо-психофизиологические патологические характеристики, присущие больным, страдающим опиатной наркоманией в молодом возрасте.

Секція педіатрії

ВПЛИВ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ НА ПОКАЗНИКИ ЧЕРВОНОЇ КРОВІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Маркевич В.Е., док. мед. наук, проф., кафедра педіатрії № 2

Залізодефіцитні стани (латентний дефіцит заліза та ЗДА) є дуже поширеними як серед дорослих, так і серед дітей. Анемії у вагітних та дітей - це важлива медико-соціальна проблема з огляду її високої частоти, суттєвого погіршення якості життя вагітних жінок та їх дітей, важкості ускладнень на протязі вагітності і пологів, різних порушень в неонатальному і наступних періодах життя дітей.

Однак, відсутні науково обгрунтовані дані відносно динаміки еритропоетинсинтезуючої функції та вмісту феритину, церулоплазміну, кількісного вмісту Fe, Cu, Mn, Zn в плазмі крові та еритроцитах у здорових дітей в неонатальному періоді і при анеміях у дітей перших місяців життя.

У здорових вагітних жінок рівень сироваткового еритропоетину (ЕРО) значно вищий ніж у здорових дорослих людей. АВ виникає на фоні значного пригнічення синтезу ЕРО. Для здорових новонароджених від матерів без анемії властивий високий рівень сироваткового ЕРО. В кінці раннього неонатального періоду спостерігається глибоке пригнічення синтезу ЕРО. Для новонароджених від матерів з анемією вагітних притаманний низький рівень ЕРО в пуповинній крові, а також для них характерні гірші показники червоної крові (Hb, Eг, Ht) на протязі раннього неонатального періоду.

Перебіг анемії у вагітних характеризувався значним еритроцитарним дефіцитом заліза та міді, характерним є також дисбаланс вмісту в еритроцитах Fe та Zn. Для дітей від матерів з анемією вагітних II-III ступеню та від матерів з анемією I ступеню на фоні гестозу II половини вагітності властивий значний

дефіцит заліза, міді та марганцю та підвищений вміст цинку в еритроцитах. Для новонароджених від матерів з анемією I ступеню характерною є відсутність дефіциту заліза в еритроцитах, підвищений рівень міді та значний дефіцит цинку та марганцю.

ДИНАМІКА АКТИВНОСТІ ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ РІЗНОГО ГЕСТАЦІЙНОГО ВІКУ

Маркевич В.Е., проф., д.м.н., Лоза С.М., аспірант
Кафедра педіатрії № 2

Рівень сироваткового церулоплазміну (ЦП) визначався у 58 новонароджених, серед яких було 20 здорових доношених дітей (ЗДД) та 38 недоношених новонароджених (НН), розподілених за ступенем недоношеності на НН I ступ. (16 дітей), НН II ступ. (14 дітей) та НН III-IV ступ. (8 дітей). Дослідження проводились на 7-10, 25-30, 35-40-й день та наприкінці 2-го місяця життя.

У ЗДД концентрація сироваткового ЦП зберігається високою впродовж перших 2-х місяців життя.

У НН I та II ступ. вміст сироваткового ЦП з 7-10-го по 35-40-й день життя також розцінюється як висока, незважаючи на формування у більшості з них так званої ранньої анемії недоношених (РАН). На 2-му місяці життя спостерігається тенденція до зниження рівня ЦП, хоча і без явищ його дефіциту, а показники червоної крові поступово відновлюються.

НН III-IV ступ. в ранньому неонатальному періоді мають найнижчі показники рівня сироваткового ЦП, які до 25-30-го дня дещо підвищуються. В цей період проявляються перші ознаки РАН. Наприкінці 2-го місяця життя, в період максимальних проявів анемії, відбувається достовірно, відносно ЗДД, зниження активності ЦП, $p < 0,001$.

Виявлені особливості динаміки сироваткового ЦП свідчать про достатню забезпеченість організму ЗДД міддю в перші 2 місяці життя, а у НН - про активацію процесів транспорту та обміну міді час анемічної фази. Це призводить до виснаження депо міді, особливо, у НН III-IV ступ. В зв'язку з цим, починаючи з раннього неонатального періоду, НН III-IV ступ. потрібно призначати препарати міді.

ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ - α И ИНТЕРЛЕЙКИНА 1- β У ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ГИПОКСИИ

проф. Маркевич В.Э., Кривцун С.И.
Кафедра педиатрии № 2

Важным показателем состояния иммунной системы новорожденного ребенка в раннем периоде адаптации является уровень продукции ИЛ - 1 β и ФНО α .

Сывороточную концентрацию ИЛ - 1 β и ФНО α изучали у 84 новорожденных младенца. Исследования проводили на 1-3 день жизни, 13-15 день и в конце периода новорожденности.

Исходный уровень ИЛ - 1 β у здоровых младенцев составил $31,1 \pm 0,84$ пкг/мл, а ФНО α - $103,6 \pm 13,36$ пкг/мл. На протяжении неонатального периода отмечается постепенное снижение как концентрации ИЛ - 1 β так и ФНО α . На 25-28 день жизни содержание ИЛ - 1 β в сыворотке крови составляло $28,29$ пкг/мл, а ФНО α - $76,1 \pm 18,4$ пкг/мл.

У детей, перенесших влияние различных видов гипоксии эти показатели были выше на протяжении всего периода новорожденности. Наиболее высокие показатели отмечены у детей, подвергшихся влиянию неблагоприятных факторов как в анте - так и интранатальных периодах. Необходимо отметить, что у детей данной группы, концентрация ИЛ - 1 β была высокой на 1-3 день жизни и отмечается

её возрастание к концу периода новорожденности. На 25-28 день жизни она составляла $33,25 \pm 1,08$, что было достоверно выше ($p < 0,001$) относительно здоровых новорожденных. Идентичная направленность характерна и для показателя ФНО α . В конце периода новорожденности он был достоверно выше ($p < 0,001$) относительно здоровых новорожденных.

На основании проведенных исследований можно сделать вывод, что сывороточный уровень ИЛ-1 β и ФНО α может быть показателем степени тяжести перенесенной гипоксии.

АКТИВНОСТЬ ФАГОЦИТОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ В АНТЕ- И ИНТРАНАТАЛЬНЫХ ПЕРИОДАХ

проф. Маркевич В.Э., Кривцун С.И.
кафедра педиатрии №2

Фагоцитоз в периоде новорожденности играет важную роль в противоинфекционной защите у новорожденных младенцев. Факторы резистентности детей раннего возраста (особенно недоношенных и детей с отягощенным анамнезом) отличаются выраженной лабильностью и более легкой истощаемостью, по сравнению со взрослыми.

У детей, перенесших влияние неблагоприятных факторов в анте- и интранатальных периодах отмечается снижение фагоцитарной активности.

У новорожденных, перенесших острую гипоксию в ходе родов, отмечаются достоверно более низкие ($p < 0,05$) показатели ФА как на 1-3 день жизни так и в конце периода новорожденности.

Для детей, перенесших хроническую антенатальную гипоксию характерна достаточно высокая ФА в первые три дня жизни. Однако, в дальнейшем она снижается и находится на дос-

товерно более низких уровнях, относительно здоровых новорожденных.

Под воздействием сочетанной гипоксии происходит наиболее выраженное угнетение ФА. Наибольшие изменения, у детей данной группы отмечены на 13-15 день жизни. В дальнейшем в динамике наблюдается тенденция к восстановлению ФА. Однако, величин характерных для здоровых новорожденных они не достигают.

С учетом выше предоставленных данных, по нашему мнению, целесообразным представляется выделение детей, перенесших различные виды гипоксии в группу угрожаемых по развитию инфекционных заболеваний.

КОРЕЛЯЦІЯ ТИРЕОЇДНОЇ АКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ І РІВНЯ ЗАБРУДНЕННЯ ДОВКІЛЛЯ СОЛЯМИ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ

Маркевич В.Е., Лупша А.П., Загородній М.П.
Медфакультет СумДУ, обласна дитяча клінічна лікарня

Екологічна ситуація по забрудненню ґрунту солями важких металів в районах знаходження підприємств є несприятлива (солі свинцю, нікелю, хрому, цинку, ванадію, заліза, марганцю, кадмію). Сумарний рівень забруднення ґрунту солями цих металів в північних районах розцінюється як сильний. Нами проведено визначення у дітей шкільного віку рівня солей важких металів в сироватці крові методом мас-спектрометрій, рівня тиреоїдних гормонів сироватки крові. Встановлено, що у 66 дітей шкільного віку досліджуваної групи, які мешкають в забруднених районах, рівень солей важких металів в сироватці крові був достовірно вищим, ніж 61 дитини аналогічного віку з "екологічно чистого району". Частота гіперплазії щитовидної залози у дітей з забруднених районів була в 2.4 рази вищою, ніж в "чистих". Рівень тиреоїдних гормонів (T_3 , T_4) у дітей без дифузного

збільшення щитовидної залози був більш високим у дітей з забруднених районів ($T_4 = 138.5 \pm 6.8$ при 122.4 ± 0.9 в "чистому" районі $P < 0.05$). Виявлена кореляція між рівнем солей важких металів в крові та тиреоїдною активністю ($r_{xy} = 0.23-0.33$). У дітей з екологічно несприятливих районів відмічено порушення конверсії T_4 в T_3 . Причому рівень тиреоїдних гормонів більш залежав від концентрації в крові солей хрому, молібдену, цинку, заліза. Порушення співвідношення мікроелементів в районах забруднення промисловими викидами негативно впливає на організм.

Проведене дослідження свідчить, що при призначенні реабілітаційних заходів дітям з дифузним збільшенням щитовидної залози необхідно враховувати рівень забруднення місцевості мешкання солями важких металів та по клінічних показниках вирішувати питання обстеження на тиреоїдні гормони.

ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Сиченко П.И., доцент кафедры педиатрии № 2 СумГУ

Бронхиальная астма является одним из наиболее распространенных заболеваний органов дыхания детского возраста. В последние годы отмечается рост данной патологии, увеличивается частота тяжелого ее течения, а лечение ребенка с бронхиальной астмой остается сложной задачей. Широкий спектр лекарственных препаратов, методик для лечения бронхиальной астмы, приводит к неоправданной полипрагмазии, удорожанию стоимости лечения и к незначительной его эффективности. Купирование острого периода болезни в стационаре и отсутствие профилактической терапии в амбулаторных условиях приводит к развитию частых обострений, утяжелению течения заболевания и увеличению количества детей-инвалидов по бронхиальной астме. Очень низкая образованность родителей о сущности болезни, причинах

и механизмах ее развития, методов контроля проходимости бронхов усугубляют течение и прогноз бронхиальной астмы. Появление новых подходов к терапии бронхиальной астмы раскрывает более широкие возможности в осуществлении контроля над течением данного заболевания. Наиболее оптимальным в лечении бронхиальной астмы является шаговый (ступенчатый) подход, предусматривающий терапевтическую тактику в зависимости от степени тяжести заболевания. Важным моментом такого подхода является его доступность, но обязательным его компонентом должна быть образованность родителей ребенка, страдающего бронхиальной астмой о самой болезни и данном методе. Поэтому очень важным направлением в ведении таких детей является создание образовательных программ по бронхиальной астме и обучение по ним в "Астма-школе" как родителей, так и детей.

Такой комплексный подход к ведению детей с бронхиальной астмой позволяет значительно уменьшить количество обострений, госпитализаций и, в конечном итоге, качество жизни больных детей.

КІЛЬКІСНІ ТА ЯКІСНІ ПАРАМЕТРИ ЧЕРВОНОЇ КРОВІ У ДІТЕЙ З ПРОЯВАМИ РАНЬОЇ АНЕМІЇ НЕДОНОШЕНИХ

Лоза С.М, аспірант

Керівник - проф., д.м.н. Маркевич В.Е.

Кафедра педіатрії № 2

Визначення кількісних та якісних параметрів червоної крові проводилось у 87 недоношених дітей (НН) різного ступеню недоношеності за допомогою автоматичного аналізатора крові "Minos/stex" (Франція). Дослідження проводились на 7-10, 25-30, 35-40-й день та наприкінці 2-го місяця життя.

Приймаючи в якості критерія ранньої анемії недоношених (РАН) рівень HGB нижче 120 г/л, її розвиток діагностували у 55,2

% дітей. При цьому анемія розвивається у 36,8 % НН I ступ., у 51,6 % НН II ступ. та у 94,4% НН III-IV ступ. Початкові прояви РАН в усіх дітей мають місце у віці 25-30 днів, поступово наростають до 35-40-го дня, а наприкінці 2-го місяця життя досягають максимальної вираженості лише у НН III-IV ступ. У НН I та II ступ. РАН має більш доброякісний перебіг, а у НН III-IV ступ. набуває схильності до прогресування з формуванням анемії тяжкого ступеню.

В цілому для РАН характерне значне падіння рівня гемоглобіну, зниження кількості еритроцитів та гематокригної величини. Еритроцитарні індекси в початкових проявах анемії характеризуються збільшенням об'ємом та гіперхромією еритроцитів, незначним анізоцитозом, що наближає РАН до макроцитарної, гіперхромної та норморегенераторної анемії. Надалі, з 35-40 дня по 2 місяць життя, нормальний середній об'єм еритроцитів, достатня насиченість еритроцитів гемоглобіном, неоднорідний клітинний склад крові з відсутністю молодих, великих за об'ємом форм з підвищеним вмістом гемоглобіну вказує на нормоцитарний, нормохромний та гіпорегенаторний характер РАН

АДАПТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ЩО ЗАЗНАЛИ ВПЛИВУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ.

Журавель В.Г.

Сумська міська дитяча клінічна лікарня, поліклінічне відділення

Обстеження проведено у 216 дітей 6-15 років, відчуваючих тривалий вплив малих доз радіонуклідів Cs^{137} та Cs^{134} ($1,01-1,35 \text{ Ки км}^2$) та техногенного забруднення (свинцю, хрому, цинку, нікелю). Контрольну групу склали 85 дітей того ж віку, які мешкали в вільному від радіаційного та техногенного забруднення районі.

На основі комплексного вивчення вегетативного гомеостазу, функціонального стану серцево-судинної системи та вегетативного забезпечення діяльності у дітей виділені різні ступені адаптації.

Про незадовільну адаптацію свідчили порушення функціонального стану міокарду (подовження фази ізометричного скорочення, фази асинхронного скорочення, періоду вигнання, механічної систоли за даними ПКГ), дисбаланс вегетативної нервової системи, недостатнє вегетативне забезпечення діяльності, незадовільна реакція пульсу та артеріального тиску при дозованому фізичному навантаженні. Оцінка функціональних можливостей організму дітей, відчуваючих вплив несприятливих факторів довкілля, відмітила достовірне переважання у них незадовільної адаптації до умов навколишнього середовища ($60,19 \pm 3,32 \%$).

Отже, вегетативні дисфункції у дітей з екологічно несприятливої місцевості мешкання, якісно відрізняючись від здорових дітей глибиною порушень вегетативного гомеостазу, створюють передумови для зниження функціональних здібностей міокарду, незадовільної адаптації, для недостатнього вегетативного забезпечення діяльності в цілому.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ВІДЧУВАЮЧИХ СПІЛЬНИЙ ВПЛИВ РАДАЦІЙНОГО ТА ТЕХНОГЕННОГО ЗАБРУДНЕННЯ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Журавель А.О.

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Отримані нами клініко - інструментальні дані свідчать про те, що у дітей з екологічно несприятливого району достовірно частіше виявляється зниження функціональної здатності міокарду, зменшуюче резервні можливості серцево - судинної

системи в умовах виконання фізичного навантаження. Подібні зміни мають чіткий зв'язок з початковим вегетативним тонусом та можуть бути наслідком розвитку у цих дітей міокардіодістрофії нейровегетативного генезу. Згідно з клініко-інструментальними даними міокардіодістрофія діагностована нами у 62 ($28,70 \pm 5,79$ %) дітей дослідного району та у 11 ($12,94 \pm 3,66$ %) дітей контрольного ($P < 0,05$). Діагностичними критеріями міокардіодістрофії у обстежених нами дітей були: приглушений I тон на верхівці серця, систолічний шум в точці Боткина - Ерба та на верхівці, змінення на ЕКГ: зниження амплітуди зубця Р та його деформація (зазубреність, двовершинність), порушення процесів реполяризації депресія сегменту ST, сплюснення або висока амплітуда зубця Т, подовження інтервалу QT більш, ніж на 0,03 с, QT 1- більш, ніж на 0,02 с, систолічного показника - більш, ніж на 5 % від нормативів за віком дітей; змінення ПКТ: подовження ФІС, ФАС, ПВ, МС чи наявність фазового синдрому гіподинамії; а також незадовільна реакція пульсу та артеріального тиску при виконанні фізичного навантаження.

О ЛЕЧЕНИИ ЮНОШЕСКОГО ЭПИФИЗИОЛИЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Шкатула Ю.В., Ганул В.Р.

Сумская областная детская клиническая больница

Прошло полтора столетия, как в литературе появились первые упоминания о своеобразном заболевании юношеского возраста, завершающемся формированием варусной деформации шейки бедра. Основную задачу ранней диагностики и лечения юношеского эпифизиолиза головки бедренной кости (ЮЭГБК) составляет предупреждение смещения эпифиза. Мы в своей практике пользуемся отработанным методом закрытого вправления. Метод снижает вероятность развития осложнений

(хондроліза і асептичного некроза), зменшує строки перебування дітей в стаціонарі. Закрита репозиція головки бедренної кістки (ГБК) нижчеизложеним способом застосовується дітям з острым епіфізеолизом, з давністю захворювання до 12-14 тижнів, і в ряду випадків при хронічному епіфізеолизі з швидким перебігом. Госпіталізованим в стаціонар дітям накладається система постійного скелетного витягання. Спица проводиться над м'язцями бедренної кістки. Застосовувані вантажі варіюють від 4 до 6 кг. Конечності надаємо положення відведення до 50 градусів і легкого сгибання в тазобедренному і колінному сугубі. Наружну ротацию голени усуваємо з допомогою деротационної скоби, накладувану на 3-5 сутки з вантажем 1.5-2 кг. Через 2-2.5 тижнів спицу видаляють і виробляють вправлення по Уитмену. Фіксація здійснюється на протязі 3-х місяців з обов'язковим рентген контролем після вправлення в процесі лікування.

В наступному застосовуємо фізіофункціональне і медикаментозне лікування, ходьбу на костылях на протязі 3-4 місяців.

ПІТАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З УРАЖЕННЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Кирой О.І.

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

У відділенні патології новонароджених в 1999 році проліковано 302 дітей з перинатальними енцефалопатіями різного генезу. Частина дітей у відділення поступила із відділення реанімації та інтенсивної терапії новонароджених (44 дітей). Основна ж частина дітей була направлена пологовими відділеннями ЦРЛ (48.3%), обласного пологового будинку (10.9%). Нами звернена увага на те, що з обласного пологового будинку та великих районів, де наявні кваліфіковані неонатологи діти частіше посту-

пають з синдромом пригнічення, тоді як з малих районів в більш ранньому віці і частіше з синдромом збудливості. Проведеним нейросонографічним обстеження показало, що в усіх випадках наявна патологія (підвищення ехонності разом із збільшенням рідини в субарахноїдальному просторі-21%, крововиливи в хоріодальне сплетіння - 15%, кісти в хоріодальному сплетінню - 12%, атрофія субкортикальних відділів головного мозку 7%. У відділенні діти були обстежені. На жаль виключити чи підтвердити перенесену внутрішньоутробну інфекцію для проведення корекції лікування змоги не було. Всім дітям призначалось комплексне лікування, яке крім медикаментозного включало і фізметоди, масаж (основам навчалась мати за період перебування на стаціонарі). Середній термін лікування складає 18 днів. Всі хворі виписані в задовільному стані з рекомендаціями продовжувати лікування та призначалась планова реабілітація у неврологічному відділенні обласної дитячої лікарні.

Для підвищення якості реабілітаційних заходів необхідно налагодити обстеження вагітних та новонароджених з ураженнями ЦНС (при наявності даних за перенесені інфекції), на TORSH-інфекції.

ВЛИЯНИЕ ДОПМИНА И ДИГОКСИНА НА СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ И ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СОЧЕТАННУЮ ГИПОКСИЮ

Зайцев И.Э. доцент кафедра педиатрии № 2

Нами изучалась сравнительная эффективность влияния допмина и сердечных гликозидов (дигоксина) на состояние внутрисердечного и церебрального кровообращения у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию.

Методами эхокардиографии, нейросонографии в доплевровском режиме определялся ряд показателей у детей, получавших вышеуказанные препараты.

Новорожденные из числа перенесших сочетанную гипоксию, были разделены на следующие группы:

- I группа (11 детей) - новорожденные, которым вводился допмин в дозе 5 мкг/кг/мин дважды в сутки по 4 часа;

- II группа (7 детей) - новорожденные, которым вводился допмин в той же дозировке в течение 10-12 часов в сутки непрерывно;

- III группа (8 детей) - новорожденные, получавшие дигоксин в дозе насыщения 0,02 мг/кг, достигавшейся в течение одних суток.

Полученные данные свидетельствуют о более быстром положительном влиянии на сократительную способность миокарда допмина, нежели дигоксина. Причем, увеличение показателя сердечного выброса было более значительным у детей, получавших допмин в течение 12 часов в сутки.

Назначение допмина приводит к увеличению сократительной способности миокарда и улучшению показателей центральной гемодинамики. В то же время дигоксин дает более устойчивое увеличение параметров фракции выброса и сердечного выброса, что определяется особенностями его биотрансформации в организме. Более длительное введение допмина в течение суток (10 - 12 часов) способствует стойкому инотропному эффекту и улучшению показателей центральной гемодинамики.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Загородня А.П.

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Вивчені особливості перебігу обструктивного бронхіту у 23 дітей з гострими респіраторними вірусними інфекціями, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в діагностичному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні протягом 1998-1999 років. При цьому встановлено, що синдром обструкції частіше виникав у дітей з несприятливим алергологічним анамнезом (наявність у батьків алергічних захворювань - 12 випадків, з проявами у дітей алергічного чи ексудативно-катарального діатезу - 16 випадків, штучне вигодовування було в 19 дітей. В усіх випадках був діагностований рахіт. Ознаки обструкції в більшості випадків (19 дітей) виникали на 3-4 день захворювання, коли посилювались катаральні явища, з'являлися симптоми інтоксикації. Поява обструкції була за рахунок виникнення у дітей задихки, вологих хрипів, що змушувало лікарів для виключення у хворих пневмонії проводити рентгенологічне обстеження. В обласну дитячу лікарню хворі доставлялись на 5-7 день від початку захворювання. В усіх випадках стан дітей розцінювався як важкий. Призначалась комплексна терапія, яка включала призначення еуфіліну в дозі 5 мг на кг маси тіла, преднізолон в дозі 1 мг на кг, інфузійна терапія. В 16 випадках антибактеріальна терапія не призначалась. Обструкція в 18 випадках проходила на третій день лікування у відділенні. В крові 17 дітей спостерігалось пониження рівня гемоглобіну, в 11 дітей незначний зсув лейкоцитарної формули крові вліво.

Таким чином синдром обструкції у дітей раннього віку частіше виникає у дітей з несприятливим алергологічним анамнезом, при наявності ознак діатезу та рахіту, і які знаходяться на штучному вигодовуванні простими молочними сумішами. Антибактеріальну терапію в таких випадках призначати недоцільно.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ ЧЕРВОНОЇ КРОВІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ З АНЕМІЄЮ

Маркевич В.Е., проф., д.м.н., Пилипець І.В., клінічний ординатор
Кафедра педіатрії № 2

Показники червоної крові (HGB, RBC, Ht) вивчені нами у 109 вагітних жінок з анемією. У 49 вагітних діагностована анемія I ступеню, у 21 - анемія II - III ступеню. Анемію I ступеню, що поєднувалась з гестозом II половини вагітності мали 19 жінок. Крім того, досліджувались показники червоної крові у 20 жінок з анемією I ступеню, пологи у яких проведені шляхом кесарева розтину. В групу порівняння віднесені 24 вагітних без клінічних та лабораторних проявів анемії.

У вагітних з анемією I ступеню концентрація HGB складала близько 91%, а при анемії II-III ступеню - 82% відносно групи порівняння. Рівень Ht у жінок з анемією також були суттєво нижчими, ніж у вагітних групи порівняння.

Результати наших досліджень вказують на те, що новонароджені від матерів з анемією мають значно гірші показники червоної крові, ніж у малюків від здорових матерів. Так, в першу добу після народження у новонароджених від матерів з анемією першого ступеню концентрація HGB була меншою на 9%, а кількість еритроцитів - на 2%, ніж новонароджених від вагітних без анемії, відповідно у дітей від матерів з анемією середнього та важкого ступеню рівень HGB був менший на 11%, а кількість еритроцитів на 7%. Величина Ht також була на 9-10% меншою у дітей від матерів з анемією.

Гемогестоз середнього та важкого ступеню у вагітних характеризується низьким вмістом гемоглобіну та еритроцитів, низькими показниками гематокриту, певною схильністю до мікроцитозу та суттєвим підвищенням середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті, середньої концентрації гемоглобіну в еритроциті. Новонароджені від матерів з анемією мають достовірно гірші показники червоної крові на першу добу життя, ніж діти від здорових вагітних.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, КОТОРЫЕ ЧАСТО БОЛЕЮТ

Смиян А.И., Емец А.М.,
Гринько Т.Ю., Сай В.П.

Сумская городская детская клиническая больница
Кафедра педиатрии № 1

Дети, которые часто болеют (ДЧБ), составляют значительный процент всех болеющих детей и являются существенной проблемой практической поликлинической педиатрии. ДЧБ представляют собой гетерогенную группу, которая отличается факторами риска, особенностями клинического течения заболевания, показателями иммунологических реакций.

В комплекс поликлинической реабилитации, детей, которые часто болеют, следует включать такие мероприятия:

1. Динамическое поликлиническое наблюдение (организационные мероприятия).
2. Общеукрепляющие оздоровительные мероприятия.
3. Специальные лечебные мероприятия, которые проводятся несколько раз в течение года.
4. Саниция носоглотки всем детям из группы часто болеющих.
5. Лечебные мероприятия после перенесенного острого заболевания.
6. Реабилитация семьи.
7. Лечебная физкультура.
8. Неспецифическая и специфическая коррекция иммунитета.
9. Санаторный этап реабилитации.

Основными принципами амбулаторно-поликлинической реабилитации должны быть поэтапность, преемственность всех

проводимых мероприятий, обязательность их своевременного проведения, наличие в арсенале всех известных средств и методов реабилитации и индивидуальный подход при ее проведении.

К ВОПРОСУ ОБ ОТРАВЛЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

Бында Т.П., Хоменко А.И.

Кафедра педиатрии №1

Сумская городская детская клиническая больница

Острые экзогенные отравления у детей занимают одно из первых мест среди несчастных случаев. Развитие бытовой химии, значительное увеличение ассортимента лекарственных веществ и самолечение привели к резкому росту частоты отравлений. Особенности психики и поведения ребенка (подвижность, любознательность), относительно больший по сравнению со взрослыми (1 мл на 1 кг массы тела) объем глотка, копирование того, что делают взрослые, небрежное хранение лекарств и продуктов бытовой химии - все это резко увеличило опасность отравления у детей.

За последние 5 лет в отделение ИТАР ГДКБ г. Сумы поступило 485 детей с отравлением различными веществами. Из них 254 (52,4%) были мальчики и 231 (47,6%) - девочки. Наиболее часто отравления встречались у детей в возрасте от 1 до 3 лет (42,3%), несколько реже - от 10 до 14 лет (26,4%) и от 3 до 7 лет (21,2%), и редко - от 7 до 10 лет (7,0%), до 1 года (2,5%), старше 15 лет - (0,6%).

На протяжении года дети поступали равномерно. В течение дня наблюдалось более частое поступление с 12.00 до 24.00 часов (72,2%).

Время пребывания в отделении ИТАР определялось тяжестью состояния и продолжалось до 1 суток у 47,6%, 1 сутки - у 34,4%, 2 суток - у 7,2% детей и реже дольше. Отравления у детей, проживающих в городе, наблюдались чаще, чем у сельских

детей соответственно (84,3% и 15,7%; $p < 0,05$). У 1% детей отравления привели к летальному исходу.

Перечислить все вещества, которые вызвали отравления у детей невозможно. За 5 лет наблюдения зарегистрировано более 120 различных лекарственных, растительных и других химических веществ, которые явились причиной отравления у детей. Среди них первое место (15,7%) заняли отравления веществами, оказывающими влияние на сердечно-сосудистую систему, второе место (11,3%) - отравления грибами, несколько реже встречались отравления веществами, оказывающими влияние на ЦНС (7,4%), алкоголем (7,0%), витаминами (6,4).

В городских условиях значительно чаще встречались отравления лекарственными веществами и продуктами бытовой химии. В сельской местности чаще происходили отравления детей растительными веществами, грибами, инсектицидами. Частота подобных отравлений была связана со временем года.

Таким образом, острые отравления у детей ставят перед здравоохранением ряд сложных задач, связанных с необходимостью широкой информации врачей о токсических свойствах различных химических препаратов и новых эффективных методах лечения химических болезней.

ДИНАМІКА КОНЦЕНТРАЦІЇ ФІБРОНЕКТИНУ СИРОВАТКИ КРОВІ УМОВНО ЗДОРОВИХ НЕДОНОШЕНИХ У НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Романюк О.К.

Науковий керівник – проф. Маркевич В.Е.

Кафедра педіатрії № 1, № 2

Вивчення активності фібронектину було проведено у 28 недоношених немовлят. При народженні у пуповинній крові цих дітей концентрація його складала $89,3 \pm 2,69$ мкг/мл, що на 30,92

% ($P < 0,001$) менше, ніж у здорових доношених немовлят. При цьому прослідковується пряма позитивна кореляція між гестаційним віком та рівнем фібрoneктину крові ($r_{xy} = +0,41$).

На 2-5 доби життя концентрація цього опсонічного білка знижується до $31,11 \pm 2,31$ мкг/мл, що на 65,17 % менше ($P < 0,001$), ніж при народженні. В процесі неонатальної адаптації рівень ФН поступово підвищується і складає на 6-10 доби $48,96 \pm 1,96$ мкг/мл, що на 45,19 % ($P < 0,001$) менше, ніж було при народженні. Якщо порівняти цей показник з доношеними дітьми відповідного строку життя, то слід відмітити, що концентрація цього глікопротеїду залишається нижчою на 33,22 % ($P < 0,001$). Це свідчить про недостатність в організмі недоношеної дитини ФН, який би забезпечував адекватне становлення неспецифічних захисних реакцій. Результатом такого стану є ряд клінічних проявів порушення адаптації недоношених дітей в період спостереження. Так, у двох дітей з проявами вірусної інфекції на п'яту добу рівень ФН сягав 28,4 та 24,2 мкг/мл, в той час як середній показник в цій підгрупі складав 31,11 мкг/мл.

Таким чином, на 2-11 доби життя рівень ФН значно нижчий, ніж у здорових новонароджених. Тому і адаптація у них, слід думати, буде напруженою. Лише на 20 добу концентрація досліджуваного опсонічного білка вирівнюється з вихідним рівнем, але залишається суттєво нижчою (28,3 %), ніж у здорових новонароджених. Перший місяць позаутробного життя недоношених немовлят завершується становленням адекватної до потреб організму концентрації в крові фібрoneктину, який модулює неспецифічні механізми адаптації дитини до умов позаутробного існування. В цей строк у таких дітей в два рази рідше спостерігається приєднання інфекційних захворювань.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Кругляк С.И.

Городская детская клиническая больница

Инфекционные заболевания у детей остаются актуальной проблемой педиатрии. Одной из сложных задач является заболеваемость детей острыми кишечными инфекциями (ОКИ). Если в 1997 году отмечалась тенденция к снижению заболеваемости этими инфекциями, то в 1998-1999 гг. отмечалось новое повышение ее. В целом в Украине заболеваемость дизентерией выросла в 2 раза, сальмонеллезом - на 6,36%, ОКИ, вызванными установленными возбудителями, - на 24,89%, ОКИ неустановленной этиологии - на 15,89%. В Сумской области в 1999 г. заболеваемость дизентерией увеличилась в 3,5 раза, заболеваемость сальмонеллезом осталась на прежнем уровне.

Целью нашего исследования было изучение этиологической структуры ОКИ на современном этапе.

Проанализировано 732 истории болезни детей с ОКИ, находившихся на лечении в 1999 г. в инфекционном отделении № 3 ГДКБ г. Сумы.

Изучение этиологической структуры показало, что у 16,8% детей выделялась патогенная флора, у 39,2% - условно-патогенная флора (УПФ), у 11,5% детей - ОКИ были вызваны микст-инфекцией, у 32,5% детей этиология диареи не была установлена.

Среди патогенной флоры чаще встречались шигеллы (14,9%; $p < 0,05$), причем одинаково часто шигеллы Зонне (51,4%) и шигеллы Флекснера (48,6%). Сальмонеллы вызывали диарею у 1,9% детей (93% - *S. enteritidis*, 7% - *S. typhi* var. *muirium*).

Спектр ОКИ, вызванных условно-патогенной флорой, был весьма обширный. Чаще возбудителями диареи были стафилококки (24,4%), клебсиеллы (24%), эшерихии (22,6%), реже

81

энтеробактерии (14,3%), протей (12,3%), цитробактерии (1,7%), синегнойная палочка (0,7%).

Диареи одинаково часто встречались как у мальчиков, так и у девочек.

У детей до 3-х лет в 2 раза чаще ОКИ были вызваны УПФ (соответственно 59,9% и 30,0%; $p < 0,05$), а у детей старше 3-х лет патогенной флорой (соответственно 70,0% и 40,1%; $p < 0,05$).

Диареи, вызванные УПФ, чаще встречались весной, а патогенной флорой - осенью (соответственно 30,0% и 0,5%, $p < 0,05$; 50,4% и 20,9%, $p < 0,05$).

Таким образом, спектр возбудителей бактериальной диареи весьма обширный, а количество вызываемых ими заболеваний очень вариабельно.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Маркевич О.В.
Кафедра педиатрии № 1

По нашим данным пролапс митрального клапана (ПМК) выявлен у 1,5 % пролеченных больных. Этот феномен встречается во всех возрастных группах, но чаще всего у детей в возрасте 10-15 лет. В дошкольном возрасте ПМК встречается с одинаковой частотой у лиц обоего пола (1:1), а в дошкольном возрасте — преимущественно у девочек (4:1).

На базе городской детской больницы проводится клинико-лабораторное обследование детей, в которое входит ЭКГ, ЭХО-КТ в динамике, рентгенологическое исследование сердца (по показаниям). Изучались особенности стигм эмбриогенеза.

На основе наблюдения за детьми с ПМК в динамике разработаны принципы диспансерного наблюдения.

Детей с ПМК I степени со стабильным течением и без регургитации обследуют 1–2 раза в году с обязательной регистрацией ЭКГ, УЗИ сердца. Один раз в году необходима консультация ЛОР-врача, стоматолога, при необходимости – санация очагов инфекции. Если у ребенка есть проявления ВСД – проводится соответствующая терапия согласно ведущего синдрома ВСД.

Детям с ПМК II степени с проявлениями регургитации проводится профилактическое лечение с постоянным клинико-лабораторным обследованием в условиях стационара.

Курсы кардиотрофической терапии включают не только аспаркам, рибоксин, а и АТФ, ККБ, витамины группы В.

Обязательная весенне-осенняя профилактика кардиотрофическими препаратами. По показаниям назначаются нестероидные противовоспалительные препараты (вольтарен, индометацин).

Использование этой схемы позволило улучшить диагностику и реабилитацию детей с ПМК. За последний год кардита и тромбоземболии на фоне ПМК не выявлено.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МАКРОЛІДІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ІНФЕКЦІЇ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Козлова К.Г.

Сумська міська дитяча клінічна лікарня

Інфекції верхніх і нижніх дихальних шляхів є причиною більшості госпітальних консультацій і госпіталізацій, причому в більшості випадків лікарі призначають антибіотики. Поява нових мікроорганізмів, складність встановлення точного етіологічного діагнозу і зростання резистентності до класичних антибіотиків роблять призначення ефективного лікування все важчим. Останнім часом при лікуванні пневмонії, бронхіту як альтернативу пеніцилінам та цефалоспорином застосовують макролідні антибіотики, які є активними як проти збудників типової, так і ати-

пової пневмонії. Серед макролідів нового покоління, які випускаються в педіатричних лікарських формах, заслуговує увагу роваміцин (Рон Пуленк Рорер, Франція), котрий показав високу клінічну ефективність при інфекціях верхніх та нижніх відділів респіраторного тракту у дітей.

Було вивчено 69 історій хвороб дітей, що лікувалися в інфекційному відділенні № 2 СМДКЛ протягом зимового періоду 1999-2000 рр. З них бронхіт бактеріальної етіології був діагностований у 43 випадках, сегментарна або полісегментарна пневмонія у 26 випадках. Діти були поділені на дві групи. Контрольну групу склали 53 дитини (отримували традиційну антибіотикотерапію терапію), решта - 16 дітей отримували роваміцин. Оцінювали такі показники як тривалість гіпертермічного синдрому, тривалість фізикальних змін у легенях, кашлю. Ефективність препарату класифікували як відмінну, добру, помірну чи нульову. У дітей досліджуваної групи спостерігалось зниження температури тіла на 2,3 день лікування проти 3,8 дня у контрольній групі, швидше спостерігалось покращення самопочуття. Зникнення фізикальних змін у легенях відмічалось на 4,3 день лікування дітей досліджуваної групи проти 7,8 днів у разі лікування ампіциліном, пеніциліном; кашель припинявся на 7,1 день, проти 10,4. Серед побічних проявів не зустрічалися алергічні реакції, в тому числі у дітей раннього віку, котрі страждають дитячою екземою та харчовою алергією.

Загальний аналіз засвідчив, що відмінний результат лікування був у 77 % хворих, а добрий у 15 %. Тобто загальний відсоток успіху лікування макролідами склав 92 %.

Отже терапія із застосуванням макролідних препаратів, зокрема роваміцину є терапією вибору, а для дітей з проявами алергії – терапією першого вибору.

АДЕКВАТНАЯ ТРАКТОВКА ДИАГНОЗА “ВЕГЕТО-СОСУДИСТАЯ ДИСТОНИЯ” ПО МКБ-10 С ЦЕЛЬЮ КОМПЬЮТЕРИЗИРОВАННОГО ПОДБОРА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Л.Р. Биттерлих, г. Сумы, Р.Л. Биттерлих, Израиль

Диагноз вегето-сосудистой дистонии отсутствует в МКБ-10. Это обусловлено тем, что вегетативные нарушения расцениваются, как вторичные по отношению к основному заболеванию. В результате клинико-инструментального обследования 178 детей, до обращения к нам получавших лечение по поводу “вегето-сосудистой дистонии”, объективные изменения со стороны вегетативной нервной системы выявлены только у 43 детей (24 %). Характер выявленных, а затем исследованных, вегетативных нарушений фиксировался в виде максимально развернутого синдромального диагноза, как компонента полного диагноза у данного ребенка.

Дифференцированный синдромальный диагноз вторичных вегетативных расстройств вводился в компьютерную программу “Нейрофарм” в качестве составной части основного диагноза, которым почти у половины детей (83 пациента) был диагноз головной боли, классифицированный по типу в соответствии с МКБ-10. Для ввода использовался список из 407 неврологических и психо-соматических расстройств на экране монитора, который включал и 55 синдромов вегето-висцеральных кризов и межпароксизмальных вегетативных нарушений. При сеансе компьютерного подбора лечения, кроме типа вегетативного криза, вводились также данные об исходном вегетативном тоне, который мог иметь противоположную по отношению к кризу направленность. Например, симпто-адреналовый криз на фоне парасимпатикотонии. При оценке межпароксизмальных вегетативных расстройств уточнялся патогенез синдромов. Например, при наличии симпатикотонии, мы отмечали в списке синдромов на экране монитора или симпатикотонию, обусловленную повышением тонуса

симпатической нервной системы, или существующую из-за снижения тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. На основе информации в базе данных о балльной оценке действия 292 нейрофармакологических препаратов (не считая фирменных названий) на введенные синдромы мы получили ранжированный список лекарственных препаратов, показанных данному пациенту.

Таким образом, альтернативой диагнозу "вегетативно-сосудистая дистония" с его неадекватной недифференцированной терапией, являются дифференцированные синдромальные диагнозы вегетативной дистонии в качестве составной части диагноза многочисленных соматоморфных, невротических и неврозоподобных болезненных состояний по МКБ-10. Опыт работы с базой данных компьютерной программы "Нейрофарм" убеждает нас в том, что директивные требования к отечественному здравоохранению о полном соответствии выставляемых диагнозов МКБ-10 не должны сопровождаться игнорированием вегетативных расстройств и научно-практических знаний по их коррекции, накопленных в отечественной медицине.

ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ПЛАНОВО-КОНСУЛЬТАТИВНИХ ВИЇЗДІВ ДІТЯЧИХ СПЕЦІАЛІСТІВ В РАЙОНИ ОБЛАСТІ

Алісієвич Е.А., Загородній М.П., Прядко О.І.
Обласна дитяча клінічна лікарня

Основні показники здоров'я дітей в області, як в цілому і в Україні, погіршуються. Зростає кількість дітей з хронічною патологією, інвалідність. В зв'язку з економічними негараздами доступність спеціалізованої медичної допомоги жителям сільської місцевості знижується.

Для приближення спеціалізованої медичної допомоги до дітей сільської місцевості обласною дитячою клінічною лікарнею

щорічно збільшується кількість планово-консультативних виїздів в райони з урахуванням структури захворюваності дітей, наявної диспансерної групи хворих. Це дозволяє покращити виявлення хворих із складною патологією, проводити сучасні інструментальні обстеження на місцях. Разом з тим виїзди спеціалістів в райони (за 1999 рік здійснено 423 виїзди, під час яких проведено 11028 відвідувань) є непосильним тягарем для економіки закладу. Фінансування обласних закладів лишається вкрай недостатнім. Виїзд автомобіля на відстань 100 км з бригадою спеціалістів терміном на 1 день для обласної дитячої лікарні обходиться в 450 грн. 67 коп., а за рік на ці цілі було витрачено закладом 15863 грн. Особливо відчутними є витрати на паливно-мастильні матеріали. Вартість 1 відвідування спеціаліста лікарні хворим, в порівнянні з минулим роком, вдалося скоротити за рахунок зростання навантаження на лікарів і складала 1.44 грн.

Використання виїзної форми є прогресивним методом і дозволяє покращити доступність спеціалізованої медичної допомоги жителям сільської місцевості. Разом з тим необхідно переглянути фінансування обласних закладів і вивчити можливість часткової оплати виїздів спеціалістів в райони (відшкодування вартості ГСМ).

ДИНАМІКА ЧИСЕЛЬНОСТІ Т- І В- ЛІМФОЦИТІВ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМ АПЕНДИЦИТОМ

Овечкін В.С. (СОДКЛ), Овечкін Д.В. (студент VI курсу)

Проблема лікування гострого апендициту (ГА) у дітей і прогнозування його перебігу залишається актуальним. Апендектомія складає до 75% ургентних оперативних втручань у дітей. Летальність від гострого апендициту у дітей в середньому складає 0.2-0.4%. Відомо, що лімфоїдна тканина апендикулярного відхвістя має безпосереднє відношення до В-системи лімфоцитів (В_т), відповідальна за продукцію антитіл.

З ГА обстежено 25 дітей у віці від 2 до 14 років. Стан хворих на час прибуття залежало від віку, наявність симптомів інтоксикації, морфологічних змін в апендикулярному відхвісті. Відмічалась одно-двух-разова блювота. У дітей молодшої вікової групи блювота часто була багаторазова. Температура тіла коливалась від 36.8 до 39.2 градусів. Відмічалась біль в животі різної локалізації та інтенсивності, позитивні симптоми подразнення почеревини, затримка стільця, або диспептичні розлади.

Показники Т- і В-лімфоцитів (T_x , B_x) у дітей після операції в залежності від форми апендициту: катаральний T_x $62.14 \pm 1.14\%$, B_x $19.14 \pm 0.72\%$, флегмонозний T_x $65.19 \pm 1.26\%$, B_x $19.4 \pm 1.26\%$, гангренозний T_x $66.01 \pm 1.77\%$, B_x $20.14 \pm 0.49\%$. Аналіз одержаних показників свідчать, що в обстежених хворих чисельність Т-лімфоцитів збільшилась, а В-лімфоцитів залишилась в межах норми. Лейкоцитоз спостерігався у всіх випадках гострого апендициту. При катаральній формі 8.54 ± 0.71 ; флегмонозній 11.71 ± 0.52 і гангренозній формі 12.44 ± 1.21 .

Таким чином у новонароджених хворих з приводу ГА спостерігається збільшення кількості Т-лімфоцитів при деструктивних формах.

ЧУТЛИВІСТЬ МІКРОФЛОРИ ХВОРИХ ДІТЕЙ ДО АНТИБІОТИКІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Летожа В.І., Міновщикова О.І., Загородній О.М.
Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Задачею нашого дослідження було вивчити чутливість мікрофлори до антибіотиків в хворих дітей районів області які знаходились у відділеннях обласної дитячої клінічної лікарні. Обстеження проводилось в день оформлення дітей на лікування. Нами проаналізована чутливість мікрофлори до антибіотиків у 513 дітей хірургічного відділення, 325 дітей з відділення пато-

логії новонароджених і 296 із відділення інтенсивної терапії та реанімації обласної дитячої клінічної лікарні. Всі діти, що знаходились у відділеннях обласної дитячої клінічної лікарні, поступили з відділень інших лікарень, де вже одержували антибіотикотерапію. Вивчалась чутливість до препаратів, які найбільш часто призначаються (враховуючи їх доступність). Установлено, що найвищу резистентність до антибіотиків мала мікрофлора дітей з відділення реанімації. (ампіокс-26%, ампіцилін -10%, оксацилін-17%, тетрациклін-21%, лінкоміцин -18%, гентаміцин 13%, цефазолін 13%, левоміцетин 8%, поліміксін 4%. В хірургічному відділення ці показники були трохи іншими (ампіокс-27%, ампіцилін -8%, оксацилін-13%, тетрациклін-16%, лінкоміцин -11%, гентаміцин 8%, цефазолін 10%, левоміцетин 18%, поліміксін 8%. При обстеженні дітей відділення патології новонароджених стійкість до антибіотиків була нижчою (ампіокс-22%, ампіцилін - 9%, оксацилін-13%, тетрациклін-15%, лінкоміцин -15%, гентаміцин 13%, цефазолін 7%, левоміцетин 5%, поліміксін 1%). Алергологічні проби на антибіотики дітям у відділеннях не проводилися.

Проведений аналіз свідчить, що при виборі антибактеріальної терапії необхідно враховувати одержані дані бак. обстеження. Причому виявлена деяка закономірність мікрофлори з окремих районів. На даному етапі, на нашу думку, найбільш доступним методом є бактеріоскопія з урахуванням покраски по Граму.

ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ОДИНАДЦЯТИКЛАСНИКІВ ПРИ РІЗНИХ УМОВАХ НАВЧАННЯ

Калініченко І.О., Бруйка А.М.
Сумська міська дитяча клінічна лікарня

Вивчаючи стан здоров'я школярів, знайдено, що 11 рівень в 11 класах відповідає середньому показнику по м. Суми (952,4

на 1000 чол.). Більш детальний аналіз показує, що захворюваність дівчат вища, ніж у хлопців (1118,8 – дівчата, 612,2 – юнаки), причому дівчата гімназії мають на 186,7 % більше виявленої патології, ніж дівчата загальноосвітньої школи. Серед хлопців двох шкіл такої різниці не виявлено. В структурі патології 16-17-річних підлітків переважають є хвороби ендокринної системи (зоб I ст.), можливо це пояснюється змінами в екологічній ситуації, що склалася в регіоні. При порівнянні стану здоров'я учнів виявлено: школярі гімназійних класів мають більше захворювань очей, кістково-м'язової системи, системи травлення. Ймовірно, що це пов'язане з більшим учбовим навантаженням і зниженням рухової активності.

Таким чином, спостерігається зв'язок між рівнем захворюваності підлітків та інтенсивністю учбового процесу. Щоб проаналізувати навантаження, проведений аналіз розкладу занять в школах. Сумарне тижневе навантаження складає 36 та 37 годин у школах № 21 та № 9 відповідно. Однак гімназійні класи мають факультативні заняття обсягом 10 годин на тиждень, що значно збільшує учбове навантаження. Питома вага профільних предметів у гімназії досить висока (24,32 % – у юридичному, 27,02 % – у математико-біологічному, 32,4 % – у гуманітарному класах). Ці дані свідчать про високу диференційованість учбової програми в гімназії.

Можна зробити висновок, що учбовими програмами недостатньо використовується оптимізуюча роль фізичного виховання і в сукупності зі специфікою навчання, особливо в гімназії, ці чинники негативно впливають на організм підлітків, викликаючи напруження адаптаційних процесів, а в деяких випадках і розвиток патології.

АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Кучеренко П.В.

Сумская городская детская клиническая больница

Было проведено исследование демографических показателей детского населения Ковпаковского района за 1993–1999 год. За этот период уменьшилось количество детского населения от 0 до 14 лет всего на 6886 человек. Количество новорожденных снизилось на 510 человек. Среди новорожденных произошло снижение количества за счет детей I группы здоровья с 789 до 242 человек. Число детей, родившихся с различными нарушениями, в количественном составе остается стабильным, а в процентном отношении произошел рост за счет уменьшения количества здоровых детей. Со II группой здоровья к году количество детей как в абсолютных цифрах, так и в процентном отношении снизилось, соответственно в 1993 году 512 – 33 %, в 1999 году 318 – 29 % от общего числа достигших года.

Количество многодетных семей по району снизилось с 43 до 19.

На естественном вскармливании находится практически стабильное количество детей в пределах 64,1–66,8 %.

Произошел рост количества детей-инвалидов с 311 до 336 человек.

Количество здоровых подростков, передаваемых во взрослые поликлиники, снизилось с 83,7 % до 41,1 %.

Учитывая вышеизложенное, можно сделать следующие выводы:

1. Снижение рождаемости идет за счет здоровых детей, т.е. снижение рождаемости в полноценных здоровых семьях.
2. Уменьшение количества здоровых подростков происходит за счет несоблюдения санитарных норм в школах.

СТРУКТУРА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Кукояшная Л.И.

Сумская городская детская клиническая больница

Хижня Я. В. – студ. IV курса.

Научный руководитель - Бында Т.П.

Кафедра педиатрии № 1

По данным ВОЗ, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) составляют до 40% всех инфекционных заболеваний детского населения в целом и 60-80% - у детей младшего возраста. В инфекционном отделении №1 ГДКБ г. Сумы за 1998 год было пролечено 940 детей в возрасте до 3 лет с заболеваниями респираторного тракта, из них мальчики составили 54%, а девочки 46% ($p < 0,05$). На естественном вскармливании до 4 мес. находилось 25,6% детей.

При обследовании детей с респираторными заболеваниями диагноз ОРВИ лабораторно было подтверждено у 189 (20,1%), тогда как у 300 детей (31,9%) в слизи из носоглотки выделялась бактериальная флора, у 48 детей (5,1%) отмечалась сочетанная вирусно-бактериальная инфекция.

Изучение этиологической структуры показало, что наиболее часто у детей выделялись аденовирусные включения (94 ребенка - 49,7%) и реже респираторно-синцитиальные (53 ребенка - 28,0%), парагриппозные (40 детей - 21,2%). Вирусные включения гриппа были обнаружены только у 2 детей (1,1%).

Сравнительный анализ этиологической структуры и клинических форм заболевания позволил обнаружить преимущественную локализацию поражений респираторного тракта тем или иным представителем группы вирусов, которые вызывают ОРВИ. Так, в развитии острого ларинготрахеита (ложный круп) ведущая роль принадлежала вирусам парагриппа, поражение верхних дыхательных путей вызывали вирусы гриппа и аденовирусы, бронхиты и пневмонии - респираторно-синцитиальные вирусы.

Установлено, что респираторно-синцитиальный вирус чаще (62%), чем другие вирусы, поражал детей первого года жизни.

Вирусные включения гриппа в 1998 г. были выделены только у 2-х детей, заболевание у них характеризовалось проявлениями фаринго-трахеобронхита.

Таким образом, вирусная этиология ОРЗ отмечалась у 20,1% детей с заболеваниями респираторного тракта. Респираторные заболевания чаще встречались у мальчиков. Дети находящиеся на искусственном вскармливании в 3 раза чаще болели респираторными заболеваниями, чем дети, находящиеся на естественном вскармливании.

ПРИМЕНЕНИЕ ДРИПТАНА У ДЕТЕЙ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Марченко А.И.

Сумская городская детская клиническая больница

Ночным недержанием мочи считается возникновение недержания мочи ночью не реже 2 раз в месяц. Большое медицинское и не менее социальное значение этой патологии заставляет врачей искать новые, более эффективные методы лечения таких пациентов. Распространенность энуреза достигает 30 % среди детей до 4 лет, 10 % – до 6 лет, 1-3 % – среди взрослых. Около 2/3 всех больных страдает с рождения. Одной из причин энуреза является дисфункция детрузора.

Для нормализации работы детрузора довольно давно применяют М-холинолитики. Одним из последних наиболее эффективным холинолитиком считается оксибутинина гидрохлорид (дриптан). Он блокирует М-холинорецепторы, обладает спазмолитическим действием на гладкую мускулатуру и имеет местный анестезирующий эффект.

В отделении неврологии СГДКБ в 1999 году было пролечено 34 ребенка с ночным энурезом. 15 детей этой группы наряду

с обычным комплексом лечения энуреза (включающим витаминотерапию, ноотропы, антидепрессанты, физиопроцедуры) получали дриптан по 5 мг 3 раза в день. Дети переставали мочиться ночью на 2-3 день и были выписаны в преимущественном большинстве с выздоровлением.

Контрольная группа из 19 детей получала обычный курс терапии. С выздоровлением выписано 11 человек (58 %), с улучшением – 8 (42 %).

Эти цифры говорят об эффективности дриптана в случае дисфункции детрузора.

ВИПАДОК ВРОДЖЕНОЇ ВАДИ СЕРЦЯ – ТРИПЕРЕДСЕРДНЕ СЕРЦЕ

Ткаченко К.А.

Сумська міська дитяча клінічна лікарня

Олена Б. (13 років) до 1998 року по 2-3 рази на рік хворіла на гострі респіраторні інфекції, гострий бронхіт. 27.01.98 р. вперше з'явилася скарга на біль в ділянці серця при фізичному навантаженні. При огляді дільничним педіатром був виявлений короткий систолічний шум на верхівці серця функціонального характеру, межі серця не розширені. Рекомендована консультація кардіолога.

При обстеженні серце не розширене, тони ясні, ритмічні, короткий систолічний шум по лівому краю груднини, за межі серця не проводиться, підсилюється після фізичного навантаження і в вертикальному положенні. Пульс 80 за хвилину, АТ 110/50 мм рт. ст.

З підозрою на гострий бактеріальний кардит, вроджену ваду серця, пролапс мітрального клапану (ПМК) дівчинка направлена на обстеження і лікування в стаціонар Сумської міської

дитячої клінічної лікарні. Протягом вересня-місяця чотири рази перехворіла на гостру респіраторну інфекцію.

7.10.99 р. хвора знову звернулася до кардіолога з тими ж скаргами, що і раніше – об'єктивний статус без змін. Як з'ясувалось, 20.05.99 р. на обстеженні і лікуванні в стаціонарі дівчинка не була.

Але на ЕХО-кардіограмі вроджена вада серця – трипередсердне серце, ПМК I ступеню. В Київському науково-дослідницькому інституті серцево-судинної хірургії діагноз підтвердився. Запропоновано оперативне лікування.

Особливістю даного випадку є рідкісний вид вродженої вади серця з безсимптомним перебігом протягом тривалого часу.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЛИМФОБЛАСТНЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Никитенко Л.К. врач-гематолог СОДКБ

В последние годы значительно увеличилось количество детей со злокачественными заболеваниями крови. Значительный удельный вес в структуре данной патологии занимают острые лимфобластные лейкозы. Лечение онкогематологических заболеваний и, в частности, острого лимфобластного лейкоза представляет довольно сложную задачу. Применяемые ранее методы оказывались не всегда эффективными, отмечался высокий уровень рецидивов, летальности. Исследования последних лет в данной области позволили разработать четкие лечебные концепции. Наиболее эффективной в отношении лечения острого лимфобластного лейкоза у детей явилась терапевтическая концепция германской кооперативной группы BFM. Внедрение данной концепции значительно улучшило прогноз заболевания.

Нами, в отделении нефрогематологии на базе Сумской областной детской клинической больницы, проведено лечение 50

детей в возрасте от 3 до 15 лет с острым лимфобластным лейкозом по терапевтической схеме протокола BFM-ALL-95.

Все дети были разделены на три группы: группа высокого риска, группа среднего риска, группа наименьшего риска. Разделение на группы проводилось с учетом количества зрелых лейкоцитов и бластных клеток в периферической крови, возраста ребенка на момент установления диагноза. В зависимости от группы лечение проводилось различными вариантами протокола BFM-ALL-95 (1, 1a, M, 2), а затем поддерживающая терапия. Об эффективности лечения судили по анализам костномозговой пункции на 33 день лечения по протоколу I.

Результаты лечения детей с острыми лимфобластными лейкозами по данной терапевтической схеме протокола BFM-ALL-95 - из всех пролеченных детей только 1 ребенок умер и у 3 отмечались явления раннего рецидива болезни, что подтверждает высокую эффективность данной схемы.

Секція профілактичних дисциплін

82. JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR GESCHICHTE DER MEDIZIN, NATURWISSENSCHAFT UND TECHNIK E. V.

К. К. Васильев

Кафедра социальной медицины

24 – 27 сентября 1999 г. в Лейпциге состоялось 82 ежегодное собрание Немецкого общества историков медицины, естествознания и техники (DGGMNT). Общество организовано в 1901 г. В ГДР одновременно функционировало Общество историков медицины - Gesellschaft für Geschichte der Medizin in der DDR (GGM), образованное в 1969 г. История GGM берет начало с

1956 г., когда в ГДР сoрганизовался кружок истoриков медицины (Arbeitsgemeinschaft der Medizinhistoriker). С 1966 по 1990 г. было проведено 17 собраний истoриков медицины ГДР. В 1990 г. GGM самораспустилось и бывшие члены его по рекомендации 2-х членoв DGGMNT вступали в последнее.

Итак, 24 сентября было проведено административное заседание DGGMNT. Запланировано в 2000 г. созвать очередное ежегодное собрание в Дюссельдорфе, а в 2001 г. в Гамбурге. Последнее будет юбилейное – DGGMNT исполняется 100 лет. 25 сентября после пленарного заседания были секционные. 26 сентября пленарное заседание было посвящено Karl Sudhoff – организатору Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften Лейпцигского университета, а затем секционные. И, наконец, 27 сентября были проведены три симпозиума (workshop). Один из них был посвящен русско-немецким связям в области медицины и фармации в 18 и 19 столетиях. Организовала этот workshop доцент I. Kaestner. Различные аспекты взаимодействия научных сообществ Германии и России были освещены в докладах проф. L. Pickenhain (Leipzig), М. А. Акименко и проф. А. М. Шерешевского (Петербург), проф. К. К. Васильева (Сумы), R. Pfreffer (Leipzig), д.м.н. В. С. Соболева (Петербург), проф. D. v. Engelhardt (Lübeck), J. Salaks (Рига), О. В. Иодко (Петербург), доц. I. Kaestner (Leipzig) и др. Всего было заслушано 13 сообщений.

Участие в работе 82 ежегодного собрания DGGMNT позволило ещё раз убедиться в правильности слов Р. Вирхова, сказанных им 17 октября 1881 г. в Одессе, где он был проездом с археологического съезда в Тифлисе: “У нас нет ни немецкой, ни французской, ни русской науки: у нас одна наука, соединяющая нас в одну семью”, а также в том, что наука как система может функционировать только при наличии хорошо развитых как формальных, так и неформальных научных коммуникаций.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНОГО СТУПЕНЮ ВАЖКОСТІ

Павліш І.В., Зюзін В.О.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Захворювання пародонта займають провідне місце в структурі стоматологічних захворювань і відносяться до найбільш актуальних проблем стоматології (Бельчіков Е.В., 1985, Карімов Е.Е., 1990, Петраш Н.В. 1986). Це пов'язано як з масовою розповсюдженістю захворювань серед населення, так і важкими наслідками пародонтиту, які призводять до ушкодження зубощелепної системи (Ковальов Є.В., 1989, Пахомова В.А., 1992, Петраш Н.В., 1986, Федоров Ю.А. зі співавт., 1987) і супроводжуються змінами в імунному статусі хворого (Бельчіков Е.В., 1985, Варава Г.Н. зі співавт., 1989). Імунопатологія при пародонтиті має велике значення у запально-деструктивному процесі (Варава Г.Н. зі співавт., 1989, Ковальов Є.В., 1989). Ці процеси проходять на фронті зростаючого забруднення довкілля побічними продуктами промисловості, що призводить до зниження реактивності організму (Фролов В. М., Зюзін В.О., Пшеничний І.Я. 1991).

Як показали отримані матеріали, існують клініко-імунологічні особливості протікання захворювання, пов'язані з характером і вираженістю запального процесу. Для клінічної оцінки тканини пародонта була використана система об'єктивних клінічних індексів і функціональних проб. Всі обстежені в залежності від пародонтального статусу були розділені на групи у відповідності з систематикою захворювань пародонта М.Ф.Данилевського.

Аналіз результатів імунологічних досліджень дозволив встановити відповідність середньостатистичних величин більшості імунологічних параметрів крові у осіб з інтактним пародонтом з показниками загальноприйнятої норми. У осіб групи

ризикі і хворих з загостреними гінгівіту і генералізованого пародонтиту виявлені відхилення ряду імунологічних показників від рівня норми. Так у осіб групи ризику відмічалось підвищення вмісту Т-лімфоцитів, в основному за рахунок теофілінрезистентних форм - хелперів $56,0 \pm 1,5\%$ при $49,6 \pm 0,69\%$ у контролі. У хворих на гінгівіт змінювалась в основному нейтрофільна ланка. Число лейкоцитів і лімфоцитів периферичної крові у цих хворих було підвищено. У хворих на пародонтит відмічено, поряд зі збільшенням числа лейкоцитів і лімфоцитів, зниження відносного вмісту Т-лімфоцитів $49,1 \pm 0,65\%$ при $55,4 \pm 0,7\%$ в контролі. У цих хворих мало місце також підвищення числа В-лімфоцитів до $18,5 \pm 0,7\%$ при $12,6 \pm 0,5\%$ в контролі. Найбільш виражені зміни імунологічного статусу спостерігались у хворих на генералізований пародонтит при наявності пародонтальних абсцесів.

ВПЛИВ СУДИННИХ ПРЕПАРАТІВ НОВОГО ПОХОДЖЕННЯ ТАНАКАНА (РОКАНА) НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС.

Плужнікова Т.В.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Аварія на ЧАЕС є прикладом екстремальної ситуації, внаслідок якої спостерігались різні фізичні та психогенні дії у людей, які опинилися у небезпечних для життя умовах. До числа негативних наслідків аварії відноситься вплив іонізуючого випромінювання. Раніше встановлено, що у людей, котрі зазнали дії випромінювання, у віддалений період (після 5 років) реєструється порушення системи гемостазу, що в свою чергу призводить до порушення тонусу судинної стінки та дисциркуляторним порушенням головного мозку.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу препаратів «Танакана» і «Рокана» на клінічний перебіг дисциркуляторної енцефалопатії I ступеня у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС. Нами було обстежено 40 хворих з початковими порушеннями мозкового кровообігу у віці від 24 до 40 років, які постраждали від аварії на ЧАЕС. Усі хворі приймали Танакан (Рокан) разом з традиційним лікуванням протягом 10 днів у дозі 40 мг (1 таб) 3 рази на день після їжі. Контрольну групу склали 40 практично здорових людей. Як показали проведені дослідження, під впливом Танакана (Рокана) спостерігалось значне покращення клінічного перебігу дисциркуляторної енцефалопатії. У 80% хворих нормалізувався артеріальний тиск, зменшилась частота виявлення коркових порушень у 70%, підкоркові та стовбурові порушення зникли у 50% хворих. Внаслідок проведеного лікування у хворих знизився показник МДА еритроцитів ($p < 0,05$), активізувався внутрішньоклітинний фермент СОД ($p < 0,01$). Крім того, спостерігалось зростання концентрації церулоплазміну ($p < 0,02$). У сироватці крові знизився рівень холестерину ($p < 0,05$). Аналізуючи показники мікроциркуляторного та коагуляційного гемостазу спостерігались значні зміни: активація фібринолізу та зниження рівня фібриногену у крові ($p < 0,1$), на 50% знизилась частота виявлення паракоагуляційних тестів. Поруч з цим, значно покращилось клінічне становище мікроциркуляторного гемостазу – підвищилась кількість тромбоцитів ($p < 0,01$). Зменшилась частота виявлення носових та ясневих кровотеч.

Таким чином, препарати рослинного походження Танакан (Рокан), які поєднують здібності вазоактивної речовини та антиоксиданту, можуть рекомендуватись для клінічного застосування у лікуванні дисциркуляторної енцефалопатії у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС.

ДИНАМІКА ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Л.М.Романюк

Тернопільська державна медична академія

Проаналізовано динаміку інфекційної захворюваності мешканців Тернопільської області за останнє десятиліття. Виявлена тенденція до зниження рівня захворюваності у переважній більшості нозологічних форм. Зроблено порівняльний аналіз обласних показників з частотою найбільш розповсюджених інфекційних захворювань в Україні.

Рівень інфекційної захворюваності в області у 1997 році порівняно з 1985 має тенденцію до зниження у переважній більшості захворювань. Особливо виражена тенденція серед таких хвороб (на 100 тис. осіб): кір (32,7 і 65,3), кашлюк (2,0 і 15,9), паротит епідемічний (29,5 і 59,3), вірусний гепатит (140,5 і 240,4), грип (223,1 і 5968,8), сальмонельозні інфекції (6,4 і 17,6), бактеріальна дизентерія (7,5 і 120,5), гострі кишкові інфекції (68,4 і 210,5). Лише лептоспіроз та дифтерія мають тенденцію до росту (6,0 і 1,0) та (0,8 і 0,1) відповідно. Позитивно характеризує санітарно-протиепідемічний стан в області наявність вагомої різниці між частотою найбільш розповсюджених інфекційних захворювань в області і Україні. Проведений порівняльний аналіз яскраво про це свідчить. Зокрема, частота випадків дифтерії в області у 1994 р. становила 4,2 на 100 тис. осіб, в Україні – 5,8; ко-ру – 16,6 та 18,2; кашлюка – 1,7 та 6,2; гострого поліомієліту – 0 та 0,03; вірусного гепатиту – 231,0 та 331,7; сальмонельозних інфекцій – 7,8 та 34,2; бактеріальної дизентерії – 53,8 та 89,4 відповідно. Тільки рівень лептоспірозу (12,1 та 2,26), гострих кишкових інфекцій (135,7 та 112,6) і захворюваності правцем (0,6 та 0,15) був вищий в області. Особливо актуальною для Тернопільської області є проблема лептоспірозу. За останні роки в області відмічено значне зростання захворюваності леп-

тоспірозом, що, ймовірно, пов'язано з активізацією природних осередків.

СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІВ ЗОРУ

Н. В. Медведовська

Науковий керівник проф. О. М. Голяченко
Тернопільська державна медична академія

Вивчення впливу соціально-медичних аспектів на захворюваність органів зору проходило на матеріалі з м. Житомира та Житомирської області. Було обрано типові райони області та міста за найважливішими демографічними, соціально-економічними показниками і рівнем медичного забезпечення. Цими районами стали: Черняхівський, Олевський, Коростенський, Володар-Волинський Житомирської області та Корольовський і Богунський райони самого Житомира. Всього було взято 3347 осіб, на кожного заповнено спеціальну карту. Виявлені такі результати. Захворюваність людей із низьким рівнем матеріального забезпечення була в 1,69 рази вищою у порівнянні з високим рівнем забезпечення. Це характерно як для всієї людної, так і для основної вікової групи (60 років і старше), де зосередилось найбільше захворювань (відношення в цій віковій групі крайніх рівнів захворюваності дорівнює 1,98). Також вивчався вплив сімейного стану на захворюваність органів зору. Найвищий рівень захворюваності спостерігався у одиноких (вдівці, вдови, розлучені), за ними йшли одружені, і слідом, з невеликим відривом – неодружені. Така ж закономірність була в віковій групі 60 років і старше. Захворюваність одиноких була в 3,17 рази більша, ніж у одружених, і в 4,8 рази більша, ніж у неодружених осіб. Звертає на себе увагу той факт, що захворюваність у осіб, що проживають в цегляному будинку в 1,84 рази менше, ніж у тих, що проживають в інших будинках. У осіб, що

мають сире житло захворюваність органів зору у 1,57 рази вище, ніж у осіб, що мають сухе та світле житло. Серед запальних хвороб очей захворюваність осіб, що проживають в сирому приміщенні в 5,0 разів вища, ніж у осіб, що проживають в сухому житлі (у осіб похилого віку цей показник становить в 12,78 рази). Вищий рівень захворюваності спостерігається у осіб, що мають недостатній сон (в 1,75 рази більше, ніж у осіб, що мають достатній сон). Серед осіб, що зловживають алкоголем захворюваність хворобами очей найвища. Катаракта у таких осіб розвивається в 2,6 рази частіше, ніж у осіб, що не вживають алкоголь (у осіб похилого віку цей показник становить 2,9 рази). Захворювання сітківки незапального характеру зустрічаються в 2,4 рази частіше серед осіб, що зловживають алкоголем. Що стосується особливостей розвитку в період дитинства, то у хворих, які жили без батьків, часто хворіли та часто голодували в дитинстві захворюваність очей значно вища. Особливо ці фактори впливали на розвиток аномалій рефракції та катаракти. Крім того, особи, що фізично не розвинені частіше хворіють, ніж фізично розвинені (в 2,28 рази). В похилому віці це співвідношення складає – в 3 рази. Варто звернути увагу, що серед хворих з очною патологією досить часто зустрічаються супутні захворювання. В наших спостереженнях гіпертонічна хвороба зустрічається в 224,5 випадків на 1000 хворих з очною патологією, а цукровий діабет – в 23,1 на 1000 хворих з очною патологією.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОТИДІЇ ПОШИРЕННЯ ВІЛ/СНІДУ В ОБЛАСТІ

Н. А. Лисенко, Т. О. Трецька

Управління охорони здоров'я Сумської облдержадміністрації,
Сумський обласний центр профілактики ВІЛ-інфекції / СНІДУ

Україна сьогодні вважається епіцентром епідемії ВІЛ/СНІДУ в Східній Європі. 75-80% від загальної кількості ВІЛ-

інфікованих складають ВІЛ-інфіковані споживачі наркотиків. Швидко зростає кількість ВІЛ-інфікованих і в Сумській області, де за останні 2 роки їх було виявлено в 3 рази більше, ніж за попередні 10 років. На 1.03 2000 р. в області за даними серологічного моніторингу зареєстровано 159 випадків ВІЛ-інфекції, з них на території області в даний час знаходяться 119 осіб. Зареєстровано 11 хворих на СНІД, з яких 7 померло, в т.ч. 5 від СНІДу. 84% інфікованих – ін'єкційні наркомани. Саме ця група стала резервуаром інфекції в області, що потребує швидких та нестандартних дій для запобігання поширенню ВІЛ в суспільстві з цього середовища. З цією метою Сумський обласний центр профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу в жовтні 1999 р. прийняв участь в конкурсі проектів який проводив Міжнародний Фонд «Відродження» (Фонд Сороса), за результатами якого був включений з 2000 р. в Міжнародну програму зменшення шкоди від вживання наркотиків з відповідним фінансуванням з цього фонду. Здійснення заходів програми передбачає відкриття та постійне функціонування пунктів обміну шприців для ін'єкційних споживачів наркотиків. Саме в цих пунктах з'являється можливість виходу на важкодоступні групи наркоманів для проведення просвітницької роботи стосовно недопущення розвитку серед них епідемії СНІДу та хвороб, що передаються статевим шляхом з подальшим виходом інфекції в інші верстви населення, надання медичних, психологічних та соціальних видів допомоги цієї частині молоді, яка звичайно за цією допомогою не звертається. Такі програми діють вже в 9 регіонах України. Певний досвід роботи пункту обміну накопичений Шосткинським наркодиспансером.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВЫХ СЕЗОННЫХ ДЕТСКИХ ЯСЛЕЙ

И.В. Чернобров

Кафедра социальной медицины

В научно-медицинской литературе до сих пор имеют место противоречивые данные об организации первых сезонных детских яслей (яслей – приютов) и начальном этапе развития их сети. При этом отмечается, что впервые этот вопрос был поставлен Пермским губернским земством в 1896 г. (Веселовский Б.Б., 1909), хотя успеха они не имели. На Сумщине первые сезонные детские ясли были организованы значительно раньше. Видный земский деятель С.Н. Игумнов констатировал, что в Конотопском уезде врач В.В. Шеболдаев «хлопотал о них и наблюдал по личному влечению». Но В. В. Шеболдаев с 1885 г. работал уже старшим врачом и заведующим хирургическим отделением Черниговской губернской больницы. Следовательно, благодаря его огромному авторитету, первые детские ясли функционировали в начале 80-х годов XIX столетия, а самого Василия Валентиновича следует считать одним из инициаторов ясельного дела в Российской империи, последователем профессора Н. П. Гундобина, впервые открывшего детские ясли в сельской местности в 1881 г.

Плановая организация сезонных яслей-приютов в период массовых летних полевых работ на нынешней территории Сумской области стала осуществляться с 1898 – 1900 г. Однако вначале население, а также землевладельцы и многие гласные уездных земских собраний относились к яслям с недоверием, считая это дело бесполезным. Между тем уже после первого сезона работы отношение к ним коренным образом изменилось, и ясли постепенно завоевывали популярность. Уездные земские собрания и врачебные советы стали предусматривать ежегодное их открытие в соответствующих населенных пунктах, источники финансирования. В 1903 г. в Сумском, Лебединском и Ахтырском

уездах функционировали 39 яслей. Руководили яслями преимущественно учителя школ. Организационную помощь в работе оказывали священники, финансовую – многие землевладельцы. Непосредственными инициаторами открытия детских яслей были врачи, которые затем в течении всего оздоровительного периода осуществляли постоянный медицинский контроль. В ряде случаев при отсутствии врача эту работу выполняли ветеринарные врачи как члены врачебных советов. По тому времени такая сумма была значительной. Работа яслей начиналась с 5 часов утра, поэтому до завтрака детей укладывали спать. Оснащение яслей было довольно простым: деревянные столы и скамейки для приема пищи, а иногда просто доски, положенные на бревна. Для сна и дневного отдыха детей использовались обычные мешки, набитые соломой или сеном. Обращалось особое внимание на организацию и качество питания, соблюдение правил личной и общественной гигиены, проведение воспитательной работы. Официально считается, что в 1913 г. в России было 343 сезонных детских яслей в селах (Дружинина Л.В. // БМЭ. – 1986. – Т.28. – С. 534). Но здесь, видимо, сказались погрешности в статистическом учете. Только в отмеченных 3-х уездах Сумщины, относившихся к Харьковской губернии, функционировало в тот период 80 яслей, в том числе в Ахтырском уезде – 54.

Таким образом, ясли-приюты, у истоков которых стояли земские врачи, играли важную роль в укреплении здоровья детей и борьбе с детской смертностью, заложили фундамент в организации детских дошкольных учреждений.

НЕВРОГЕННЫЕ ОСТЕОАРТРОПАТИИ У ЖИТЕЛЕЙ КРЫМА В ЭПОХУ СРЕДНЕВЕКОВЬЯ

Д. Ю. Понамарев

Крымское республиканское бюро судебно-экспертизы

Патологические процессы и травма ЦНС, преимущественно спинного мозга, сопровождаются нейродистрофическими изменениями в костях, суставах и мягких тканях. Палеогеография полиомиелита в мировой литературе по палеопатологии представлена очень широко – от Древнего Египта (3700 г. до н.э.) до Гренландии (XI в. н. э.), а описание сирингомиелии на палеоматериале нам не встретилось. Изучая скелеты жителей средневековья городища Мангуп (авторы раскопок А. Г. Герцен и Н. И. Бармина), нам встретились кости с изменениями, характерными для полиомиелита и сирингомиелии.

На некрополе Базилики Мангупа обнаружено погребение мужчины 35-40 лет, на костях тазового пояса и нижних конечностей которого были выявлены признаки паралитической спинальной формы полиомиелита в фазе остаточных явлений. Локализация патологических изменений (концентрическая атрофия костей нижних конечностей, более выраженная с правой стороны) свидетельствует о поражении спинного мозга на уровне поясничных сегментов, которое сопровождалось параличами и порезами мышечных групп тазового пояса, бедер, голеней и стоп. Массивность костей плечевого пояса и верхних конечностей указывает на то, что, вероятнее всего, больной использовал специальные приспособления для передвижения, например, костыли.

Сирингомиелическая остеоартропатия локтевого сустава обнаружена у мужчины, похороненного на караимском кладбище Мангупа. Именно эта локализация патологического процесса является наиболее частой. Нижний эпифиз плечевой кости подвергся полной деструкции с формированием новой суставной впадины.

ны причудливой формы на уровне метадиафиза-остеолитическая форма сирингомиелии.

Таким образом, палеогеографическую карту распространения заболеваний ЦНС удалось дополнить еще одной точкой-средневековым княжеством Феодоро.

АНАТОМ ПРОФЕССОР А. Г. ЗОММЕР (1858-1939)

С. В. Павлычева

Научный руководитель проф. К. К. Васильев

Кафедра социальной медицины

В советский период незаслужено была забыта деятельность Альфреда Генриховича Зоммера (Alfred Sommer), на протяжении восьми лет возглавлявшего кафедру нормальной анатомии Императорского Харьковского университета (1909-1917). Данное сообщение является первой попыткой осветить его жизнь и деятельность.

А. Г. Зоммер родился в 1858 г. в г. Меммеле Прусского королевства (ныне г. Клайпеда, Литва). В 1878-1882 г.г. он получал высшее медицинское образование в Дерптском университете (ныне Тартуский университет, Эстония), где одновременно с 1880 г. работал сначала помощником ассистента, а затем ассистентом кафедры физиологии. Под руководством проф. А.А. Шмидта (1831-1894) он подготовил и в 1883 г. защитил диссертацию на степень доктора медицины, посвященную исследованию эритроцитов («Zur Methodik der quantitativen Blutanalyse»). В 1903 г. он назначен ассистентом кафедры анатомии в Бреславле (ныне Вроцлав, Польша), с 1904 г. по 1909 г. работал прозектором и приват-доцентом анатомии, гистологии и эмбриологии в Бюрцбурге. В 1909 г. Альфред Генрихович был назначен профессором кафедры анатомии при Харьковском университете. В Харькове профессор Зоммер издал указания к практическим занятиям по

анатомии, занимался изучением антропологии осетин и кабардинцев. Тогда же он совершил командировки в Германию и Австро-Венгрию для изучения постановки анатомических и антропологических музеев. Учеником профессора Зоммера в Харькове был А.Н. Натипвили (Натиев; 1878-1959), защитивший в 1917 г. докторскую диссертацию на тему «К морфологии саесит и солон детей 1-го года жизни» и впоследствии ставший основоположником морфологии в Грузии, организатором и заведующим по день своей смерти кафедры анатомии Тбилисского медицинского института. Гражданская война на Украине заставила профессора Зоммера уехать в Ригу, где в 1919 г. он пытался организовать чтение лекций по анатомии для студентов, выбывших из различных вузов и оказавшихся в Латвии. В 1919-1928 г.г. он возглавлял кафедру анатомии в Тартуском университете. А.Г. Зоммер скончался в 1939 г. в Данциге (ныне Гданьск, Польша).

К ИСТОРИИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ НА МЕДИЦИНСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ ИМПЕРАТОРСКОГО ХАРЬКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

С. В. Ревенко

Научный руководитель – проф. К. К. Васильев

Кафедра социальной медицины

В истории преподавания кожных и венерических болезней в Императорском Харьковском университете (ИХУ; 1805 - 1917 гг.) можно выделить два периода. Первый – до создания кафедры кожных и венерических болезней, то есть до 1885 г., и второй – с 1885 г. В первый период преподавание было теоретическое, студентам демонстрировались атласы, восковые муляжи болезней кожи, а также случайно попавшие в терапевтические клиники больные с сыпями. Университетский устав 1884 г. предусматривал создание кафедры «систематического и клинического учения

о **накожных и сифилитических болезнях**». В следующем году первым профессором по дерматовенерологии в ИХУ становится Александр Яковлевич Бруев (1831 - 1899). Он был воспитанником Петербургской медико-хирургической академии (с 1881 г. Петербургская военно-медицинская академия; ПВМА), которую окончил в 1861 г. Там же в 1864 г. защитил диссертацию на степень доктора медицины и с 1872 г. состоял приват-доцентом по дерматологии. Проф. А. Я. Бруев возглавлял кафедру по 1897 г. Им был создан кабинет дерматологии и сифилиса как учебно-вспомогательное учреждение, организован амбулаторный прием больных, со стационарными больными студенты имели возможность знакомиться в отделении кожных и венерических болезней Харьковского военного госпиталя. В 1897 - 1911 гг. кафедрой заведовал проф. Иван Федорович Зеленев (1860 - 1918). Он так же был питомцем ПВМА, которую окончил в 1886 г. Ещё будучи студентом начал научные занятия в клинике кожных болезней у проф. А. Г. Полотебнова (1838 - 1907). Докторскую диссертацию - «К вопросу о сифилитической и ртутной хлоранемии» - выполнил в Киевском университете у проф. М. И. Стуковенкова (1842 - 1897), защитив её в 1892 г. И. Ф. Зеленев, состоя профессором в Харьковском университете, основал в 1900 г. «Харьковское дерматологическое общество», ставшее третьим в Российской империи и первым на Украине. С 1901 г. он редактор-издатель первого в Российском государстве специализированного журнала - «Русский журнал кожных и венерических болезней». Его научные работы посвящены широкому кругу проблем кожных и венерических болезней. (В 1911 г. временно лекции читал В. И. Зарубин). В 1911 - 1917 гг. кафедрой в ИХУ заведовал Иван Михайлович Тиммель (1871 - ?). В 1895 г. он окончил Казанский университет, там же в 1900 г. защитил докторскую диссертацию и с 1902 г. состоял приват-доцентом, читая курс гистологии кожи. Он занимался изучением волчанки. Таким образом, создание кафедры «систематического и клинического учения о **накожных и сифилитических болезнях**», явившееся важным этапом институ-

ционализации дерматологовенерологии, способствовало клиническому и более углубленному преподаванию кожных и венерических болезней, а также интенсификации научных исследований в этой области. Открытие кафедры стимулировало процесс дальнейшего институционального оформления дисциплины — организации специализированных журнала и общества.

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЕМЬИ ХАРИТОНЕНКО В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ

Л. Н. Евдокимчик

Дом-музей А. П. Чехова в Сумах

Среди имен, составляющих гордость и славу нашего Отечества, почетное место по праву занимает семья Харитоненко — известные сахарозаводчики, меценаты, общественные деятели, коллекционеры. В словаре Брокгауза и Эфрона основатель династии Иван Герасимович значится как благотворитель. Сын крестьянина с Нижняя Сыроватка Сумского уезда, он стал одним из самых богатых людей России. Всему, чего И. Г. Харитоненко достиг в жизни, он обязан прежде всего самому себе, своему уму, трудолюбию, моральной стойкости, огромной энергии. Здесь уместно вспомнить, из какой среды вышло большинство промышленников-благотворителей. Прежде всего это крестьянские, мещанские, купеческие семьи, семьи православные. Тысячелетиями российский народ с малых лет воспитывался на нравственных принципах православной веры, христианских заповедях, где центральное место занимали вопросы милосердия, человеколюбия, доброты. Россия училась и воспитывалась по заповедям Евангелия: остановить ненависть любовью, пресечь насилие молитвой, выразить доверие к врожденной доброте человека.

Однако вернемся к семье Харитоненко и остановимся на фактах, приведя только некоторые из них. И. Г. Харитоненко делал много пожертвований: на детский приют, духовное и реаль-

ное училища в Сумах, на общежитие для студентов Харьковского университета и строительство церкви в родном селе Н. Сыроватка, выделил средства на расширение окружного суда, строительство крытого рынка в Сумах, постоянно жертвовал на духовные училища и благотворительные учреждения. Следует также отметить пожертвования осиротелым семьям людей, которые служили в поместьях Харитоненко, бесплатную медицинскую помощь беднякам Сум.

Достоинным преемником своего отца был Павел Иванович Харитоненко, не только продолживший, но и преумноживший его добрые дела. Детская больница Св. Зинаиды была сооружена на средства коммерции советника П. И. Харитоненко в память о его покойной дочери. К концу века в Сумах с 35-и тыс. населением имелась всего одна земская больница на 50 кроватей, обязанная принимать как всех заболевших горожан, так и всех жителей Сумского уезда (а очень часто и приезжих) и потому всегда до крайности переполненная. Устройство специальной детской больницы при подобных условиях явилось, следовательно, не только желанным, но и крайне необходимым. Построена она была по последнему слову науки и техники того времени.

К ВОПРОСУ О ДЕОНТОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ

П. И. Нечипоренко

Среди населения особо большой страх перед злокачественными опухолями. В результате больные, с которыми приходится иметь дело врачу, часто принадлежат к числу лиц с травмированной психикой и здесь необходимо быть особо тактичным, ибо даже незначительное нарушение этики как со стороны медицинских работников, так и родственников ухудшают состояние онкологического больного. Это было в одной из больниц в сельской местности во время перерегистрации больных. На про-

тяженні длительного времени в больнице работал фельдшер А. В последние годы по причине неоплазмы он состоял на соответствующем учете и про это было известно представителю онкопункта, хотя она не знала его лично. Во время тщательной проверки списка больных, дойдя до его фамилии она на мгновение остановилась и с удивлением спросила в присутствии фельдшера А.: «А что, разве он ещё жив?». Другой случай на участке, случай нарушения этических норм женой онкологического больного Г. На вопрос врача: «Какие жалобы и как себя чувствуете?», сразу же ответила его супруга: «А как же он может себя чувствовать, если у него рак поджелудочной железы?». Больной свой взгляд и внимание сосредоточил в одной точке, не ответив ни одного слова. Последнее время обсуждается вопрос о том, что онкологическому больному нужно сообщать его диагноз. Основываясь на своем многолетнем врачебном опыте считаю, что диагноз должен составлять врачебную тайну.

ДИСТРОФІЯ МІОКАРДУ У СПОРТСМЕНІВ

О. Т. Зозуля, Б. І. Щербак

Курс реабілітації та спортивної медицини

Кафедра соціальної медицини та охорони здоров'я,

Сумський обласний лікарсько-фізкультурний диспансер

Дистрофія міокарду при фізичному перенапруженні у спортсменів має поки-що порівняно невелику історію. Перше повідомлення про патологічне спортивне серце було зроблене Г. Ф. Лангом у 1936 р., який вважає, що надмірні м'язові навантаження іноді супроводжуються зміною хімізму міокардіальних клітин з розвитком серцевої недостатності. До патологічного спортивного серця відносять ті захворювання серцево-судинної системи, які виникають у здорових людей під впливом нерациональних занять і, в першу чергу, надмірних фізичних наван-

тажень в різних видах спорту. Провідне місце серед серцево-судинних захворювань у спортсменів займає дистрофія міокарду, викликана порушенням процесу метаболізму внаслідок гострого або хронічного перенапруження. За даними Сумського обласного лікарсько-фізкультурного диспансеру кількість спортсменів із дистрофією міокарду виросла з 0,05% у 1985 р. до 4,2% у 1999 р. Це пояснюється різними причинами: такими, як збільшення на 5-10% інтенсивності та об'ємів тренувальних навантажень та ігноруванням окремими тренерами та спортсменами лікарського контролю. Як встановлено нами, в останні роки почастишали випадки гострого фізичного перенапруження серед спортсменів високого класу при проведенні спортивних заходів (в основному на стаерських дистанціях) по біатлону, лижних гонках, легкій атлетичі. Як правило, у цих спортсменів в анамнезі були зазначені вогнища хронічної інфекції, а напередодні змагань вони проводили форсовані тренування.

Таким чином, гостре фізичне перенапруження частіше призводить до розвитку дистрофії міокарду у спортсменів високого класу при наявності у них вогнищ хронічної інфекції, коли тренувальні або змагальні навантаження перевищують функціональні можливості їх організму.

НЕОБХІДНІСТЬ МОДИФІКАЦІІ ВЕЛИЧИНИ ПОДВІЙНОГО МНОЖЕННЯ РОБІНСОНА-ГОЛМБЕРГА

В. М. Хайчин, Б. І. Щербак

Курс реабілітації та спортивної медицини

**Кафедра соціальної медицини та охорони здоров'я,
Сумський обласний лікарсько-фізкультурний диспансер**

Подвійне множення (ЧСС • АДсistol/100) – індекс Робінсона-Голмберга, характеризує систолічну роботу серця і, як вважає Г. Л. Апанасенко, є показником функціональної спро-

можності серцевого м'язу. У зв'язку з цим названий індекс застосовується для експрес-оцінки рівня функціонального стану організму. Висока фізична працездатність (аеробна) – надійне свідчення ефективності коронарного кровообігу. Чим нижче подвійне множення у людини, що знаходиться в стані спокою, тим вище його аеробні можливості, а отже вище і рівень його соматичного здоров'я. Розвитку захворювання неодмінно передують зниження аеробного енергетичного потенціалу організму людини, що і повинно врахуватися як діагностична ознака. Однак запропонований індекс, на нашу думку, є недостатнім. У нього не враховуються такі важливі параметри гемодинаміки як АД діастолічне й АД пульсове, що не виключає діагностичних помилок в оцінці рівня здоров'я (завищені або занижені показники). Щоб усунути цей недолік і зробити більш точку диференційну діагностику рівня здоров'я тестуємих, нами запропонована модифікація індексу Робінсона-Голмберга (МІРГ) по наступній видозміненій формулі:

$$\text{МІРГ} = 0,01 \times \text{ЧСС} \times \text{АДс} + 0,5 \times \text{АДд} - \text{АДп}$$

Але, маючи на увазі, що $\text{АДп} = \text{АДс} - \text{АДд}$ для зручності розрахунків вказану формулу можна видозмінити:

$$\text{МІРГ} = 0,01 \times \text{ЧСС} \times \text{АДс} + 1,5 \times \text{АДд} \times \text{АДс}$$

Що, саме по собі, є ознакою патології і вимагає подальшої лікарської діагностики.

ПЯТЬ ЛЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДРЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ, ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ

М. П. Старкив

Кафедра социальной медицины

Кафедра была образована в соответствии с приказом ректора СумГУ от 24 декабря 1994 г. Организатором кафедры и её заведующим является д. м. н., проф. Константин Константинович

Васильев. С 1995 г. курс (секцию) общей гигиены кафедры возглавляет д. м. н., проф. Анатолий Григорьевич Дьяченко. На базе поликлиники медико-санитарной части завода им. Фрунзе преподаются социальная медицина и организация здравоохранения, экономика здравоохранения, история медицины. В городской санитарно-эпидемиологической станции – общая гигиена. Кафедра имеет 6 учебных комнат, 1 лекционный зал, кабинеты заведующего кафедрой и курсом общей гигиены, 2 преподавательские и другие помещения общей площадью 570,29 кв. метров.

На кафедре ведется большая методическая работа, издано 9 методических указаний. Сотрудники кафедры постоянно участвуют в международных научно-методических конференциях, организуемых СумГУ (2-я в 1995 г., 3-я в 1997 г., 4-я в 1999 г.).

Научным направлением кафедры является тема медицинского факультета - влияние неблагоприятных экологических факторов на здоровье взрослого и детского населения Сумщины. Так, научные интересы сотрудников курса общей гигиены во главе с проф. А. Г. Дьяченко концентрируются вокруг изучения влияния факторов внешней среды на иммунный статус и характер иммунологических реакций организма. На кафедре также научно разрабатываются проблемы истории отечественной медицины 19 – 20 столетий. Работы проф. К. К. Васильева открывают новые направления историко-медицинских исследований: а) изучение географии центров развития отечественной медицинской науки, б) изучение истории украинского и русского медицинского зарубежья (1920 – 1930 – е годы). Осуществляется научное сотрудничество с Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften Лейпцигского университета и с Institut für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte Медицинского университета в Любике. Проф. К. К. Васильев является членом редакционной коллегии журнала «Сумска старовина» и «Енциклопедія Сумщини», в 1997 – 1999 акад. годах получал Соровский грант. При кафедре функционирует студенческий научный кружок. Результаты научной деятельности кафедры представлялись на ряде научных

форумах: Международном конгрессе по интегративной антропологии (Тернополь, 1995); 18-ой (Рига, 1996) и 19-ой (Вильнюс – Каунас, 1999) Балтийских конференциях по истории науки, 35-ой (Кос, 1996) и 36-ой (Тунис, 1998) Международных конгрессах по истории медицины, 1 Съезде конфедерации историков медицины (Москва, 1998) и др. В рамках ежегодных итоговых научных конференций медицинского факультета СумГУ кафедра проводит секцию профилактической медицины (руководитель – проф. К. К. Васильев). В 1994 – 1999 гг. сотрудниками кафедры опубликовано более 100 научных сообщений, в том числе 24 статьи в журналах.

Кафедра тесно сотрудничала с практическим здравоохранением, что выразилось, в частности, в привлечении к преподаванию опытных организаторов здравоохранения: Светланы Георгиевны Сницарь, Ларисы Филипповны Сылкиной, к.м.н. Тамары Александровны Трещкой и др. Осуществляется сотрудничество и с Домом-музеем А. П. Чехова (Л. Н. Евдокимчик).

Секція теоретичної та експериментальної медицини

МАСС-СПЕКТРОМЕТРИЯ В МОДЕЛИРОВАНИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И БИОМОЛЕКУЛ-«МИШЕНЕЙ»

Гребеник Л.И., Чиванов В.Д.
Кафедра биохимии и фармакологии

Эффективность поиска и изучения новых лекарственных препаратов во многом определяется развитием методических подходов, основанных на применении современных физико-химических методов исследования. Одним из высокочувствительных, вы-

сокоспецифичных и высокоинформативных методов, который нашел достаточно широкое применение в этой области, является времяпролетная плазменно-десорбционная масс-спектрометрия с ионизацией осколками деления ^{252}Cf (TOF-PDMS).

В настоящей работе представлены результаты изучения возможности применения времяпролетной плазменно-десорбционной масс-спектрометрии с ионизацией осколками деления ^{252}Cf (TOF-PDMS) для моделирования взаимодействия лекарственных препаратов с биомолекулами-«мишенями». Исследовано несколько реакционных *in vitro*-систем, содержащих молекулы противоопухолевых препаратов и структурных компонентов нуклеиновых кислот - азотистых оснований, нуклеозидов и нуклеотидов. В реакционной смеси тиюТЭФ и dGMP обнаружено образование нековалентно связанных комплексов типа [тиоТЭФ + (dGMP)_n], где n = 1 - 6. TOF-PDMS-анализ системы «проспидин-dGMP» позволил впервые идентифицировать минорный аддукт, образовавшийся в результате ковалентного взаимодействия фрагмента молекулы препарата и dGMP. Методом TOF-PDMS показано отличие во взаимодействии стереохимических изомеров доксорубицина и фарморубицина с азотистыми основаниями и нуклеозидами.

Таким образом, метод TOF-PDMS может найти успешное применение в целом ряде исследований, связанных с поиском и изучением новых противоопухолевых препаратов.

ВПЛИВ МІКРОБІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ВІТАТОНУ І ВІТАДЕПСУ НА АКТИВНІСТЬ КАТАЛАЗИ СИРОВАТКИ КРОВІ КУРЧАТ

Прімова Л.О.

СумДУ, кафедра біохімії і фармакології

Антиоксидантна система організму складається з двох основних механізмів – неферментативного і ферментативного, представленого ферментами-антиоксидантами, один з них - ката-

лаза. Каротин є компонентом неферментативної антиоксидантної системи. Антиоксидантні властивості його переважають такі токоферолу, глутатіону.

Одним з джерел каротину для організму людини і тварин є каротиновмісні препарати вітатон і вітадепс, виготовлені на основі біомаси мікроскопічного гриба *Blakeslea trispora*. В дослідках на 3-х групах курчат (I-контроль) нами було вивчено вплив біотехнологічних препаратів вітатону (II гр.) і вітадепсу (III гр.) на активність каталази сироватки крові і залежність активності даного ензиму від каротинного статусу організму. Отримані результати показали, що активність каталази у сироватці крові дослідної птиці на 16,7 і 31,5 % нижче, ніж у контролі. Саму низьку активність ензиму відмічено у курчат на раціонах з вітадепсом – на 17,7 % нижче, ніж у II групі. Зниження активності каталази у сироватці крові курчат дослідних груп корелює з більш високим вмістом у тканинах каротину, який запобігає утворенню вільних радикалів. Каротинний статус організму оцінюють за вмістом його у печінці. Концентрація провітаміну А у гепатоцитах курчат дослідних груп у 1,5 та 5,5 рази вище, ніж у контролі. Найбільш високій концентрації каротину (III група) відповідає найменша активність каталази.

Таким чином, біотехнологічні препарати вітатон і вітадепс підвищують каротинний статус організму птиці і тим самим запобігають утворенню в ньому вільних радикалів, про що свідчить зниження активності каталази. Слід відмітити, що більш інтенсивну стимулюючу дію на захисні механізми організму, які запобігають утворенню активного кисню, виявив вітадепс.

КОМБИНИРОВАННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНГАЛЯЦИОННОМ СТАТИЧЕСКОМ ОТРАВЛЕНИИ ЭПИХЛОРИДРИНОМ

Высоцкий И.Ю., Высоцкая О.И.

Кафедра биохимии и фармакологии

Кафедра терапии Киевского медицинского института

Исследования по изучению эффективности фармакотерапии при токсическом поражении печени эпихлоридрином (ЭХГ) проводились на 150 белых крысах-самцах линии Wistar массой 190-230 г. Экспериментальной моделью токсического поражения печени служил патологический процесс, развивающийся у животных после однократной 30-минутной статической ингаляционной заправки ЭХГ в концентрации, составляющей $1/3$ ЛК₅₀.

Кверцетин (40 мг/кг, внутривенно), ацетицистеин (200 мг/кг, внутривенно) и витамин Е (30 мг/кг, подкожно), применяемые при данной патологии с лечебно-профилактической целью, раздельно оказывают недостаточный гепатопротекторный эффект. Наиболее эффективными антидотно-лечебными комбинациями являются витамин Е с ацетицистеином, кверцетин с ацетицистеином и, особенно, ацетицистеин с кверцетином и витамином Е. По антиокислительным свойствам на модели поражения печени ЭХГ коринфар (10 мг/кг, внутривенно) превосходит кверцетин и витамин Е. К отрицательным сторонам его фармакодинамики следует отнести установленную нами способность усиливать начальные явления холестаза, возникающие под влиянием ЭХГ. Применение коринфара совместно с кверцетином или ацетицистеином и витамином Е ухудшает антидотно-лечебные свойства последних. В механизме гепатопротекторного действия кверцетина, наряду с антиоксидантным и тиолозащитным эффектом имеет место и антилипоксигеназная активность.

ДИНАМІКА МОРФОГІЧНИХ ЗМІН ГЕМОМІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА (ГМЦР) ШКІРИ ПРИ ФОРМУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК

Мелеховець О.К.
Кафедра терапії

Питання про патогенез трофічних виразок нижніх кінцівок широко висвітлюється у вітчизняній та зарубіжній літературі. Перш за все, клініцистів цікавить динаміка змін ГМЦР в той чи інший період хвороби. Виразне уявлення про стан тканин по мірі розвитку патологічного процесу можливе при вивченні прижиттєвих змін судинної стінки і порушень мікроциркуляції крові за допомогою клініко-морфологічних методів досліджень. Метою даної роботи є визначення характеру морфологічних змін стінки судин ГМЦР та виявлення найбільш вразливої ланки ГМЦР шкіри і підшкірної клітковини при формуванні трофічних виразок нижніх кінцівок. Робота виконана на базі ДХС 4-ої міської лікарні. Згідно задачам дослідження у 32 хворих на трофічні виразки, що виникли на фоні різних захворювань, була проведена біопсія ділянок шкіри, що прилягають до країв виразок. Матеріал вивчався за допомогою методу трансмісійної електронної мікроскопії на Сумському об'єднанні електронних мікроскопів "Selmi". Отримані результати ультраструктурної мікроскопії шкіри свідчать про те, що в 76% випадків найменш стійкою до дії несприятливих факторів і найбільш швидко реагуючою частиною ГМЦР являється венолярна ланка. При цьому спостерігається утворення мікроварикозних розширень венул, посткапілярів і капілярів шкіри, утворення мікроагрегатів в їх просвіті. У 52% обстежених, що мали більшу глибину і розповсюдженість виразкового дефекту, спостерігалась також і значна перебудова артеріолярної ланки: гіпертрофія артеріол і прекапілярів, їх облітерація. У 60% хворих були виявлені достовірні зміни діаметру і кількості капілярів та зменшення показників фактору

121

форми ендотеліоцитів в порівнянні з інтактними ділянками шкіри, що свідчить про артеріовенулярне шунтування крові. Проведене дослідження ультраструктури мікросудин в біоптатах шкіри хворих на трофічні виразки нижніх кінцівок дозволило нам виявити стадійність змін судинної стінки різних ланцюгів ГМЦР та порівняти їх з клінічним перебігом.

Секція терапії

КОМПЛЕКСНАЯ КАФЕДРАЛЬНАЯ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ТЕМА (№ ГОСРЕГИСТРАЦИИ 0198V007720) – ЕЕ ЗАДАНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Бочаров В.А., Пантелюк О.В., Сулим А.Г.,
Мухасим Ваел Юсеф, Аллавных Муад, Мохамед Аль Сивети.

С 1998 года на кафедре терапии официально запланирована комплексная научно-исследовательская тема по изучению функционального состояния нейрогуморальных систем у больных хроническими дерматозами (группа атопических заболеваний, коллагенозов, себорея и её осложнения, псориатическая болезнь и др.).

Поиск научно-исследовательских и патентных источников информации позволил определить главные направления исследований:

- 1) изучение эйкозаноидов и вторых посредников;
- 2) исследование медиаторов иммунного воспаления (кинины, интерлейкины и др.);
- 3) исследования модуляторов (маркеров систем ноцицепции - субстанция Р и антиноцицепции - эндорфины и энкефалины);
- 4) изучение функции рецепторов соответствующих клеток, органов-, и тканей-мишеней;

5) разработка патогенетически обоснованных, новых, индивидуализированных методов лечения и профилактики (как "традиционных", так и "нетрадиционных").

Данное комплексное исследование получило официальное утверждение в УкрИНТЕИ (№ государственной регистрации 0198V007720) и признание Национальной Академии наук и Академии медицинских наук Украины.

Формами внедрения комплексной работы являются: публикации в ВАКовских журналах (7 статей), информационных писем МЗ Украины (1), доклады на съездах и конференциях (5), выполнение кандидатских диссертаций (защищена - 1, выполняется - 7).

Кроме "дерматологического" направления данной темы предусматриваются научно-исследовательские работы "эндокринологического", "иммунно-аллергического", "профпатологического" и иных направлений, что соответствует структуре кафедры терапии факультета и патогенетически обосновано, поскольку поражение внутренних органов, нейроэндокринной системы и изменения иммунологической реактивности играют существенную роль в развитии этой патологии.

ТЕОРИЯ ГЕНЕРАТОРОВ ПАТОЛОГИЧЕСКИ УСИЛЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ

Васько Н.А.

Анализ клинических и лабораторных данных свидетельствует о том, что зуд при хронических дерматозах является отдельной сенсорной единицей, который возникает как результат комплексных интегрирующих процессов в ЦНС и охватывает афферентные системы тактильной чувствительности и гипоталамические центры.

В основе патологических процессов, которые сопровождают хронические дерматозы, лежит формирование генератора патологически усиленного возбуждения в ЦНС, прежде всего — в таламусе и гипоталамусе, что в последующем приводит к развитию нейро-эндокринного синдрома. Это проявляется комплексным нарушением функционирования гипоталамо-гипофизарных систем, систем эйкозаноидов и вторичных посредников, эндогенных опиоидов.

Первичной патологической реакцией является выход в кожу медиаторов воспалительной реакции — субстанции P из афферентных нервных терминалей.

МЕДИАТОРЫ И МОДУЛЯТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ЗУДА ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Тарнопольская С.Н., Бочарова Е.А.

Атопический дерматит является одним из наиболее распространённых аллергических заболеваний кожи. В развитии клинических проявлений этого дерматоза важная роль принадлежит субстанции P, продуктам метаболизма арахидоновой кислоты, которые могут выполнять функции, как медиаторов, так и модуляторов воспаления и зуда. Циклические нуклеотиды и Ca^{++} выполняют роль посредников их действия в клетках-мишенях.

Эйкозаноиды, субстанция P, эндогенные опиоиды могут быть одновременно медиаторами и модуляторами как воспаления, так и зуда. При этом в механизмах их действия очень важное значение имеют вторичные посредники: цАМФ, цГМФ, Ca^{++} . Циклические нуклеотиды только относительно можно назвать медиаторами воспаления, поскольку они только опосредуют их действие, т.е., являются модуляторами, причём влияние цАМФ и цГМФ нередко противоположно направлено.

Эффект гормонов исчезает в безкальциевой среде, т.к. Ca^{++} способствует их транспорту в клетку, он же является основ-

ным компонентом для сократительной функции микрофиламентов.

В нейронах ЦНС эндорфины присутствуют в немодифицированном виде и могут выполнять роль нейромодулятора и нейромедиатора. Эндогенные опиоиды являются маркерами системы антиноцицепции, в то время как такой нейромедиатор, как субстанция P, принимает непосредственное участие в развитии боли и зуда (является маркером системы ноцицепции).

УРЕТРОСКОПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ УРЕТРИТОВ

Сухомлин А.А.

В последние годы венерологи, сексопатологи, урологи при лечении хронических уретритов и их осложнений используют в основном современные мощные антибактериальные средства. С нашей точки зрения - это ошибочная тактика, так как без точного топического диагноза невозможно полностью излечить пациента от выше упомянутых заболеваний.

Под наблюдением находилось 7 больных, мужчин в возрасте 20-25 лет, с так называемым постгонорейным хроническим уретритом. Все они отмечали жалобы дизурического характера (умеренные рези, связанные с актом мочеиспускания, незначительные белесоватые выделения из уретры), а также проявления сексуального дискомфорта (снижение либидо - у 2, преждевременная эякуляция - у 3, признаки импотенции - у 5).

Ранее проводившееся полноценное антибактериальное лечение не избавило их от выше перечисленных симптомов. Проведенная нами уретроскопия позволила выявить признаки лимфрита - у 3, морганьюта - 4.

Это диктует необходимость обязательного проведения "топического лечения" в системе комплексной терапии больных.

БИОРИТМОПРОФИЛАКТИКА В СИСТЕМЕ ДИСПАНСЕРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Гришин А.А., Шаповал В.В.

Наблюдаемые нами больные атопическим дерматитом находились под диспансерным наблюдением. Подход к профилактике атопического дерматита был комплексным. Особое внимание уделялось режиму дня и режиму питания, устранению патологических процессов в органах пищеварения, санации очагов фокальной инфекции, дегельминтизации, индивидуализации наружной терапии. Большое значение придавалось созданию благоприятного для пациентов психологического климата в семье, детских учреждениях, учебных заведениях, на местах работы.

При проведении профилактических прививок, назначении санаторно-курортного лечения детально учитывались аллергологический анамнез и результаты обследования больных.

Такие диспансерные мероприятия проводились всем больным, которые находились под нашим наблюдением. Кроме того, в основной группе больных, которым проводилась аурикулярная рефлексотерапия с учётом биоритмов в периоды, которые предшествовали сезонным обострениям процесса на коже, обязательно проводился дополнительный курс акупунктурного биоритмологического влияния на протяжении 12 - 14 дней по той же методике, которую они получали ранее во время лечения. Результаты лечения таких пациентов были значительно лучше, чем в сравнительных группах: с применением аурикулярной рефлексотерапии ежедневной или пролонгированной или традиционной медикаментозной терапии.

Применения биоритморелексопрофилактики обеспечивает отсутствие или уменьшение количества и степени тяжести рецидивов у 87,1% больных в группе больных, которым проводилась аурикулярная рефлексотерапия с учётом биоритмов.

РОЛЬ МИКРОБНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ КОЖИ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕРМОФИТИИ И ЭКЗЕМЫ

Бабий Б.И.

Под диспансерным наблюдением находилось 40 больных (мужчин - 25, женщин - 15; в возрасте - от 25 до 40 лет; с давностью заболевания - от 4 до 10 лет).

Хроническая рецидивирующая экзема была у 20 пациентов, эпидермофития - у 20.

Кроме клинико-эпидемиологических и общих лабораторных исследований у больных изучались:

- состояние гуморального иммунитета (по суммарной концентрации иммуноглобулинов классов G, A, M);
- состояние клеточного иммунитета (реакция бласттрансформации лимфоцитов с фитогемагглютинином - РБТЛ);
- реакция иммунного лейколиза со стафилококковым антигеном (РИЛ).

За норму принимались данные, которые получены при исследовании 20 здоровых лиц.

Больные были распределены на 2 группы:

1 (основная) - когда кроме клинических проявлений основного заболевания были признаки поражения кожи вторичной инфекцией.

2 (сравнительная) - с признаками только основного заболевания.

Получены следующие результаты обследований:

- снижение уровня IgM в сыворотке крови у больных 1-й группы и его повышением у больных 2-й группы;
- увеличение уровня IgG у больных 1-й группы;
- повышение уровня IgA у больных 1-й группы и его снижение у больных 2-й группы;
- РБТЛ с фитогемагглютинином была снижена у больных обеих групп;

- РИД со стафилококковым антигеном была повышена в обеих группах;

Таким образом, микробное загрязнение при поражении кожи способствует манифестации клинических проявлений экземы и эпидермофитии, повышает степень сенсибилизации и приводит к изменениям показателей гуморального и клеточного иммунитета при этих заболеваниях.

НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ВЕДЕНИЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Емец Т.Г., Мовчан Т.Н., Емец А.Н.

Заполнение документации в стационаре (истории болезни) и поликлинике (амбулаторная карта) имеет важное значение для постановки окончательного диагноза, составления индивидуального плана лечения и диспансерных мероприятий, проведения экспертной оценки. В то же время временные затраты врача на её заполнение весьма значительны, что иногда сказывается на качестве и её ведения и лечебно-профилактического процесса вообще.

Сотрудниками кафедры в её базовых лечебно-профилактических учреждениях разработаны и внедрены оригинальные научно обоснованные разнообразные формы ведения медицинской документации:

- 1) использование клише при описании очага поражения кожи;
- 2) использование изготовленных типографским способом описаний жалоб, анамнеза, общего и местного объективного статуса, заполняемых методом подчёркивания;
- 3) бальная система оценки тяжести заболевания;
- 4) графическая методика ведения дневника истории болезни;
- 5) стандартизованные формы листа врачебных назначений;

6) хронологические карты диспансерного наблюдения за больными;

7) методика подсчёта экономического эффекта лечения.

Все выше перечисленные формы НОТ позволяют точно отражать организационные моменты работы врача, рационально использовать его рабочее время и могут быть рекомендованы для широкого внедрения в практику работы базовых лечебно-профилактических учреждений высших медицинских учебных заведений Украины.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

Луценко О.В., Клепова Г.В., Бочаров Д.В.

Профессиональные заболевания кожи чаще наблюдаются в виде таких её аллергических изменений как дерматит или экзема, которые могут иметь характер контактного или токсико-аллергического процесса.

Под нашим наблюдением находилось 10 больных - медицинских работников, у которых наблюдались клинические симптомы дерматита, постепенно трансформировавшегося в экзему. Все пациенты отмечали, что возникновение и развитие у них заболевания связано с их профессиональной деятельностью: у медсестёр (6 больных) - после проведения инъекций витаминов или антибиотиков больным, у стоматологов (4 больных) - после контакта с компонентами пломбировочного материала.

Устранение такого рода контактов позволяло избежать рецидивов заболевания.

В то же время у 3 из 10 больных, даже прекращение контакта с выявленными аллергенами вовсе не избавляло от периодических обострений процесса на коже, что свидетельствовало о формировании поливалентной сенсибилизации.

Таким образом, медицинских работников необходимо отнести к категории лиц, подверженных воздействию профессиональных вредностей и проводить среди соответствующего контингента своевременную диагностику функционального состояния факторов специфической и неспецифической иммунологической резистентности, аллергические пробы, лечение и профилактику.

КЛАСИФІКАЦІЯ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ З СУЧАСНИХ ЕТІОЛОГІЧНИХ ЗАСАД

Професор кафедри терапії Орловський В.Ф.

У 1994 році на черговому Всесвітньому конгресі гастроентерологів була прийнята нова класифікація хронічних гепатитів (ХГ), яку зараз використовують у всьому світі. На жаль, практичні лікарі нашої країни недостатньо знайомі з нею і майже не використовують у своїй роботі.

Головною особливістю цієї класифікації є визнання гепатотропного вірусу, як основного чинника ХГ. Згідно цієї класифікації цироз печінки розглядається, як ускладнення ХГ, результат його природнього перебігу. Недоцільним на сьогодні вважається використання термінів хронічний персистуючий гепатит, хронічний активний гепатит. Перехід на загальноприйнятую міжнародну термінологію буде сприяти більшому порозумінню між лікарями та використанню міжнародних протоколів лікування цього грізного захворювання.

Наводимо дану класифікацію в дещо скороченому вигляді.

I. За етіологією та патогенезом :

1. Хронічний вірусний гепатит В ; ХВГ - "D" (дельта) ;
2. Невизначений хронічний вірусний гепатит (F , G , "GB") ;
3. Аутоімунний гепатит – тип 1,2,3.
4. Хронічний гепатит , що індукований ліками.
5. Криптогенний ХГ (невстановленої етіології).

II. За клініко-біохімічними та гістологічними критеріями :

1. Ступені активності :

- а) мінімальна – рівень АЛАТ менше 3 норм ;
- б) слабо виражена – рівень АЛАТ від 3 до 10 норм ;
- в) помірно виражена – рівень АЛАТ від 3 до 10 норм ;
- г) виражена – рівень АЛАТ більше 10 норм.

2. Стадії ХГ (визначаються поширеністю фіброзу та цирозу) :

- 0- фіброз відсутній
- 1- слабо виражений перипортальний фіброз
- 2- помірний фіброз з порто-портальними септами
- 3- виражений фіброз з порто-центральними септами
- 4- цироз печінки , важкість якого оцінюють за важкістю портальної гіпертензії та печінково-клітинної недостатності.

ВНЕЗАПНАЯ КАРДИАЛЬНАЯ СМЕРТЬ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЖИТЕЛЕЙ КОНОТОПСКОГО РАЙОНА

В.В.Кравец, В.Ф.Петренко

Конотопская центральная районная больница

Наступление внезапной кардиальной смерти (ВКС) во многих случаях связана с наличием артериальной гипертензии (АГ). Значение АГ в патогенезе ВКС, как указывают многие исследователи, может определяться ее влиянием на развитие коронарного атеросклероза и ишемической болезни сердца. Однако ряд факторов не позволяют, несмотря на кажущуюся очевидность, прямо отнести АГ к факторам риска ВКС. Это указывает на то, что вопрос о взаимоотношении АГ и ВКС нуждается в дальнейшем изучении.

Нами в период с 1986-1997 годы изучены 117 случаев летальных исходов от ВКС. Частота АГ определялась как в материале в целом, так и в группах, выделенных на основе различных типов поражения миокарда по общепринятым критериям: 1-я группа - с

мелкоочаговым кардиосклерозом, 2-я - с постинфарктным кардиосклерозом, 3-я - с острым инфарктом миокарда, 4-я - с алкогольной кардиомиопатией. При этом частота встречаемости АГ в разных группах поражения миокарда была в 1-й - 54.3%, 2-й - 35.4%, 3-й - 30.4%, 4-й 9.1%.

Исследования показывают, что среди внезапно умерших лиц артериальная гипертензия составляет 37.6%. Частота АГ по группам ВКС была различной. Чаще всего АГ встречалась в группе умерших с мелкоочаговым кардиосклерозом - 19 (54.3%) случаев. В группе постинфарктным кардиосклерозом - 17 (35.4%), острым инфарктом - (30.4%), алкогольной кардиомиопатией - 1 (9.1%) случаев.

Среди внезапно умерших людей АГ в 41% констатирована в возрасте 50-59 лет.

Таким образом, при ВКС АГ зарегистрирована в 37.6% лиц и встречаемость ее зависит от типа поражения миокарда.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОЙ рН-МЕТРИИ

Кравец В.П.

Конотопская центральная районная больница

Разработка и внедрение новых методов исследования желудочной секреции занимает важное место в функциональной диагностике и лечении язвенной болезни и хронического гастрита, а также функциональных заболеваний желудка.

Базальная топографическая рН-метрия желудка выполнена 225 больным, мужчин было 136 (60.4%), женщин - 89 (39.6%). В структуре обследованных больных язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (в том числе - рецидив заболевания) наблюдали у 113 (50.3%) человек, гастриты и гастродуодениты - у 73 (32.4%), холециститы, цирроз печени, панкреатиты,

гепатиты, дискинезии желчевыводящих путей - у 25(11.1%), практические здоровые составили - 14 (6.2%).

Нормоацидность выявлена у 62(27.5%) пациентов, гиперацидность у 100(44.5%), гипоацидность - у 63(28%). Селективная нормоацидность (избирательная на уровне тела желудка) обнаружена у 24 (38.7%) больных гастритами, у 15 (24.2%) пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, у 9 (14.5%) больных с патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны, у 14 (22.6%) практически здоровых лиц.

У 13 (13%) лиц с абсолютной гиперацидностью эндоскопически наблюдали предязвенное состояние, у 34 (34%) - острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, у 29 (29%) - хроническую язвенную болезнь пилородуоденальной зоны в фазе обострения, у 11 (11%) - острые гипертрофические гастриты, у 8 (8%) - острые дуодениты, у 5 (5%) - острые панкреатиты.

Гипоацидность (абсолютная) выявлена при рН-метрии у 10(15.7%) больных язвенной болезнью проксимальных отделов желудка, у 12 (19.3%) - осложненной язвенной болезнью, у 24 (38%) - хроническим гастритом, у 6 (9.5%) - раком желудка, у 11 (17.5%) - патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны. Полученные рН-метрические данные соответствовали эндоскопическим исследованиям.

Внутрижелудочную рН-метрию применяли на всех этапах хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. 24 (10.7%) больным проведена эндоскопическая рН-метрия. После обследования эти больные оперированы. До операции у 9 (37.5%) из них диагностирована абсолютная гиперацидность, у 2 (8.3%) - нормоацидность, у 3 (12.5%) - гипоацидность. В предоперационном периоде вагусный тип желудочной секреции диагностировали у 5 (20.8%) больных. Резекция желудка по Бильрот-I и Бильрот-II на короткой петле выполнена у 19 (79.2%) пациентов, селективная проксимальная ваготомия с друнирующими операциями - у 5 (20.8%).

После операции через 1.5-2 месяца и через 6 месяцев повторно обследовали больных. При этом гиперацидность выявлена - у 2 (8.3%) человек, нормаацидность - у 8 (33.3%), умеренная гипоацидность - у 14 (58.4%).

В 80% случаев внутрижелудочная рН-метрия свидетельствовала об эффективности оперативного лечения (рН-4.0 и более).

ОСОБЛИВОСТІ ІНФІКУВАННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКУ HELIKOBACTER PYLORI ПРИ ХРОНІЧНОМУ АТРОФІЧНОМУ ГАСТРИТІ ТА РАКУ ШЛУНКУ.

Ас. кафедри терапії Винниченко Л.Б.

Вступ: Передбачається роль Helikobakter pylori (HP) в канцерогенезі раку шлунку.

Мета дослідження: Вивчення розповсюдженості HP інфекції у пацієнтів з хронічним атрофічним гастритом (ХАГ) та раком шлунку (РШ).

Матеріали і методи: Наявність HP інфекції вивчали за даними біопсійного матеріалу, отриманого під час ендоскопічного обстеження 12 пацієнтів. У 6 з них було верифіковано діагноз ХАГ, у 6 інших – РШ. 6 пацієнтів, у котрих при ендоскопічному та цитологічному дослідженнях не було знайдено патологічних змін слизової оболонки шлунку (СОШ) взяті за групу контролю. Препарати фарбували за методом Романовського-Гімзи. Отримані дані оброблені варіаційно-статистичним методом із вирахуванням коефіцієнта співвідношення, який оцінювали за критерієм Фішера.

Обговорення та результати: Коефіцієнт співвідношення (ризик) становив 7,6 (95% довірчий інтервал) для хворих на ХАГ та 5,4 (95% довірчий інтервал) для хворих із РШ, якщо за групу контролю були взяті здорові пацієнти. Якщо ж у якості контрольної групи слугували пацієнти із ХАГ, то коефіцієнт

співвідношення (ризик) асоційований із НР інфекцією для хворих на РШ становив усього 0,4 (95% довірчий інтервал).

Висновок: Отримані результати свідчать, що НР інфекція може бути задіяна у розвитку ХАГ. Проте, наші дані, які мають лише попередній характер, не дозволяють прослідкувати роль НР інфекції у розвитку РШ із ХАГ.

ВПЛИВ АНТИХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ НА МОРФОЛОГІЧНИЙ СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ ТА СКОРОЧУВАЛЬНУ ФУНКЦІЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Климанська Н.В.
Кафедра терапії

Слизова оболонка дванадцятипалої кишки (СОДПК) представляє собою рецепторну зону, котра забезпечує регуляцію моторно-евакуаторної функції жовчного міхура (ЖМ).

Мета роботи: дослідження впливу антихелікобактерної терапії на морфологічний стан СОДПК та скорочувальну функцію ЖМ у хворих на ВХДПК до та після антихелікобактерної терапії.

Контингент обстежених та методи дослідження. Першу групу обстежених складала 35 хворих на ВХДПК, які одержували комплексне лікування з включенням антихелікобактерних засобів. Другу групу (28 хворих) складала хворі, які лікувались амбулаторно одержуючи противиразкову терапію без засобів, спрямованих на ерадикацію НР. Хворим обох груп проводились морфологічні дослідження біопатів СОДПК, визначення ступеню інфікованості СО шлунка НР гістологічним методом. Вивчення скорочувальної функції ЖМ проводились за допомогою ультразвукового дослідження за загальновизнаними методиками.

Результати досліджень. Після проведеного лікування хворих обох груп встановлено, що серед 35 хворих, які одержували

антихелікобактерну терапію, ерадикації НР не вдалось досягти лише у 25,7% пацієнтів цієї групи, а серед 28 хворих другої групи засіяність НР залишилась у 71,4% хворих. Після антихелікобактерного лікування скорочувальна функція ЖМ прийшла до норми у 12 з 26 пацієнтів, дискінезії ЖМ залишились у 40,0% обстежених, а серед хворих другої групи дискінезії ЖМ спостерігались після лікування у 18 пацієнтів (64,3% спостережень). Не вдалось досягти покращення скорочувальної функції ЖМ серед пацієнтів з попередньою засіяністю НР III ст. та АГ III ст. і атрофічному дуоденіті. Цього вдалось досягти тільки у випадках АГ I та II ст. і вираженому дуоденіті та засіяності НР I та II ст.

Висновок. Антихелікобактерна терапія та ерадикація СО гастродуоденальної зони від НР зменшують активність АГ та дуоденіту і позитивно впливають на характер перебігу супутніх дискінезій ЖМ у хворих на ВХДПК.

ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Доцент Лаба В.В.
Кафедра терапии

С целью определения роли и значения для развития инфаркта миокарда (ИМ) некоторых факторов, связанных с организацией помощи заболевшим, оценены данные о времени возникновения приступа, закончившегося ИМ.

Для этого в г. Сумы в течение одного года с применением стандартизованных критериев диагностики и единых методов исследования были собраны сведения об особенностях возникновения ИМ у 273 больных, в том числе у 182 мужчин и 91 женщины (распространенность ИМ 2,3, 2,2 и 0,9 на 1000 насел.).

Установлено, что относительное число заболевших ИМ в каждой четверти суток колеблется от 20,7 до 33,8%, при этом наибольшее число заболеваний было зарегистрировано в период с 6

до 18 часов – 57,6%. При этом подъем заболеваемости ИМ приходится на пятницу – 16,3%. Выявленные различия распространенности ИМ в разное время суток и по дням недели статистически недостоверны из-за малого числа наблюдений. Характерно, что в обследованной популяции летальные исходы при ИМ, как и возникновение приступа, чаще регистрировались в дневные часы (от 6 до 12 ч), чем в вечерние или ночные (36,8 и 63,2%). Обнаружены различия в заболеваемости и смертности населения от ИМ в различное время года. У мужчин самый высокий уровень заболеваемости ИМ зарегистрирован, как и у женщин, в октябре (0,29 и 0,11 на 10 тыс. насел. соответственно). Наименьшие показатели – в мае у мужчин и в апреле у женщин (0,05 и 0,02 на 1000 насел. соответственно). Наиболее высокий уровень смертности у мужчин – в апреле и ноябре, а у женщин – в мае и июле (0,47 и 3,9 на 100 тыс. насел.), наименьший – в августе и сентябре у мужчин, в апреле – у женщин (1,2 и 1,0 на 100 тыс. насел.).

Таким образом анализ сведений о распространенности ИМ и смертности от него в зависимости от времени возникновения приступа, позволил обнаружить определенную цикличность этих процессов, связанную, по-видимому, с влиянием сезонности и изменений погоды. Это обстоятельство следует учитывать при организации неотложной кардиологической помощи заболевшим ИМ на догоспитальном этапе.

НЕКОТОРЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НАСЕЛЕНИЯ Г. СУМЫ

Доцент Лаба В.В.
Кафедра терапии

С целью разработки организационных мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности населения г. Сумы изучены некоторые закономерности заболеваемости и сро-

ков наступления летальных исходов при остром инфаркте миокарда (ОИМ).

Наблюдение осуществлялось в течение одного года. Установлены возраст-половые особенности заболеваемости ОИМ: случаи заболевания в группе мужчин г. Сумы зарегистрированы уже в возрасте 20-29 лет, в группе женщин – в возрасте 40-49 лет. Показатели заболеваемости ОИМ у мужчин во всех возрастных группах, кроме 60-69 лет, 70-79 лет, 80 лет и старше были статистически достоверно выше таковых у женщин ($P > 0,05$). Отмечен рост заболеваемости ОИМ с возрастом, как в группе мужчин, так и в группе женщин, причем интенсивность нарастания данного показателя в обеих группах была практически одинаковой. Удельный вес лиц трудоспособного возраста среди больных ОИМ составлял 37%, причем в группе мужчин он был значительно выше, чем в группе женщин (50% и 11%) соответственно. При сопоставлении повозрастных показателей заболеваемости и смертности населения установлена прямая связь двух процессов, характеризующих состояние здоровья населения. Общие показатели смертности во всех возрастных группах, кроме 70-79 лет и 80 лет и старше были достоверно выше аналогичных показателей среди женщин. Анализ стационарной летальности от ОИМ свидетельствует о том, что в первые 6 часов от начала заболевания умирает 10% больных, в первые сутки – 39%. При этом частота летальных исходов среди мужчин несколько выше, чем среди женщин, как в ранние, так и в отдаленные сроки.

Однако, так как число наблюдений сравнительно невелико, эти различия несущественны. Регистрация и анализ случаев ОИМ свидетельствует о высоких показателях заболеваемости ОИМ и смертности и позволяет судить об общих закономерностях распространения и сроках наступления летальных исходов.

Проведенные исследования могут служить основой для разработки организационно-медицинских мероприятий по снижению заболеваемости и смертности от ОИМ.

ТИПИ РЕАГУВАННЯ КАЛКРЕЙН-КІНІНОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Доцент кафедри терапії Приступа Л.Н.

Рядом досліджень підтверджена участь ККСК у патогенезі бронхіальної астми (БА) та вираженості її клінічних проявів.

Метою нашої роботи була систематизація показників активності ККСК з виділенням типів її реагування та дослідження впливу на них розвантажувально-дієтичної терапії (РДТ).

Обстежено 35 хворих на БА із перебігом середньої тяжкості. В динаміці РДТ (до лікування, в кінці розвантажувального та відновлювального періодів) визначали загальну протеолітичну активність (ЗПА), вміст калікреїну (Кк), прекалікреїну (ПКк), $\alpha 1$ -інгібітора протеїназ ($\alpha 1$ -І П), $\alpha 2$ -макроглобуліну ($\alpha 2$ -МГ) за методами Веремєєнка К.М. (1975, 1988), кінінази П за методом Folk et al (1960).

На підставі отриманих даних виділено 4 типи реагування ККСК.

I – пропорційна активація ККСК, яка характеризувалась збереженням біохімічної рівноваги у самій системі й, очевидно, може розглядатись як компенсаторна реакція. Характерним є зростання Кк, ПКк, ЗПА, що супроводжувалось компенсаторним підвищенням активності кінінази П, вмісту $\alpha 1$ -І П, $\alpha 2$ -МГ. II тип характеризувався активацією ККСК з якісним порушенням співвідношення її компонентів одночасно зі зменшенням ПКк, зростав вміст Кк. III тип поєднував II тип із певним виснаженням ККСК: зниженням вмісту інгібіторів протеїназ. IV тип характеризувався зниженням інтенсивності кініноутворення – гіпокініногенезом, про що свідчить зменшення вмісту всіх компонентів ККСК.

Проведені дослідження виявили складні та різнотипні порушення ферментної рівноваги в ККСК у хворих на БА, які систематизовано в 4 типи реагування. Активація ККСК відбувалась у

всіх пацієнтів у розвантажувальний період: при I і II типах реактування ще більше проявлялась гіперактивация, при III – зміни були незначними, при IV – пригнічення ККСК змінилось її нормалізацією. В кінці РДТ ці показники вірогідно знизились в I та II групах, нормалізувались в III та IV, що знаменувало собою настання клінічної ремісії.

Отже, нормалізуючий вплив РДТ на активність ККСК проявлявся у зниженні кініногенезу у хворих з гіперкініногенезом та в підвищенні у хворих з гіпокініногенезом.

ВПЛИВ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ НА ВИРАЖЕНІСТЬ СИНДРОМУ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

Ас. кафедри фізіології Михайлова Т.І.

Доц. кафедри терапії Приступа Л.Н.

Відомо, що патологічні процеси приводять до розвитку “метаболічної інтоксикації”, одним із проявів якої є зростання рівня молекул середньої маси.

Метою дослідження було вивчення впливу розвантажувально-дієтичної терапії (РДТ) у хворих на бронхіальну астму (БА) на вираженість синдрому ендогенної інтоксикації (ЕІ).

Хворі були розподілені на 2 групи: I групу склали 22 хворих на БА, які знаходились на РДТ; II групу – 25 хворих, які отримували загальноприйняте лікування. Контрольна група – 20 практично здорових осіб.

Проводили визначення середньомолекулярних пептидів (СМП1) і СМП2 – нуклеотиди за методом М.І.Габрієляна, В.І. Ліпатової (1984).

Виявлено зростання вмісту СМП1 до лікування у хворих I групи до $0,235 \pm 0,009$ ум. од. ($P < 0,001$), II групи – до $0,234 \pm 0,008$ ум. од. ($P < 0,001$) при нормі – $0,145 \pm 0,006$ ум. од. Рівень

СМП2 становив відповідно $0,285 \pm 0,006$ ум. од. та $0,276 \pm 0,005$ ум. од. (норма – $0,191 \pm 0,006$ ум. од.). Розвантажувальний період супроводжувався зростанням вмісту СМП у всіх хворих: рівень СМП2 становив $0,335 \pm 0,008$ ум. од. ($P < 0,001$), СМП1 – $0,290 \pm 0,009$ ум. од. ($P < 0,001$). Оскільки фракція СМП2 застосовується як скринінг азотемії, можна твердити, що наростання інтоксикації в організмі регулювалось посиленням виведенням токсичних речовин також і через нирки.

У відновному періоді у хворих першої групи вміст СМП2 знижувався до $0,198 \pm 0,007$ умовних одиниць ($P < 0,001$), у хворих II групи в кінці лікування становив $0,220 \pm 0,009$ ум. од., тоді як зі сторони СМП1 простежилась лише тенденція до зниження.

Порівнюючи зміни фракцій СМП1 та СМП2 у ході РДТ та традиційного лікування, можна твердити, що детоксикаційний ефект РДТ є вагомим у порівнянні із загальноприйнятими методами лікування. Останнє дозволяє рекомендувати даний метод, як патогенетично обґрунтований.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПОЄДНАННІ З ТРЕНУВАННЯМ СПЕЦИФІЧНИХ ДИХАЛЬНИХ М'ЯЗІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Ас. каф. фізвиховання Капіца О.А.,
доц. каф. терапії Приступа Л.Н.,
студент I курсу Попадюк С.П.

Розвантажувально-дієтична терапія (РДТ), поєднуючи в собі особливий різновид дієтотерапії і неспецифічний стресовий вплив на організм хворих, є ефективним методом лікування бронхіальної астми (БА). В цілому механізм позитивної лікувальної дії РДТ у хворих на БА зводиться до: підвищення резистентності і специфічного імунітету до бак-

теріальної інфекції, пригнічення алергічного запалення, гіпосенсибілізації, стимуляції функції наднирників, дезінтоксикації.

Лікувальна фізкультура (ЛФК) входить в комплекс РДТ, як одна із невід'ємних її складових частин. Враховуючи особливості змін функції серцево-судинної та інших систем в період РДТ, ЛФК повинна бути адекватною цим змінам і сприяти зменшенню або ліквідації клінічних проявів. Основна форма ЛФК при РДТ – щоденні багатогодинні прогулянки на свіжому повітрі. Ми поєднали ЛФК з тренуванням специфічних дихальних м'язів на вдосі (ТСДМВ). Під нашим спостереженням знаходилося 25 хворих на БА із перебігом середньої тяжкості. Пацієнти були поділені на 2 групи: I група – 12 хворих отримували РДТ та займалися ЛФК ;

II група – 13 хворих - РДТ в поєднанні з ЛФК та СТДМВ. Тренування проводили 5 разів на тиждень, кожний сеанс тривав 30 хвилин.

В обох групах мало місце достовірне зростання форсованого об'єму видиху за 1 секунду (ФОВ1) більше виражене у хворих II групи.

У хворих I групи ФОВ1 зростав від $57,8 \pm 3,8$ до $60,3 \pm 2,9$ ($P < 0,005$), II групи – від $57,2 \pm 2,9$ до $64,8 \pm 3,4$ ($P < 0,005$), форсована життєва ємкість легень (ФЖЄЛ) зростала відповідно з $74,5 \pm 3,2$ до $83,4 \pm 2,9$ ($P < 0,005$), з $75,2 \pm 3,1$ до $89,2 \pm 3,1$ ($P < 0,005$) у відсотках від нормального значення. Враховуючи дані дослідження, можна вважати, що ТСДМВ може бути додатковим альтернативним засобом у поліпшенні результатів РДТ у хворих на БА з метою зменшення споживання інгаляційних β -агоністів, поліпшення контролю за симптомами астми.

Секція хірургії

БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ В ЛІКУВАНІ ХВОРИХ
НА РАК ШЛУНКУ

Андрющенко В.В., Конанихін В.І., Усик Н.Я.,
Загорулько В.Н., Дмитрук В.А.
Кафедра хірургічних хвороб,
обласний клінічний онкодиспансер.

В хірургічних відділеннях Сумського облонкодиспансеру з 1997 по 1999 р. на лікуванні знаходились 476 хворих на рак шлунку. Ураження дистального відділу встановлено у 112 (36,1%) хворих, в середній третині шлунка – у 39 (12,6%), в субкардії – у 2 (0,6%).

Прооперовано 310 (65,1%) хворих. Радикальне хірургічне втручання виконано у 188 (60,6%) пацієнтів, у 34 (18,0%) хворих операції супроводжувались видаленням чи резекцією 2 - 3 органів (селезінки, хвоста підшлункової залози, ободової кишки), на які поширювався злоякісний процес. Субтотальна резекція шлунка проведена у 130 (41,9%) хворих, гастректомія – у 53 (17,0%), проксимальна резекція – у 2, екстирпація кукси шлунка – у 3.

Симптоматичні операції в обсязі гастроентеростомії були виконані у 32 (10,3%) хворих, ентеростомії - у 2. Експлоративні хірургічні втручання проведені 88 (28,4%) хворим. Більшість з цих пацієнтів (67) отримала курси хіміотерапії цитостатиками.

Післяопераційна смертність склала – 8,4%. Серед післяопераційних ускладнень слід відмітити недостатність швів анастомозу (у 10 хворих), гостру серцево-судинну недостатність (у 4), тромбоемболію легеневої артерії (у 4) та інші.

Недостатність швів анастомозу діагностовано з 4 по 12 добу післяопераційного періоду. Це трапилося у більшості хворих з місцеворозповсюдженим раком шлунка, але були і погрішності технічного характеру під час хірургічного втручання.

ХІРУРГІЯ РАКА ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

Андрющенко В.В., Саєнко А.Д., Панченко Д.В.,
Бассам Салим

Кафедра хірургічних хвороб, обласний клінічний онкодиспансер

Проаналізували результати лікування 75 хворих з патологією гепатопанкреатодуоденальної зони в обласному онкодиспансері за 1997-1999 р. р.

Вік хворих - 40-78 р., більшість (50; 66,6%) - чоловіки. У всіх пацієнтів була жовтяниця різного ступеня. У 50 (66,6%) діагностовано рак підшлункової залози, у 16 (21,3%) із них - IV стадії.

У 28 пацієнтів виконано холецистоентероанастомоз (ХЕА), у 3 із них при раковому стенозі дванадцятипалої кишки додатково проведена гастроентеростомія. Паліативна панкреатодуоденальна резекція (ПДР) зроблена одному пацієнту, експлоративна лапаротомія - 6. Усім хворим на первинний рак печінки (4) було проведено тільки експлоративне втручання. Хронічний псевдотуморозний панкреатит спонукав до накладання ХЕА у 5 хворих з 9.

Цироз печінки був причиною до проведення діагностичної лапаротомії у 3. У 5 хворих на рак позапечінкових жовчевих шляхів та жовчного міхура провести радикальне хірургічне втручання було не можливо. У двох пацієнтів із чотирьох з раковою пухлиною Фатерова сосочка виконана радикальна ПДР. Загальна післяопераційна смертність - 4,0% в основному від гепатаргії. Хворі після радикального лікування (ПДР) виписані без ускладнень.

Таким чином, складним, але єдиним методом радикального лікування хворих на рак панкреатодуоденальної зони є панкреатодуоденальна резекція. Вона дасть змогу збільшити кількість радикально вилікованих хворих.

СТЕРНОТОМІЯ ЯК ОПЕРАТИВНИЙ ДОСТУП ДО ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТИНИ

Вінниченко І.А., Коробейник В.І., Москаленко В.Л.,
Куручкін А.В.

Кафедра хірургічних хвороб, обласний клінічний онкодиспансер.

Серединна стернотомія є одним з альтернативних оперативних доступів до структур середостіння. Цей доступ показаний при операціях на серці, на магістральних судинах. Доступ дозволяє широко маніпулювати на органах грудної клітки. І в цьому його переваги. Бокова торакотомія дає доступ до задньому середостінню.

У Сумському обласному онкодиспансері за 1997 - 1999 р.р. проведено 9 втручань з оперативним доступом шляхом серединної стернотомії. Вік хворих був від 25 до 53 років. Сім операцій проведено з приводу первинної пухлини середостіння (тимома), дві - з приводу рецидивного раку щитоподібної залози з метастазами в лімфовузли верхнього середостіння. Комбіновані операції виконані у 4-х хворих, і включали в себе окрім видалення пухлини, резекцію перикарда, плеври, діафрагми, пневмонектомію, атипичну резекцію легені. Розміри первинної пухлини середостіння були від 8x4см., до гігантських (40x35x35см. в діаметрі). Пухлини за гістологічною структурою у шести випадках були злоякісною тимомою, у двох - метастазами недиференційованого раку щитоподібної залози, у одного - лімфосаркомою. Відслідзовані віддалені результати.

АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У СУМСЬКОМУ ОНКОДИСПАНСЕРІ

Вінниченко І.А., Коробейник В.І., Москаленко В.Л.,
Курочкін А.В.

Кафедра хірургічних хвороб, обласний клінічний онкодиспансер.

За період 1997 - 1999 р. р. у Сумській області зареєстровано 88 хворих на рак щитоподібної залози. Із них чоловіків було 17 (19,3%), жінок 71 (80,7%) віком від 17 до 86 р. (середній вік 55,6 р.). Рак щитоподібної залози 1 стадії встановлено у 12 чоловік (13,5%); 2 стадії – у 40 (5,4%); 3-4 стадії – у 36 (41,1%).

В торакальному відділенні Сумського онкодиспансеру за трьохрічний період знаходилося на лікуванні 25 чоловік з діагнозом рака щитоподібної залози. З них чоловіків було 5 (20,0%), жінок 20 (80,0%). Субтотальна резекція щитоподібної залози проведена у 16 (64,0%) пацієнтів. Із них у 3-х чоловік операція доповнена фасціальном-футлярним видаленням лімфовузлів ший на стороні ураження; у одного хворого - операцією Крайля; і ще у одного - комбінованою операцією з резекцією тіла під'язичної кістки. Екстирпація щитоподібної залози виконана у 6 пацієнтів, із них у 2-х вона доповнена фасціальном-футлярною лімфаденектомією ший з обох боків; у одного таке втручання доповнено видаленням лімфовузлів ший з видаленням лімфовузлів переднього середостіння шляхом часткової стернотомії. Оперовано 3 хворих з рецидивною пухлиною щитоподібної залози: у двох - проведена екстирпація щитоподібної залози з фасціальном-футлярною ексцизією лімфовузлів ший і видаленням лімфовузлів верхнього середостіння після середньої стернотомії; у одного - розширена екстирпація щитоподібної залози. Відслідзовані віддалені результати.

СЕКРЕТОРНА ФУНКЦІЯ ІНТРАТОРАКАЛЬНОГО ШЛУНКУ У ХВОРОГО ПІСЛЯ ЕЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ

Винниченко І.О.

Кафедра хірургічних хвороб,
обласний клінічний онкологічний диспансер.

ЦІЛЬ: Визначити зміни в секреторній активності шлунку, підготованого та переміщеного в грудну порожнину в ході операції езофагогастропластики. **МЕТОДИКА:** Вивчено кислотність шлункового соку у 12 хворих раком грудного відділу стравоходу шляхом 24-годинного рН моніторингу в антральному та фундальному відділах органу за допомогою апарату Digitrapper MD. Отримані дані проаналізовані за допомогою пакету прикладних програм (Gastrosoft). Загальний об'єм соку, його базальна та стимульована кислотність досліджені після евакуації шлункового вмісту.

РЕЗУЛЬТАТИ: Середня кислотність шлункового соку складає $4,2 \pm 1,2$ протягом 63% часу доби. Відмічено зменшення питомої ваги часу реєстрації в проміжку $\text{pH} < 3$ та збільшення в проміжку $\text{pH} > 6$ в порівнянні із передопераційним періодом. Об'єм шлункового соку, його базальна та максимальна кислотопродукція була зниженою, що корелювало із передопераційним рівнем та методикою формування трансплантату (у вигляді 2/3 шлунку чи трубки із великої кривизни). **ВИСНОВКИ:** Вимушена при езофагогастропластиці двохстороння стволова ваготомія, погіршення кровозабезпечення слизової мобілізованого та переміщеного в грудну порожнину шлункового трансплантату, а також видалення частини кислотопродуруючої зони призводить до зміни його рН-профілю та кислотопродукції в ранньому та найближчому післяопераційному періодах.

СИНДРОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА

Шевченко В.П., Кобилецький М.М., Борисенко О.І., Братушко В.О., Мисловський І.А., Яснолобова М.С.

Кафедра хірургічних хвороб, курс загальної хірургії

В 1929 р. Mallory і Weiss повідомили про 3 випадки смертельних шлункових кровотеч, зумовлених розривами слизової кардіального відділу шлунку.

До останнього часу це захворювання вважалось казуїстичним. Широке впровадження ендоскопічних досліджень, які дали можливість візуалізувати слизову травного тракту, дозволило віднести синдром Меллорі-Вейсса до домінуючих причин шлунково-кишкових кровотеч (ШКК). Основною причиною розриву слизової вважається невгамовна рвота, що найчастіше зв'язана зі зловживанням алкоголю. Лікувальна тактика включає в себе проведення гемостатичної терапії, використання гемостатичних методів локального гемостазу. В випадку неефективності (біля 10%) - виконується лапаротомія, гастротомія, зашивання розривів. Доцільна і висока перев'язка лівої шлункової артерії, що запропонована Sfoiker.

Нами на протязі 2 місяців вивчені причини ШКК у 106 хворих, які поступили в центр ШКК, організований на базі хірургічного відділення СОКЛ. У 3 із них діагностовано синдром Меллорі-Вейсса. Пацієнтами були чоловіки віком від 20 до 40 років. Кровотеча у них була зумовлена зловживанням алкоголю та інтенсивним блюванням.

Під впливом консервативної терапії кровотеча була зупинена. Після компенсації крововтрати та контрольного фіброгастроскопічного дослідження хворі в задовільному стані виписані із стаціонару для спостереження у гастроентеролога.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

А.В.Кравец

Конотопская центральная районная больница

В последнее десятилетие широкое распространение получило ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. Нами проведено сопоставление результатов УЗИ и других клинико-лабораторных показателей при хроническом холецистите (ХХ). УЗИ подвергались 114 больных в возрасте от 22 до 70 лет. Мужчин - 58, женщин - 56. У 76 больных ХХ выявленный впервые.

Обязательным было проведение дуоденального зондирования, а некоторым пациентам - эндоскопическое и рентгенологическое обследование. Результаты обследований показали, что ХХ при УЗИ установлен у 76 (66.6%) лиц, что подтверждалось и данными клинико-лабораторных исследований. У 16.6% отмечалась гипердинамика, а в 16.8% сочетание желчекаменной болезни и ХХ.

Таким образом, при диагностике ХХ должны обязательно учитываться клинические проявления заболевания, данные УЗИ, а также лабораторные и инструментальные исследования.

Студентська конференція

Секція акушерства та гінекології

СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК ПРИ ГЕСТОЗАХ ВАГІТНОСТІ

Д.Г. Сумцов, студ.6 курсу

Науковий керівник - професор Жерновая Я.С.

Кафедра акушерства та гінекології СумДУ

Вивчено стан фетоплацентарного комплексу у 69 вагітних з пізнім гестозом, частота якого за даними обласного пологового будинку в 1999 році складала 11,2%. Первовагітних було 13 (26,8%), повторновагітних – 50 (69%), багатородящих – 3 (4,2%). Стан фетоплацентарної системи оцінено за допомогою імунологічних, гормональних та ехографічних показників.

Нашими дослідженнями доведено вплив на формування пізніх гестозів сучасних ергономічних аспектів; умов праці сучасної жінки (зайнятість у нічну та вечірню зміну, вимушена робоча поза, праця на комп'ютерах, монотонні дії біля конвейера тощо). Аналіз перебігу даної вагітності дозволив виявити, що найбільш значущим ускладненням при пізніх гестозах є затримка внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР). Факти народження в минулому маловісних дітей, а також пізнього гестозу відмічено у кожній другій жінки, що свідчить про існування спадкової обумовленості як ретардації плода, так і гестозу, що в певній мірі збігається з уявленнями Л.Г.Назаренко (1992), Patterson et al. (1986), Wolfe et al. (1987).

Дослідження показали, що група вагітних із ЗВУР при пізніх гестозах є неоднорідною за імуногенетичними факторами схильності до даного синдрому. Кольпоцитологічними

дослідженнями встановлено зниження естрогенного статусу у жінок за умов гестації при пізніх гестозах, що привело до фетоплацентарної недостатності і, як наслідок, ретардації плода. Отримані результати вказують на зниження окремих ланок ендокринного гомеостазу фетоплацентарного комплексу і материнського організму. При ехографічному дослідженні знайдено гіпоплазію плаценти, наявність в ній численних ехопозитивних включень (показників дистрофічного процесу). Клініко-лабораторні зіставлення дали змогу отримати уявлення про єдність тривалих імунних та гормональних механізмів зсуву в розвитку ЗВУР при пізніх гестозах у вагітних жінок. Таким чином, ми дійшли висновку, що стан фетоплацентарного комплексу при пізніх гестозах у вагітних жінок обумовлено багатофакторними механізмами. Виходячи з цього, необхідно лікарську тактику вирішувати з декількох позицій.

ЗАСТОСУВАННЯ ДЕКАМЕТОКСИНУ З МЕТОЮ ПРИСКОРЕННЯ ЗАГОЄННЯ ЕПІЗІОТМНИХ РАН

Сепик І.Я., студ. 5 курсу

Наукові керівники – професор Жерновая Я.С., асистент Семенов Л.Л.

Кафедра акушерства та гінекології

Беручи до уваги зростання після пологів гнійно-септичних ускладнень (ГСУ) полівалентного генезу, їх стійку антибіотикорезистентність, набуває актуальності пошук нових медикаментозних засобів широкого спектру дії в профілактиці та лікуванні названої патології. З цією метою вивчено сучасний вітчизняний препарат – декаметоксин в комплексній профілактиці та лікуванні ГСУ у породіль, які в пологах перенесли епізіотомію.

Під наглядом перебувало 87 породіль у віці від 19 до 33 років. Досліджувані розподілені на дві групи. Першу (основну) групу складала 48 жінок (55,1%), яким застосовано місцево 0,02% розчин декаметоксину. В якості порівняльної досліджено другу групу породіль (39 – 44,9%), які отримували рутинний засіб лікування (розчини бриліантової зелені, марганцевокислого калію або фурациліну, кварцування рани).

Дослідження показали, що призначення для обробки епізіотомної рани декаметоксину призводить до скорішої регенерації та кращого загоєння ран. Розбіжності країв рани зовсім не спостерігалось. Статистично ймовірно доведено, що запально-репаративний тип виділень із піхви на другу, четверту та шосту добу після пологів знайдено лише у 19 жінок (39,6%), тоді як у другій групі з застосуванням рутинної методики запально-репаративний тип виділень із піхви на другу, четверту та шосту доби спостерігався у 27 жінок (69,2%), а розбіжність країв епізіотомної рани виявлено у 2-х випадках (5,1%), з них одне повне. Варто зазначити, що в кожному з цих випадків жінки були носіями моніліазу.

Отже, використання декаметоксину у породіль з епізіотомною раною дає можливість знизити відсоток гнійно-септичних ускладнень та прискорює регенерацію.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ ЗАСОБІВ ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ

Златнік О.В., студ. 5 курсу

Науковий керівник – асистент Семенюк Л.Л.

Кафедра акушерства та гінекології

Проведено порівняння ефективності лікування залізодефіцитної анемії у 36 вагітних ферроплексом та

фітопрепаратом – анеміном. Фармакологічна дія анеміну полягає у збільшенні засвоєння заліза, ціанокобаламіна, фолієвої кислоти, покращання еритропоеза. Препарат попереджує передчасне руйнування еритроцитів, покращує їх транспортну функцію. Анемін призначали в дозі по 25 капель в 2-х столових ложках води 3 рази на день за 30 хвилин до їжі упродовж 2,5 тижнів.

Всі жінки перебували в терміні вагітності 21-35 тижнів з залізодефіцитною анемією першого та другого ступеня. Результати досліджень показали, що анемін найбільше ефективний у вагітних при залізодефіцитній анемії першого ступеня, тоді як ферроплекс дає кращий ефект при залізодефіцитних анеміях другого ступеня.

АНАЛІЗ МЕТОДІВ РОЗРОДЖЕННЯ ПРИ НІГ-ГЕСТОЗАХ

Літвінко А.В. (студент 6 курсу)

Науковий керівник – доц. Анджеєвська В.А.

Кафедра акушерства та гінекології

Вивчено перебіг пологів та методів розродження у 108 роділь з різноманітними ступенями тяжкості гестозу за матеріалами обласного пологового будинку в 1999 році. Натуральними пологовими шляхами розроджено 87 (80,6%) вагітних. Репта жінок оперована методом кесарева розтину, частота якого склала 17,1% та за допомогою акушерських щипців 2,3%

Встановлено, що стимуляція пологових сил відбулася у 11 (12,65%) роділь; амніотомія – у 28 (32,2%); поперемні акушерські щипці – у 2 (2,3%); ручне обстеження післяпологової матки було у 4 (4,6%) роділь; епізіотомія з накладанням швів – у 44 (50,6%); пологозбудження лише – лише 2 родільям. Вискривання слизової оболонки матки після пологів, як метод припинення гестозу, відбулося у 21 (24,1%) породіль.

Отже, аналіз оперативних втручань у пологах при 19,4 %, де на долю абдомінального розродження йде 17,1 відсотка пологів. Отримані дані узгоджуються з літературними повідомленнями.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ

Жукова В.Л. (студ. 4 курса)

Научный руководитель – доц. Смилян С.А.

Кафедра акушерства и гинекологии

Пиелонефрит на сегодняшний день остается самым распространенным экстрагенитальным заболеванием, которое встречается у беременных женщин. Воспалительный процесс в почках может вызывать различные осложнения беременности, родов, что повышает материнскую и перинатальную заболеваемость, инвалидность и смертность.

Проанализировано 60 историй родов у женщин с пиелонефритом. Среди них юных первородящих было 11 (18,3%), в возрасте от 19 до 25 лет – 39 (65%), старше 25 лет – 10 (16,7%) женщин. Первобеременных было 36, повторобеременных – 24 женщины. Гестационный пиелонефрит имел место у 48 женщин, а выявленный до беременности – у 15.

При бактериологическом исследовании мочи выявлено, что основным возбудителем пиелонефрита *E. Coli*, что согласуется с данными литературы.

Обострение хронического пиелонефрита чаще наблюдалось в сроке гестации 16-20 недель, 24-30 и 33-36 недель. Первые проявления пиелонефрита во время беременности обнаруживались в сроке 24-30 недель.

Исследования показали, что у всех беременных с пиелонефритом беременность протекала с осложнениями. Так, поздние

гестозы выявлены у 45 беременных, угроза прерывания беременности отмечена у 21 беременной, анемия – у 60, внутриутробное инфицирование плода – у 10, пиелозктазии почек плода - 2, а у 21 беременной отмечалась ретардация плода.. Роды обследуемых осложнились гипоксией внутриутробного плода, ранним отхождением околоплодных вод, слабостью родовой деятельности и гнойно-септическим течением послеродового периода у 12 % женщин. При рождении у 21 ребенка отмечена низкая масса тела и у 2 – низкая оценка состояния по шкале Апгар.

Таким образом, анализ течения беременности и родов у женщин, страдающих пиелонефритом, дает основание для выделения их в группу высокого риска и пристальной тройной диспансеризации и внимания к ним акушеров-гинекологов, терапевтов и урологов.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ ПРИ ГЕСТОЗАХ

Слишко Л.О., Чумаченко О.Ю. (студ. 6 курса)

Начный руководитель – доц. Вержанский П.С.

Кафедра акушерства и гинекологии

Проведен анализ 10 историй родов с перинатальными потерями при поздних гестозах различной степени тяжести. Из них с нефропатией 1 степени было три случая.

Установлено, что наиболее частым осложнением являлась задержка внутриутробного развития плода, при которой плод был не в состоянии перенести 400 схваток и погибал уже в середине первого периода родов. У трети из обследуемых из-за тяжелого течения позднего гестоза и со стороны показаний матери произведено досрочное родоразрешение, однако дети погибли из-за дистресс-синдрома. Из-за преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты погибло два плода и один - при

эклампсии внутриутробно несмотря на абдоминальное родоразрешение.

Таким образом, поздние гестозы являются причиной перинатальных потерь.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ

Бельмас Э.В., Ройко Е.А. (студ. 6 курса)
Научный руководитель – доц. Сухарев А.Б.
Кафедра акушерства и гинекология

Рак шейки матки занимает 4 место после рака желудка, органов дыхания и кости.

Нами проведен анализ заболеваемости раком шейки матки в г. Сумы и районах области в течение 15 лет. Прослежена связь между заболеваемостью и организацией профилактических осмотров населения процентом взятых мазков на цитологическое исследование.

Установлено, что в районах области, где осмотр женщин проводится в 2 этапа, частота заболеваемости раком шейки матки ранних стадий практически не изменялась и соответствовала средним республиканским показателям, а запущенные клинические формы – встречались среди не организованного женского населения при низкой онкологической осведомленности.

Таким образом, четкая организация медицинских осмотров является действенной профилактикой рака шейки матки. Однако, онкологическую осведомленность населения необходимо усилить разными методами и средствами санитарно-просветительной информации.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Вознюк Н.П. IV курс

Руководитель к.м.н. доц. Сухарев А.Б.

Курс акушерства и гинекологии

Близнецами называют потомство одной матери, совместно развившееся и появившееся в процессе одних родов. В мире на каждые сто родов приходится одно рождение близнецов, в Украине ежегодно рождается более 100000 близнецов, они составляют 2% населения. Многоплодие у человека может быть представлено в виде двух биологических феноменов – монозиготных и дизиготных близнецов. Дизиготные близнецы развиваются из двух яйцеклеток, образовавшихся в одном или разных фолликулах, каждая из которых оплодотворена отдельным сперматозоидом. В связи с этим возможно сверхзачатие (*superfoecundatio*) или оплодотворение двух яйцеклеток из разных менструальных циклов, что предполагает отставание в развитии одного близнеца. Не исключается, что две яйцеклетки могут быть оплодотворены семенными клетками разных половых партнеров. Диагностика многоплодной беременности клиническими методами затруднена. В целом точность диагностики многоплодия клиническими методами не превышает 50-53%. В настоящее время УЗИ диагностика дает возможность практически 100% выявления многоплодия с последующим динамическим наблюдением беременной и предупреждением возможных осложнений. Дородовая диагностика позволяет установить врожденную патологию (с учетом потенциально выявленных ВПР) у 61 % пораженных плодов из двойни. При выявлении монозиготной многоплодной беременности и ВПР одного из плодов целесообразно ее прерывание в сроки до 28 нед. по медицинским показаниям. При сочетании дизиготной многоплодной беременности и ВПР одного из плодов возможно пролонгирование беременности. Обнаружение гемотрансфу-

зионного синдрома, проявляющегося в виде многоводия и диссоциированного развития плодов, обуславливает ведение беременности дифференцированно, в зависимости от гестационного возраста, клинических симптомов и эффективности лечебных мероприятий.

Секція анестезіології та реаніматології

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОТРАВМОЙ

Потапов А.А., Эль-Заза Ясир Ибрагим, клин. ординатор

Руководитель Шищук В.Д

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Частота сочетанных и множественных повреждений возросла до 15-20% (Корж А.А., Трубников В.Ф., Попов И.Ф.) Эти травмы отличаются особой тяжестью клинических проявлений, высокой летальностью и частотой развития осложнений. Сочетанная черепно – мозговая травма (ЧМТ) наиболее часто встречающаяся разновидность сочетанных повреждений мирного времени - составляет 79,8-89,4 % всех видов сочетанных повреждений (Григорьев М.Г., Лебедев В.В., Бурнусус В.Д.) и характеризуется большими трудностями диагностики и лечения.

Основными причинами бурного роста числа и тяжести множественных и сочетанных повреждений являются неуклонное развитие транспорта, увеличение скоростей передвижения, техническое оснащение промышленности и сельскохозяйственного производства, гигантские масштабы строительства.

Удельный вес повреждений конечностей во множественных и сочетанных травмах достигает 75-90% (Никитин Г.Д., Грязнухин Э.Г., Цибуля Г.И.).

Травматический шок у пострадавших с ЧМТ и переломами трубчатых костей выявлен у 43-61% (Комаров Б.Д., Карл Эляну М.А., Камиллов).

Мы представили отчет нейрохирургического отделения СОКБ г. Сумы из которого видно, что среди всех сочетанных нейротравм и повреждений нарушения опорно-двигательного аппарата составляют 7-10%.

За период с 1997 по 1999 год данная патология диагностирована у 364 пациентов, из них 285 мужчин и 79 женщин. По возрастной категории наибольший процент случаев составили лица от 30 до 50 лет – 70%, до 30 лет – 22%, старше 50 лет – 8 %.

По причинам возникновения 80 – 83% составляет автодорожная травма, 12 – 15% - бытовая травма, 3 – 5% - травма на производстве, 0,5% - спортивная травма.

Из общего числа больных сочетанная ЧМТ с повреждением грудной клетки составляет 24%, с повреждением конечностей и таза – 22%, с повреждением позвоночника и спинного мозга – 2% и сочетанная ЧМТ с множественными внечерепными повреждениями – 44%.

Среди этих больных было 32% с легкой ЧМТ, 68% - с тяжелой ЧМТ.

Сочетанная тяжелая ЧМТ с повреждением костей конечностей и таза - 22%. Чаще всего наблюдаются переломы костей голени – 37%, предплечья – 22%, бедра – 19% и множественные переломы – 20 %. Переломы костей черепа составляют 70 % от числа пострадавших.

К этим больным применялись следующие методы лечения:

1. Коррекция нарушения функции дыхания.
2. Инфузионно – трансфузионная терапия.
3. Обезболивание, мобилизация переломов костей.

- коррекция нарушения внутричерепного давления;
- профилактика и терапия вторичных осложнений.

Выполнение оперативных вмешательств - чаще всего производилась резекционная трепанация черепа.

При сочетанных полифрактурах костей конечностей с тяжелыми ЧМТ лечение переломов костей проводилось с учетом степени и тяжести травмы мозга, локализации и характера переломов конечностей.

Лечение в основном сводилось к обезболиванию и закрытой ручной репозиции отломков с гипсовой иммобилизацией.

Скелетные вытяжения у пострадавших с нарушенным сознанием и двигательным возбуждением не проводилось.

При тяжелом ушибе мозга с нарушениями витальных функций операции на конечностях откладывают на 2 - 3 недели.

По результатам лечения выявлены результаты: выздоровление отмечено у 52% пострадавших; улучшение состояния - у 40%; летальный исход - у 8%.

Учитывая изложенное, можно сделать выводы, что скелетная травма с нейротравмой довольно частая патология и требует адекватного комплексного лечения. Выполнение предложенных лечебных мероприятий можно проводить в большинстве случаев.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫВИХОМ ПЛЕЧА

Аммар Ата Аллахам

Руководитель В.Д.Шишук

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Травматические вывихи плеча по своей частоте занимают одно из первых мест, в силу приобретают особо важное практическое значение. Плечевой сустав обладает исключительно боль-

шими функциональными возможностями, благодаря которым верхняя конечность стала главным органом физического труда.

Клиника. Обычно поза пострадавшего напряженная, наклоняясь в больную сторону он поддерживает поврежденную руку здоровой, при сравнительной пальпации акромиальный отросток на сторону вывиха определяется четко, а при надавливании пальцами ниже акромиально-ключичного сочленения - типичная деформация.

Лечение. Классическими способами вправления вывихов плеча следует признать способ Джанелидзе и способ Кохера.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ю.В.Власов

Городская клиническая больница №1

Врожденный вывих бедра - является одним из наиболее распространенных пороков развития, влекущих за собой при несвоевременном лечении тяжелую инвалидность. Так, из обследованных детей в ортопедо-травматологическом отделении Сумской областной клинической больницы за 1999 год первично поступивших 54 ребенка. Из них 9 детей в возрасте после 1 года, и 45 детей - грудного возраста. Из них 39 - девочек и 6 мальчиков. Из них городских (г. Сумы и районные центры Сумской области) - 41 человек и сельских - 13 (из них Сумской район - 7).

В процессе лечения в отделении находилось в 1999 году 215 человек.

Клинические симптомы врожденного вывиха бедра.

Поражения тазобедренных суставов делят на 3 группы исходя из клинических и рентгенологических признаков: дисплазию, подвывих и вывих.

На базе областной клинической больницы при данной патологии используются следующие методы:

1. Абдуктивная шина В.Я.Виленского.
2. Широкое пеленание в позе лягушки.
3. Кокситная гипсовая повязка на 6 месяцев.
4. Подушка Фрейка.
5. Шина Ситенко.
6. Стремена Павлика
7. Шина Беллера-Цито
8. Дополнительные методы лечения.

ПЕРЕЛОМЫ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ

Златник Р. В. (ст. VI)

Руководитель В.Д.Шишук, Н.Т. Яковенчук
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Перелом лучевой кости в типичном месте - самый частый вид закрытых переломов костей предплечья (Ф. Р. Богданов, Б. Бойченко) составляющий более 59% всех переломов этих костей.

Нами проведено анализ перелома лучевой кости в типичном месте за период 1999 года. Из данных травматологического пункта и ортопедо-травматологического центра Сумской 1-ой городской больницы 5.57% составили переломы лучевой кости в типичном месте из 17437 обратившихся за помощью в травматологический пункт или 21.5% из 4521 всех переломов за этот период. При этом смещение отломков встречалось в 51.45% и 48.55% без смещения.

Экстензионный перелом Коллеса и флексионный перелом Смита, чаще происходит в метаэпифизарной зоне лучевой кости. Одновременный отрыв шиловидного отростка мы наблюдали в 11 случаях (52%).

По проведенной клинико-рентгенологической оценке вправленных переломов лучевой кости в типичном месте со смещением у 72 больных, установлено, что средний радиоульнарный угол в прямой проекции 18.79° и 29.9° в боковой проекции. После репозиции отломков радиоульнарный угол в прямой проекции в среднем составил 20.23° и 11.23° в боковой проекции.

Подводя итоги проведенного анализа вправляемых переломов отмечается 29,4% недовправленных переломов лучевой кости в типичном месте. С ладонной флексией составило 14,4% со средним радиоульнарным углом $11,28^\circ$ и тыльной флексией 15% с углом 15° .

Выводы:

1. Переломы лучевой кости в типичном месте составили 21.5% от всех диагностированных переломов за период 1999 года.
2. Переломы лучевой кости в типичном месте со смещением отломков составили 51.45%.
3. Нами установлено, что в 29.4% случаев отломки недовправлены.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ

В.Н. Кизенко (ст. IV курса)

Руководитель В.Д. Шишук

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Сколиозом называется стойкое боковое искривление позвоночника во фронтальной плоскости. Смещение тел позвонков только в одной плоскости встречается редко. Чаще происходит смещение и во фронтальной и в сагитальной плоскостях, что ведет к образованию кифосколиоза. Помимо указанных смещений

позвоночника происходит поворот позвонков вокруг их вертикальной оси.

Из обследованных детей в Сумском детском ортопедо-травматологическом отделении областной клинической больницы за 1999 год 80 больных имеют впервые выявленный сколиоз. Из них в возрасте 5-7 лет – 8 человек, 8-10 лет – 14 человек, 11-13 лет – 33 человека, 14 лет и старше – 25 человек.

По тяжести деформации первую степень имеют 26 детей, вторую – 22, третью – 26 и четвертую – 6 человек.

Из них проживающих в Сумах и городах Сумской области – 54 человека, сельские жители – 19, в Сумском районе – 7 человек.

Наиболее быстрое прогрессирование сколиоза отмечается у девочек в возрасте 7-9 и 11-13 лет, у мальчиков 9-11 и 13-15 лет, т.е. в периоде ростового толчка.

По тяжести деформации (т.е. по величине искривления) Чаплин предложил подразделять сколиоз на:

I степень (1-10 градусов);

II степень (11-30 градусов);

III степень (31-50 градусов);

IV степень (больше 60 градусов);

Кроме угла сколиоза, определяют также индекс стабильности (по Кузьмичу), по которому судят о степени фиксированности деформации.

Результаты колеблются от 1 – при стабильном сколиозе, до 0 – при нестабильном сколиозе.

Основными моментами профилактики являются: раннее выявление дефектов осанки, своевременное и систематическое лечение, санаторно-просветительная работа, длительное (до окончания роста) диспансерное наблюдение ребенка.

Успех консервативного лечения зависит от постоянства и настойчивости, от регулярности выполнения назначенных процедур.

Сколиозы IV степени часто подлежат оперативному лечению.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Навин Чанд (ст. IV)

Руководитель В.Д. Шишук

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

До настоящего времени при свежих переломах шейки бедра применяются ряд консервативных и оперативных методов. Ценность их неравнозначна и для каждого из них имеются свои показания.

На основании проведенного анализа институтом Травм и Ортопедии имени Ситенко хочу привести следующие данные статистики:

переломы бедра составляют около 10,4% от общего количества переломов костей, а переломы шейки бедра – 4,7%. В 63% случаев переломы костей наблюдались у мужчин и лишь в 37% - у женщин.

Медиальные переломы составляют 52% от переломов шейки бедра. Кроме того, средний возраст больных с данной патологией – 54 года.

Придерживаясь классификации В.Д. Чаплина хочу напомнить, что переломы шейки бедренной кости делятся на две группы:

I Медиальные:

- субкапитальные;
- шеечные.

II Латеральные – межвертельные, чрезвертельные, собственно переломы вертелов.

Согласно анатомическому строению все медицинские переломы являются внутрисуставными, плохо срастающимися, часто с интерпозицией мягких тканей. Консервативный метод лечения, по нашим данным, дает неудовлетворительные результаты и показаниями к нему являются:

- общее тяжелое состояние больных;
- сопутствующая патология; со стороны ССС, дыхательной системы и др.

Латеральные переломы, в свою очередь, благодаря особенностям кровоснабжения и локализации хорошо срастаются при лечении методом скелетного вытяжения за надмыщелки бедра. Хотя показания к оперативному лечению так же имеют достаточное место.

Согласно исследованиям Каплана сращение медиального перелома может произойти только путем первичного или прямого заживления. С этой целью, наибольшее распространение при опер. методе лечения получили следующие методы фиксации:

- Г-образная пластина ХНИИОТ;
- Пластиной УНИИОТ;
- Г-образная пластина Бакичарова;
- компрессирующими винтами;
- спонгиозными винтами.

В первом ортопедо-травматологическом отделении центральной клинической больницы №1 за период с 1997 по 1998 годы находилось на лечении 67 больных. Оперативное лечение по поводу мед. переломов было проведено 39 больным.

Для остеосинтеза использовались следующие методы:

1. Компрессирующими винтами - 13 больных (33%);
2. Г-обр. пластиной ХНИИОТ - 10 больных (26%);
3. Спонгиозными винтами - 5 больных (12%).

В раннем послеоперационном периоде больным проводили инфузионную, антибактериальную, витаминотерапию, после 4-5 суток - лазеротерапию.

В дальнейшем проводилось хирургическое вмешательство - удаление металлической пластины в сроки от 8 до 2 лет. Все больные еще длительное время находились под наблюдением. Результаты прослежены у все 39 больных:

В 4 случаях имели место осложнения (нагноившиеся гематомы, тугоподвижность в суставе) посттравматический коксартроз, несращение кости:

- 73% - полное восстановление функции в периоде до 1 года;
- 27% - продолжают лечение по поводу осложнений.

Таким образом, опыт оперативного лечения показал, что оптимальным методом лечения медиальных переломов шейки бедра является оперативный метод с применением:

- Компрессирующих винтов
- Г-образной пластины Бакичарова.

С последующими активным физиофункциональным лечением и наблюдением у ортопедов в поликлинике.

ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОТЕРПІЛИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ОБОХ СТЕГНОВИХ КІСТОК

Онопрієнко А.В. (ст. V)

Керівник В.Д.Шишук

Кафедра анестезіології та реанімації

В першому ортопедо-травматологічному відділенні Сумської клінічної лікарні №1 за період 1997-1998 років оперативно лікувалось 32 хворих з переломами стегнових кісток. У 5 випадках мали місце переломи обох стегон. Середній вік хворих 36-37 років, переважно чоловіки. Під час обстеження в приймальному відділенні у всіх потерпілих був діагностований травматичний шок II-III ступеня. Відразу ж потерпілим проводили інтенсивну противошокову терапію, інтенсивну зупинку кровотечі (при відкритих переломах). Всім потерпілим крім того, забезпечувався контроль діурезу, стану серцево-судинної, нервової, дихальної системи, тощо.

При даній патології в клініці для остеосинтезу використовували наступні методи остеосинтезу:

1. На кістковий остеосинтез металевими пластинами – 13 хворих, серед них 2 потерпілих з переломами обох стегон.
2. Фіксація спицестержневими апаратами СКІД – 11 потерпілих, серед них 3 чоловіка з переломами обох стегон.
3. Інтрамедулярний остеосинтез – 8 потерпілих.

Оперативне втручання у цієї категорії потерпілих проводилось за загальними принципами в перші 48 годин, або на 9-11 добу після підготовки хворих методом скелетного витягування.

Після припинення фіксації сегмента здійснювалась гіпсова іммобілізація протягом 8-10 тижнів.

Результати лікування простежені у всіх хворих.

В групі потерпілих які лікувались методом накісткового остеосинтезу у 4-х випадках мали місце ускладнення: нагноєння гематоми, з послідоючим розвитком остеомієліту. В подальшому проводилось хірургічне втручання – видалення металеві пластины з послідоючою фіксацією сегмента в апараті Ізарова, та проведення функції в термін 14-18 місяців.

В групі потерпілих, де здійснювалась позасередкова фіксація, результати такі: 1 потерпілий помер в наслідок тяжкої супутної травми органів грудної порожнини та головного мозку. У 1 хворого виконана ампутація на рівні $\frac{1}{3}$ стегна (потерпілий з переломами обох стегон), в наслідок тромбозу глибоких вен кінцівки. У 2 потерпілих – нагноєння м'яких тканин навколо спиць. Решта хворих відновлення функції і строки 12-15 місяців.

Методом інтрамедулярного остеосинтезу:

- у 2 хворих – сформувався несправжній суглоб, після чого хворим проводилось лікування методом Ізарова;
- 5 потерпілих – одужання, відновлення функції в термін 14-17 місяців.

Таким чином, наш досвід лікування переломів стегна, окремо переломів обох стегон показав, що оптимальним методом опера-

тивного лікування є: позасередковий остеосинтез спице-стержневими апаратами, та остеосинтезу металевими пластинами.

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ КІСТОК ТА СУГЛОБІВ

О.В. Пантелюк

Міська клінічна лікарня №1

За останні роки в Україні спостерігається зростання захворюваності туберкульозом кісток та суглобів. Так, з 1990 року до 1996 року цей показник збільшився з 0,9 на 100000 тис. населення до 1,1 на 100000 тис., або на 22,2%. Захворюваність туберкульозом кісток і суглобів займає друге місце (2,6%) серед всіх клінічних форм цієї хвороби і перше місце (35,5%) серед туберкульозу позалегенових локалізацій.

Основи діагностики: діагностика туберкульозу кісток і суглобів ґрунтується на визначенні етіологічного походження хвороби, локалізації ураження, його фази, активності і важкості, ускладнень відповідно до чинної класифікації. Він поділяється на:

- клінічні методи обстеження (опитування хворого, огляд хворого);
- рентгенологічні (основним методом рентгенологічного обстеження кісток і суглобів є багатоосьова рентгенографія не менше у двох взаємоперпендикулярних проекціях);
- додаткові методи обстеження;

Загальні методи лікування туберкульозу кісток і суглобів.

Лікування хворих на туберкульозу кісток і суглобів розпочинають з антимікобактеріальної терапії яка займає провідне місце.

Початкова фаза для хворих по категорії 2HRZS(E). Потім фаза продовження (доліковування) проводиться за схемою 4HR.

Середня тривалість антимікобактеріальної терапії 6-8 місяців. Інколи 10-12 місяців.

Хірургічні методи лікування можна розділити на дві групи. До першої групи відносять хірургічні втручання, що проводяться у вогнищі ураження, і спрямовані на радикальне видалення вогнища. До них належать:

- видалення вогнищ, розташованих поза суглобом і в середині суглобу, у хребцях.
- сеновектомія;
- резекція суглоба;
- ампутація, яка показана у виключно рідких випадках, зокрема при життєвих показаннях.

До другої групи належать:

- остеотомія;
- операції на м'яких тканинах (миотенотомія, капсулотомія);
- артропластика;
- артродез.

При сучасних методах лікування туберкульозу кісток та суглобів, сприятливі результати можна досягти у 92% хворих, у значної частини хворих досягається клінічневилікування.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ «БАМПЕР» ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ГОЛЕНІ

А.Б. Ступін (ст. V)

Керівник Шишук В.Д.

Кафедра анестезіології та реаніматології

Відкриті переломи гомілки відносяться до тяжких ушкоджень скелета. Це зумовлює пошук нових і удосконалення відомих методів.

За період з квітня 1998 по грудень 1999 року в травматологічному відділенні 1-ї Центральної міської лікарні знаходилося на стаціонарному лікуванні 34 пацієнта з відкритими переломами діафіза великогомілкової кістки. 70% хворих були чоловіки. Переломи гомілки у верхній частині кістки склали 10%, у середній частині 35%, в нижній 55%. Більшість пацієнтів поступило в перші години після травми. Позачерговою метою після травми була ПХО рани і стабілізація відламків.

Після клінікорентгенологічного дослідження ставилась мета правильного вибору методу лікування. В 35% випадках використовували апарат Лізарова. Завдяки цьому методу стабілізації відламків скорочувались строки непрацездатності за рахунок міцної стабілізації відламків кістки і більш ранньому відновленню функцій. В тих випадках, коли перелом гомілки поєднувався з пошкодженням інших кінцівок і органів використовувался апарат зовнішньої фіксації "СКІД-1" Харківського НДІОТ ім. Ситенко М.І.

Позитивними сторонами цього методу лікування є можливість вводити стержні поза зоною основних м'язових груп і великих судин, а також технічна простота виконуючою з її допомогою фіксації.

Не дивлячись на широке використання для лікування хворих з відкритими переломами гомілки апаратів зовнішньої фіксації, зовнікісткові металічні пластини продовжують по праву займати

важливе місце серед сучасних методів лікування переломів гомілки.

В нашій практиці зовнікiстковий остеосинтез використовували в 30% випадків. Перевагами цього методу було забезпечення довготривалої міжфрагментарної компресії, що благоприємно відбилось на консолидації відламків.

Таким чином, для лікування відкритих переломів гомілки можна використовувати широкий арсенал методів остеосинтеза.

Секція інфекційних хвороб

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ

Середенко В.Г., V курс

Керівник - доц. Чемич М.Д.

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Мета роботи: виявити клініко-епідеміологічні особливості перебігу гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ).

Проведено аналіз захворюваності на грип та інші ГРВІ в період з 1995 по 1998 роки в Сумах, а також історій хвороб хворих на грип, аденовірусну інфекцію та ГРВІ з'ясованої етіології, госпіталізованих у СОКЛІ у 1999 році.

Найвища захворюваність на ГРВІ спостерігалась у м.Суми в 1997 році, коли загальна кількість хворих склала 14980, з них ді-тей - 4972, максимум припав на лютий місяць (11052 хворих або 73,8%). У 1995 році кількість хворих склала 8319, в тому числі 3242 дітей, пік захворюваності спостерігався в грудні (7694 чол.). У 1996 році на ГРВІ захворіло 3938 осіб (з них дітей - 1690), найвищий рівень захворюваності спостерігався в січні

місяці (3534 або 91,01%), найнижчий - у 1998 році - 716 чоловік, пік захворюваності припадав на березень (539 або 75,3%).

Проаналізовано 58 історій хвороб хворих на грип. Середній вік хворих склав $30,74 \pm 6,47$ років; чоловіків та жінок було порівну. З середнім ступенем тяжкості - 89,7%, тяжким перебігом грипу - 10,3% хворих. На контакт із подібними хворими вказували 50% госпіталізованих. Із скарг найчастіше відмічалися головний біль (83%), біль та першіння в горлі (62,2%), нежить (82,2%), м'язові болі (37,7%). Температурна реакція не залежала від ступеню важкості і склала при середній важкості $37,94 \pm 1,18^{\circ}\text{C}$, при важкому перебігові $38,36 \pm 0,18^{\circ}\text{C}$ ($P > 0,05$). При об'єктивному огляді: найбільш часто виявляли гіперемію ротоглотки (в 95,5%), збільшення лімфовузлів (у 22,2%) та мигдаликів (у 11%), наявність сухих хрипів у легенях (у 40%). При лабораторному обстеженні лейкопенію спостерігали лише в 22,2% хворих, нормоцитоз - у 77,7%, лейкоцитоз - у решти. Діагноз грипу було підтверджено лабораторно 60% хворих.

З аденовірусною інфекцією було госпіталізовано 54 хворих, серед них чоловіків - 67%, жінок - 33%, середній вік - $26,7 \pm 5,03$ роки. З середнім ступенем важкості - 94,4%, легким - 1,8%, тяжким - 3,8%. На контакт із подібними хворими вказували 22,2% хворих. Симптоматика була наступною: біль та першіння в горлі (77,8%), нежить (55,6%), головний біль (50%), м'язові болі (13%); об'єктивно - збільшення лімфовузлів (66,7%), кон'юнктивіт (50%), гіперемія ротоглотки (94,4%), збільшення мигдаликів (79,6%), нальоти на мигдаликах (51,8%).

З ГРВІ з'ясованої етіології було 86 чоловік, з них чоловіків 58%, жінок 42%, середній вік - $33,47 \pm 7,02$ роки. З легким ступенем важкості було 3,6% хворих, середнім - 87%, важким - 9,4%. Ускладнення виявлені в 42,2% (пневмонія, трахеобронхіт, гайморит, нефротичний синдром та інші).

Всі хворі отримували загальноприйняте лікування. Тривалість перебування в стаціонарі коливалася від $4,05 \pm 0,43$ до $9,46 \pm 0,87$ днів.

Висновки: 1. При захворюваності на грип та інші ГРВІ спостерігається чітка сезонність (зимова) та періодичність.

2. Клінічна симптоматика грипу, аденовірусної інфекції подібна, що призводить до певних труднощів та помилок при клінічній діагностиці. Це зобов'язує більш широко використовувати лабораторні методи підтвердження діагнозу.

3. При gripі серед симптоматики на перший план виходять симптоми інтоксикації, при аденовірусній інфекції - явища тонзиліту, кон'юнктивіту, лімфаденіту.

4. Серед госпіталізованих найбільша доля ускладнень припадає на ураження дихальної системи та додаткових пазух носа.

5. Слід звернути увагу на не завжди обгрунтоване використання антибактерійних та жарознижкуючих препаратів на догоспітальному етапі.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ А І В ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ДІАГНОСТИКИ

Краснюков А. А., V курс

Керівник - доц. Чемич М. Д.

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Мета роботи: провести аналіз захворюваності на вірусні гепатити А і В (ВГА і ВГВ) в Сумській області з 1994 по 1999р.р.

Найбільша захворюваність на ВГА спостерігалася в 1996 році, коли переохворіло 3195 осіб, співвідношення дорослих і дітей - 2,2:1. Частіше хворіли мешканці міста, співвідношення міських мешканців та мешканців села - 1,8:1. Найнижча захворюваність була в 1999 році, коли захворіло 500 осіб, при цьому захворю-

ваність у порівнянні з 1998 роком зменшилася на 2/3. Співвідношення дорослих і дітей - 5,3:1, мешканців міста і мешканців села - 1,2:1. Відмічається поступове вирівнювання захворюваності в місті та селі, починаючи з 1994 року: 1994 - 2,3:1; 1995 - 2,0:1; 1996 - 2,2:1; 1997 - 1,4:1; 1998 - 1,07:1; 1999 - 1,2:1. Доросле населення хворіло частіше за весь період спостереження: 1994 - 1,9:1; 1995 - 2,0:1; 1996 - 2,2:1; 1997 - 2,7:1; 1998 - 3,1:1; 1999 - 5,3:1. Найбільша захворюваність на ВГА відмічалася в містах Ромни, Суми, Конотопі, а також в Красношільському, Охтирському, Тростянецькому районах. Рівень захворюваності на 100000 коливався від 226,4 до 77,1.

Аналізуючи захворюваність ВГВ слід відмітити, що загальна захворюваність коливалася від 7,6 до 9,1 на 100000 населення, а в абсолютних цифрах від 102 до 125 осіб. Основну масу хворих склали дорослі. Дітей за весь період спостереження захворіло 23. Аналізуючи шляхи передачі, виявили, що переважним шляхом передачі був ін'єкційний - від 20 до 31 випадку, потім йшли хірургічний шлях і стоматологічні маніпуляції (10-22 та 8-14 випадків відповідно). Визначені параметри діагностики ВГ, а також особливості діагностики ВГВ в залежності від стадії процесу.

Висновки: 1. Враховуючи періодичність епідемічного процесу при ВГА, слід чекати підвищення захворюваності в 2000-2001 роках.

2. У структурі захворюваності ВГА основну частину складає доросле населення.

3. Рівень захворюваності ВГА серед мешканців міста вищий, ніж серед мешканців села, але спостерігається тенденція до зрівняння.

4. Показник захворюваності на 100000 населення при ВГВ нижче, ніж по Україні в 2-3 рази.

5. Із-за недостатньо оснащеної лабораторної бази часто не діагностуються стерті, субклінічні форми ВГ.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СПОРАДИЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ДИЗЕНТЕРІЮ

П'ятниця О.В., V курс

Керівник - доц. Чемич М.Д.

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Мета: визначити особливості спорадичної захворюваності та перебігу гострої дизентерії (ГД) в м. Суми за період з 1994 по 1999 роки.

Захворюваність ГД на 100000 населення склала у 1994 р. - 47; 1995 р. - 61; 1996 р. - 86; 1997 р. - 21; 1998 р. - 16; 1999 р. - 68. За цей період серед хворих переважали чоловіки. Найбільш високою була захворюваність у віковій групі від 0 до 7 років. Пік захворюваності реєструвався в вересні-жовтні. До 1996 р. серед збудників ГД переважали Sh. Sonnei, з 1996 по 1998р. - Sh. Flexneri, а з 1999 року знов почали домінувати Sh. Sonnei.

Було проаналізовано 33 історії хвороби хворих на ГД, які лікувалися в СОКІЛ у 1999 році. Чоловіків було 51,5%, жінок - 48,5%; дітей до 15 років - 6%, дорослих - 94%. Найбільша захворюваність спостерігалася в віковій групі 20-30 років (48%).

Легкий ступінь важкості ГД спостерігався в 3%, середньо-важкий - у 87,8%, важкий - у 9,2% хворих. На 1-й день хвороби було госпіталізовано 18,8% хворих, на 2-й - 34,3%, на 3-й та пізніше - 46,9%. При бактеріологічному дослідженні в 58% хворих виділена Sh. Flexneri, у 42% - Sh. Sonnei. У жодного хворого діагноз ГД не був виставлений клінічно.

При госпіталізації блювання спостерігалася в 24% хворих; діарея до 8-9 разів на добу - в 100%; явища гемоколіту - в 48%, спазм сигмоподібної кишки - в 48%. У 100% хворих спостерігався больовий синдром, який утримувався 4-5 дб.

Температура була в межах 38 - 39⁰С і нормалізувалася в більшості випадків на 4 добу. 80% хворих вказували на головний

біль, слабкість, головокружіння. Симптоми зневоднення спостерігалися в 30% хворих.

Для лікування хворих використовували регідрон у 93% випадків, внутрішньовенне введення розчинів – у 20% випадків. Фуразолідон застосовувався в 63,6% випадків, поліміксин – у 27,2%, левоміцетин – у 51,5%.

Термін перебування хворих у стаціонарі склав 10-11 днів.

Таким чином, найвища захворюваність на ГД спостерігалася в 1996 році, серед хворих переважали чоловіки, найбільш сприятливі до ГД є діти до 7 років. Основним етіологічним фактором ГД були Sh. Sonnei та Sh. Flexneri. Серед госпіталізованих також переважали чоловіки віком від 20 до 30 років. ГД перебігала переважно в середній ступені важкості з типовою клінічною симптоматикою.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СПОРАДИЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ

Норець Н.В., V курс

Керівник – доц. Чемич М.Д.

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Мета: визначити структуру захворюваності на сальмонельоз (С) у м. Суми за період з 1994 по 1999 роки та особливості перебігу С.

За період з 1994 по 1999 роки всього зареєстровано 439 випадків С. Захворюваність по м. Суми на 100000 складала в 1994 році 45,3 випадки, в 1995 р. - 24,7; у 1996 р. - 18,1; у 1997 р. - 9; у 1998 р. - 20; 1999 р. - 18,1.

Серед хворих у всі роки переважали чоловіки, найбільша кількість випадків С була в віковій групі від 20 до 45 років. Найбільша кількість випадків С спостерігалася в

квітні-вересні, що є характерним для гострих кишкових інфекцій. Серед збудників найчастіше реєструвалася *S. enteritidis* та *S. typhimurium*.

Проаналізовано 15 історій хвороби хворих на С, пролікованих у 1999 році в СОКЛЛ. Чоловіків було 10, жінок 5, вік коливався від 18 до 71 років, основну групу склали хворі працездатного віку. Всі були з середнім ступенем важкості. Госпіталізовано в 1 день захворювання 6 хворих, на 2 день – 4, на 3 день та пізніше – 5. У всіх фактором передачі були харчові продукти.

У клінічному діагнозі реєструвався гастроентероколітичний варіант (ГЕК) у 6 хворих, гастроентеритичний (ГЕ) виявлений у 5, ентероколітичний (ЕК) – у 4. При бактеріологічному дослідженні в 13 хворих виділена *S. enteritidis*, у 2 - *S. typhimurium*. У жодному випадку діагноз С клінічно не встановлений.

При госпіталізації в 8 хворих із ГЕ та ГЕК варіантами спостерігали блювання, яке зберігалася в середньому 2 доби ($2,38 \pm 0,45$); діарею від 4 - 7 разів на добу (в 6 хворих) до 20 разів (у 8). Діарея була відсутня лише в 1 хворого з 15. Випороження нормалізувалися в середньому на 6-10 день ($8,29 \pm 0,96$).

На приступоподібні болі в епігастрії скаржилися 4 хворих з ГЕ, 1 – з ЕК та 2 - з ГЕК, в мезогастрії - відповідно 3, 2, 4 хворих, в гіпогастрії – 3, 2, 4. Тривалість больового синдрому склала в середньому $6,42 \pm 0,99$ діб.

Гарячка зберігалася від 3 до 6 діб ($5,27 \pm 0,88$). Головний біль був у 3 хворих, слабкість – у 13, головокружіння – у 5; збільшення печінки – у 3, спазмована сигма – у 2.

Лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) в гострому періоді склав $3,72 \pm 1,06$; гематологічний показник інтоксикації (ГПІ) $5,198 \pm 2,26$. У періоді реконвалесценції ЛІІ та ГПІ зменшувалися до $0,89 \pm 0,26$ та $0,93 \pm 0,22$.

Хворим проводили загальноприйняту терапію: дієта, регідрон (у 14-93,3%), етіотропні препарати - фуразолідон, левоміцетин, поліміксин. Біопрепарати та еубіотики не використовували.

Середній термін перебування хворих у стаціонарі склав $13,5 \pm 1,58$ днів.

Таким чином, серед захворілих на С переважають чоловіки. Найчастіше хворіють у віковій групі 20-45 років. Характерною є весняно-літня сезонність. В клінічному перебігу переважає середньоважкий ступінь. Найчастіше етіологічним фактором спорадичного С була *S. enteritidis*.

ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО НАВЧАЛЬНОГО ПОСІБНИКА В КЛІНІЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Бутко В. А., V курс

Керівник - доц. Чемич М. Д.

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Актуальність: у зв'язку з широким розповсюдженням інфекційних захворювань, великою кількістю нозологічних форм, сезонністю, а також різноманітністю клінічних проявів окремо взятих нозологій виникає необхідність включення в процес навчання студентів медичних ВНЗ наглядного матеріалу. Це досягається при роботі студентів у ліжка хворого. Однак ряд хворих може бути відсутнім у стаціонарі, в зв'язку з чим виникає необхідність надання такого матеріалу в вигляді слайдів, таблиць, схем.

Метою створення електронного навчального посібника з інфекційних хвороб була інтенсифікація навчального процесу, а також підвищення його ефективності і наглядності.

Даний посібник складається з атласа, який включає фотографічне зображення зовнішніх проявів інфекційних захворювань, циклів розвитку збудників, гістологічних препаратів і класифікацій, доповнених даними, які отримані з міжнародної інформаційної мережі Internet. Завдяки цьому посібнику виникає можливість демонстрації студентам клінічних проявів інфекційних хвороб, які зустрічаються переважно в дітей (скарлатина, кір, краснуха, кашлюк, вітряна віспа та ін.), продемонструвати які в умовах стаціонару не завжди можливо.

Студенти мають можливість побачити клінічні прояви висококонтагіозних конвенційних інфекційних хвороб (холера, чума, жовта гарячка і т.д.) та ряду екзотичних захворювань (геморагічні гарячки, лейшманіоз, малярія).

У зв'язку з постійним впровадженням в клінічну практику найновіших високоефективних методів діагностики, лікування і профілактики, деякі захворювання зникають (натуральна віспа), однак зберігають свою значимість в історичному аспекті і можуть бути продемонстровані студентам за допомогою даного посібника. Ряд інфекційних захворювань втратили характерну їм симптоматику, і часто перебігають у вигляді стертих і субклінічних форм, але не виключається можливість їх маніфестного прояву. Все рідше зустрічаються паралітична форма поліомієліту, черевний і висипний тифи і ряд інших широко розповсюджених в недалекому минулому захворювань.

З'являються нові хвороби (СНІД, цитомегаловірусна інфекція, феліноз та ін.), які також необхідно демонструвати студентам, а це не завжди можливо з деонтологічних принципів. Велику інформацію студенти отримують для проведення диференціальної діагностики інфекційних захворювань з соматичною патологією і великою кількістю алергічних та інших проявів різних захворювань.

Електронний посібник з інфекційних хвороб покликаний допомогти студентам у розвитку логічного мислення і

послідовного опису локальних осередків ураження. Крім того він може бути використаний викладачем для контролю знань студентів як на кафедрі інфекційних хвороб, так і на інших кафедрах, предметом вивчення яких є захворювання, які супроводжуються зовнішніми проявами (дитячі інфекційні хвороби, шкірні та венеричні хвороби, деякі внутрішні хвороби та ін.).

ВИКОРИСТАННЯ ВІДЕОФІЛЬМІВ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ З ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Кобилецький С.М., Васько Н.І., Сасовська В.В., V курс
 Керівник - доц. Чемич М.Д.
 Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Мета роботи: створити навчальний фільм по засвоєнню практичних навичок в клініці інфекційних хвороб.

Засвоєнню практичних навичок студентами вищих медичних закладів освіти приділяється особливо важливе місце. На жаль не всі практичні навички студент під час навчання та практики може побачити, а тим паче самостійно виконати їх. На це є велика низка причин і етичних, і деонтологічних, і професійних.

Серед наочних посібників навчальний фільм займає важливе місце. Ефективність навчального фільму, як засобу засвоєння студентами матеріалу полягає в одночасному залученні декількох видів пам'яті: зорової, слухової, словесно-логічної та рухової.

Створення фільму студентами - гуртківцями кафедри інфекційних хвороб на базі Сумської обласної клінічної інфекційної лікарні (СОКІЛ) покликане активізувати сприйняття матеріалу, спонукати до самостійного засвоєння практичних навичок. Завданням фільму - демонстрація методик та практичного виконання найважливіших методів діагностики, правил забору

матеріалу на лабораторне дослідження, лікувально-діагностичних процедур.

Навчальний фільм складається з декількох окремих сюжетів, в кожному з яких демонструється певне дослідження. Практичне виконання методики супроводжується детальним поясненням правил її виконання. Демонструється проведення шкірно-алергічних проб, введення сироваток за Безредько, забір крові для лабораторних досліджень, забір гемокультури, дуоденальне зондування, люмбальна пункція, ректороманоскопія та інше.

Таким чином, навчальний фільм допоможе майбутньому лікарю більш глибоко засвоїти необхідні в майбутньому знання та навички.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С ЗА ДАНИМИ СОКІЛ

Бражна І.А., Семенова Т.М., VI курс

Керівник – доц. Гльїна Н.І.

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

В останні роки проблема вірусного гепатиту С (ГС) набула особливої актуальності.

Проаналізовані епідеміологічні особливості та клінічний перебіг ГС у 21 хворого, що знаходилися на лікуванні в СОКІЛ в 1997-1999 р.р. Вік хворих від 16 до 62 років, з них чоловіків 18 (85,7%), жінок 3 (14,2%). Середньоважкий перебіг хвороби був у 19 (90,4%), важкий – у 2 (9,5%) хворих. Діагноз підтверджений знаходженням маркерів HCV за допомогою ІФА. В 11 (52,3%) хворих у крові виявлений HBs Ag.

Серед хворих переважали особи молодого віку - до 30 років було 18 (87%). Парентеральний шлях зараження з'ясований

у 81%, статевий - у 19%. 12 (57%) хворих були ін'єкційними наркоманами.

В переджовтяничному періоді в 12 (57,1%) хворих визначався диспептичний синдром, у 4 (19%) – астено-вегетативний, у 3 (14,3%) – змішаний, у 2 (9,5%) – артралгічний.

Переважали скарги на слабкість, зниження працездатності, швидку втомлюваність у 15 (71,4%); болі в ділянці печінки у 10 (47,6%), нудоту у 6 (28,6%), шкірний зуд у 3 (14,2%), ахолію калу у 4 (19%) хворих.

Ці ж скарги залишилися і в жовтяничному періоді. У 18 (85,4%) хворих була жовтяниця, яка тривала в межах 9-23 ($19,6 \pm 1,2$) днів. У 20 (95,2%) відмічалось збільшення печінки, у 3 вона була болючою; у 4 (19%) збільшена селезінка.

Біохімічні показники крові в періоді жовтяниці: загальний білірубін крові $143,1 \pm 3,2$ ммоль/л; прямий $70,2 \pm 2,1$; непрямої $55,6 \pm 1,4$; АлАТ $769,3 \pm 9,9$ мкмоль/л х год, АсАТ $516,25 \pm 16,2$ мкмоль/л х год. При виписці зі стаціонару загальний білірубін крові сягав $16,5 \pm 1,8$ мкмоль/л; прямий $10,3 \pm 0,9$; непрямої $7,02 \pm 1,2$; АлАТ $288,5 \pm 83,1$ ммоль/л х год, АсАТ $164,9 \pm 1,9$ ммоль/л х год (біохімічний аналізатор Cobas Epiга).

Таким чином, ВГС частіше уражає осіб молодого віку, переважає парентеральний шлях зараження. Клінічний перебіг характеризується середньою важкістю, наявністю диспептичного синдрому в переджовтяничному періоді, вираженою інтоксикацією, жовтяницею та гепатомегалією.

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ПЕРВИННО - ХРОНІЧНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ

Льїна В.В., V курс

Керівник – доц. Льїна Н.І.

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Проаналізований клінічний перебіг хронічного токсоплазмозу в 22 хворих, що знаходилися на лікуванні в Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні протягом останніх 7 років. Серед них чоловіків було 3, жінок – 19. Вік коливався в межах від 15 до 42 років. У всіх хворих діагностований набутий первинно-хронічний токсоплазмоз. Діагноз підтверджений РЗК у 7 хворих, РНІФ – у 8, РІФА – у 11 та знаходженням високого вмісту (32-120 МО/мл) анти Тохо IgG у 14 хворих.

В клінічній картині майже в усіх хворих відмічалася загальна інтоксикація, про що свідчили скарги на загальну слабкість та швидко втомлюваність у 19 хворих (86,3%). У 13 (59%) хворих був знижений апетит, 11 (50%) скаржилися на поганий сон, 6 (27%) на м'язові болі; 12 (54,5%) хворих відмічали підвищену дратівливість, подавленість настрою; 4 (18%) – зниження пам'яті, 6 (27%) – погіршення зору.

З об'єктивних симптомів хронічного токсоплазмозу в 15 (68,2%) хворих відмічався довготривалий субфебрилітет. У 9 (41%) підвищення температури мало хвилеподібний характер, були періоди апірексії.

У 12 (54,5%) хворих відмічена генералізована лімфаденопатія. Тільки у 1 (4,5%) хворого були збільшені лише задньо – та передньошийні лімфовузли. Останні не перевищували 1-2 см в діаметрі і при пальпації були щільними, рухливими, неболочими. В 2 (9%) хворих діагностований міокардит. У 4 (18,2%) хворих була збільшена печінка без порушення її функції.

У більшості хворих (20 – 90,9%) відмічалися зміни з боку нервової системи у вигляді астеничного, а у 2 (9%) – фобічного синдромів.

Ураження очей – один з характерних проявів хронічного токсоплазмозу – виявлено у 4(18,2%) хворих: у 1 хворого був ретиніт, у 2 – увеїт, у 1 – неврит зорового нерву.

Таким чином, з хронічних форм набутого токсоплазмозу переважно первинно-хронічний. Частіше хворіють жінки. Клінічна картина токсоплазмозу характеризується поєднанням уражень різних органів та систем. Найбільш частими проявами є довготривалий субфебрилітет, лімфаденопатія та ураження центральної нервової системи.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Коцюбенко Т.Л., V курс

Керівник – ас. Троцька І.О.

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Мета роботи: вивчення особливостей перебігу менінгококової інфекції в залежності від віку та наявності супутньої патології.

Узагальнено досвід діагностики та лікування 39 дорослих, хворих на генералізовану форму менінгококової інфекції віком від 15 до 72 років, що лікувалися в СОКЛІ в період з 1990 по 99 р. р. Чоловіків було 20, жінок – 19. За віком хворі розподілялись: від 15 до 25 років – 21 (54%), від 25 до 50 років – 8 (20%), понад 50 років -10 (26%). Середній вік хворих становив 29 років.

Основною клінічною формою захворювання була змішана (менінгіт або менінгоенцефаліт та менінгококцемія) – 21 (54%), рідше зустрічалися менінгіт або менінгоенцефаліт – 12

(27%) та менінгококцемія - 4(10%). У 2 хворих менінгіт поєднувався з рідкими формами інфекції - іридоциклітом (1) та артритом (1).

У осіб молодого і середнього віку захворювання розпочиналося переважно гостро - 86%. Домінуючими симптомами в день госпіталізації були: головний біль (95%), блювання (86%), ригідність потиличних м'язів (81%), симптом Керніга (71%), висока гарячка (95%).

Ускладнення розвивалися у 11 осіб (52%) у вигляді інфекційно-токсичного шоку, набряку головного мозку. Летальних випадків серед хворих цієї вікової групи не відмічалось.

У 1/2 осіб похилого віку хвороба починалася підгостро або поступово, в 2 рази частіше, ніж у хворих молодого та середнього віку, з назофарингіту. Серед клінічних особливостей захворювання в цій віковій групі слід відмітити: часту дисоціацію менінгеальних ознак (7 осіб), тривалий субфебрилітет (6 осіб), невідповідність між ступенем вираження менінгеального синдрому і тяжкістю перебігу хвороби (9 осіб), більш частіша наявність патологічних рефлексів, розладів свідомості (7 осіб), вогнищевої неврологічної симптоматики (8 осіб). У хворих цієї групи в 2 рази частіше реєструвався менінгоенцефаліт, рідкі форми (іридоцикліт та артрит) теж відмічалися саме у хворих похилого віку. Для них була характерна повільна санація ліквора (в середньому 24 дні проти 12 у осіб молодого та середнього віку) з тривалою білково-клітинною дисоціацією.

Частота набряку головного мозку та інфекційно-токсичного шоку у осіб похилого віку в 1,7 рази вище, ніж у молодих. Майже в усіх хворих спостерігали приєднання вторинної інфекції (інфекцій сечовидільних шляхів, пневмоній та ін.), формуванням блокованої форми (епідематиту). Двоє хворих з цієї вікової групи померло.

Таким чином, в осіб похилого віку менінгококова інфекція перебігає значно тяжче і триваліше, що зумовлено зни-

женням компенсаторних механізмів і наявністю супутніх захворювань.

ДИСБАКТЕРІОЗ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Федоренко С.Г., V курс

Керівник ас. Кліменко Н.В.

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Метою дослідження було вивчення мікробіологічного фенотипу осіб, що страждають хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

Усього обстежено 74 особи (36 чоловіків та 38 жінок) у віці від 15 до 75 років. З них хворих на хронічний гепатит - 21, виразкову хворобу 12-палої кишки - 9, хронічний гастрит - 18, інші захворювання шлунково-кишкового тракту - 27.

При бактеріологічному дослідженні калу відхилень у складі мікрофлори не виявлено у 18 (23%) хворих.

В інших випадках ентеропатогенна кишкова паличка виділена у 8,1%; кишкова паличка зі слабо вираженими ферментативними властивостями - у 2,7%; кишкова паличка з гемолізуючими властивостями - у 9,5%. Біфідумбактерії були відсутні у 60,8%, а лактобацили - у 24,3% хворих.

Умовно-патогенна мікрофлора виділена в надмірній кількості від 8 (10,8%) хворих. Питома вага клебсієл становила 62,5%, протея - 12,5%, ентеробактерій - 25%.

Золотистий стафілокок виділений від 5 (6,8%) хворих, гриби *Candida* - від 11 (14,9%) хворих.

Мікрофлора кишечника людини різноманітна. Зміни співвідношення звичайного складу мікроорганізмів в товстій кишці, поява умовно-патогенної та патогенної флори ще раз підтверджують, що майже завжди, навіть при відсутності клініки,

при хронічних захворюваннях шлунково-кишкового тракту має місце зміна біоценозу кишківника.

Етіологічна структура гострих кишкових інфекційних захворювань

Калмикова Т.М., V курс
Керівник - ас. Кулеш Л.П.

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Мета роботи: проаналізувати етіологічну структуру гострих кишкових інфекцій за даними СОКІЛ та ступінь підтвердження діагнозу.

Було проаналізовано 175 історій хвороб хворих, що лікувалися в 1999 р. з приводу гострих кишкових інфекцій. Діагноз харчової токсикоінфекції (ХТІ) було встановлено 51 хворому, гострої дизентерії (ГД) - 33, сальмонельозу (С) - 16, гострої кишкової інфекції (ГКІ) - 75. Віковий склад хворих був наступний: до 20 років - 30, 20-29 років - 58, 30-39 років - 21, 40-49 років - 21, більше 50 років - 43. Серед них жінок 79, чоловіків 96.

Факторами передачі були переважно м'ясні продукти (ковбаси, м'ясо, паштети), молочні продукти, придбані не в магазині (молоко, сметана, вершки, сири), свіжі овочі та фрукти (кавуни, огірки, помідори, виноград, салати).

Діагноз підтверджений бактеріологічно та за допомогою серологічних реакцій. Етіологічним чинником ГКІ були: *Kl. pneumoniae* у 20 хворих, гемолізуюча *E. coli* у 11, *E. coli* зі зниженими ферментативними властивостями у 2, *Pr. morgani* у 7, *Pr. rettgeri* у 2, *Pr. mirabilis* у 1, *Ent. cloacae* у 6, *St. aureus* у 5, *S. freundii* у 4, *Pr. vulgaris* у 3, ЕПКП О1 у 3. Зареєстровано 11 випадків гострих кишкових інфекцій, етіологічним чинником яких було декілька збудників: *Kl. pneumoniae* та гемолізуюча

E. coli - 4 випадки, *Pr. morgani* та гемолізуюча *E. coli* - 1, *Pr. rettgeri*, *St. aureus* та ЕПКП *O*₇₅ - 1, *Ent. cloacae* та гемолізуюча *E. coli* - 1, ЕПКП *O*₁ та гемолізуюча *E. coli* - 1, *St. aureus* та *Pr. vulgaris* - 1, *St. aureus* та гемолізуюча *E. coli* - 1, *C. freundii* та *St. aureus* - 1. Реакція аглютинації з аутоштамами проведена в 27 випадках, позитивних отримано 18 та 9 негативних результатів.

Збудниками ХТІ найчастіше були: *Kl. pneumoniae* - в 11 хворих, гемолізуюча *E. coli* - в 9, *Ent. cloacae* - в 6, *St. aureus* - в 5, *Pr. morgani* - в 5, *C. freundii* - в 2, ЕПКП *O*₁₂₅ - в 1, *Pr. rettgeri* - в 1. У 11 хворих на ХТІ було виділено одночасно декілька збудників: *Kl. pneumoniae* та гемолізуюча *E. coli* - 4, *Kl. pneumoniae* та *St. aureus* - 2, ЕПКП *O*₇₅ та *St. aureus* - 1, ЕПКП *O*₁ та гемолізуюча *E. coli* - 1, *Ent. cloacae* та *St. aureus* - 1, *Pr. morgani* та гемолізуюча *E. coli* - 1. Поставлена РА з виділеною культурою в 8 випадках: 4 результати позитивні, 4 негативні.

У хворих на ГД в етіологічній структурі переважають *Sh. flexneri* II-2a - 18 випадків, *Sh. sonnei* - 13. В 2-х випадках діагноз ГД був виставлений за клініко-епідеміологічними та серологічними даними. З 8 виконаних серологічних реакцій 6 позитивних, 2 негативні. В 15 випадках ГД хворі ні з чим не змогли пов'язати своє захворювання.

Серед збудників С переважає *S. enteritidis* - 14 випадків, *S. typhimurium* - 2. У всіх випадках діагноз С підтверджений бактеріологічно.

Таким чином, етіологічна структура гострих кишкових інфекцій представлена широким колом збудників, діагноз найчастіше встановлювався після лабораторного підтвердження.

Морфологічна секція

ЗМІНИ ЕПІФІЗАРНОГО ХРЯЩА ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ ПІД ВПЛИВОМ ІОНІЗУЮЧОГО ВИ- ПРОМІНЕННЯ ОРГАНІЗМУ

Погорелов М.В.

Науковий керівник-проф. Сікора В.З.

Кафедра нормальної анатомії

Метою нашої роботи було вивчення мікроструктурних змін в епіфізарному хрящі великогомілкових кісток білих щурів під впливом іонізуючого випромінення, підвищений рівень якого спостерігається в північних районах Сумської області після аварії на ЧАЕС.

Експеримент проводився на 55 білих щурах-самцях лінії Вістар масою 150-200 грам. Тварин розбили на три серії по 15 щурів в кожній. Четверту серію (10 тварин) склав контроль. Опромінювання проводилось на установці "Рокус" відповідно серіям в дозі 1,2 та 3 Грея. Після закінчення експерименту тварин забивали під ефірним наркозом та забирали великогомілкові кістки, котрі клали в розчин трілону Б до повної декальцинації. Потім робили зрізи, які забарвлювали гематоксилін-еозіном та вивчали мікроструктурні зміни в епіфізарному хрящі.

В першій серії експерименту добре розрізняються всі п'ять зон епіфізарного хряща за В.Г. Ковешніковим, але відмічається незначне накопичення сполучної тканини між стовбцями хондроцитів та поодинокі вакуолізовані клітини.

В другій серії зміни носять більш деструктивний характер. Так, збільшується кількість вакуолізованих клітин та сполучної тканини, порушується розташування клітин. В третій серії взагалі важко знайти межі зон, відбувається значне накопичення

сполучної тканини та деструкція хондроцитів, що призводить до порушення росту кісток в довжину.

Таким чином, зміни в епіфізарному хрящі довгих трубчастих кісток під впливом іонізуючого опромінення носять Деструктивний характер, порушуючи ріст довгих трубчастих кісток.

СМЕРТНІСТЬ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Романюк К.А., студ. I курсу
Наук. керівник Романюк А.М.

У Сумській області відмічається зростання смертності від туберкульозу. В окремих районах області цей показник значно перевищує загальнодержавний рівень. Так, у Шосткинському районі цифри складають, відповідно, 22,4, 20,3, 21,3 на 100 тисяч населення впродовж 1997, 1998, 1999 років, тоді як по Україні ці цифри коливаються від 15,1 до 17,4. Значний ріст смертності від туберкульозу спостерігається у Путивльському районі, де за останні три роки цей показник зріс майже в три рази (з 10,7 у 1997 до 32,6 у 1999 р.), у Ямпільському з 14,6 до 23,8.

Особливо висока смертність серед верств населення, котрі не працюють і мають низький матеріальний достаток. У таких людей ці показники вищі майже в 2 рази і тенденція зберігається досить стабільно. Частіше помирають від туберкульозу чоловіки (в 2-3 роки). Серед усіх форм туберкульозу летальні випадки спостерігалися при дисемінованому та фіброзно-кавернозному туберкульозі.

Така несприятлива ситуація з туберкульозною інфекцією, а також зниження ефективності протитуберкульозних заходів сприяє погіршенню епідеміологічної ситуації з туберкульозом. Відомо, що сьогодні з'явилися штами туберкульозної палички, котрі не чутливі до сучасних протитуберкульозних медикаментів.

Це значно затруднює лікування таких хворих, сприяє збільшенню випадків з деструктивними формами туберкульозу.

Отже, для запобігання розростанню епідеміологічної загрози від туберкульозу потрібно суттєво підвищити заходи профілактичного, організаційного та лікувального спрямування.

МЕТОДИКА ВИГОТОВЛЕННЯ МУЗЕЙНИХ АНАТОМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

Бутенко С.П., Покутня Л.В. (студ. I курсу)

Науковий керівник - Устянський О.О.

Кафедра нормальної анатомії

Більшість провідних анатомів вважає, що анатомічний музей має важливе значення не тільки як зібрання потрібних рідкісних експонатів, але і як місце, де студент та лікар в будь-який час перегляне або вивчить анатомічний факт на препараті, якісно підготується до заліку та екзамену. В анатомічному музеї зберігається те, що практично не має ринкової вартості, та разом з цим те, що на ринку не придбаєш ні за які гроші. В останні роки на кафедрі нормальної анатомії виготовлені поліхромні судинно-нервово-м'язові анатомічні препарати з використанням як відомих, так і самостійно розроблених технологій. Техніка виготовлення таких препаратів включає наступні етапи:

1. взяття органу чи частини тіла та їх фіксація;
2. препарування органу та його відбілювання;
3. висушування органу та його фарбування;
4. покриття органу захисним шаром;
5. монтаж органу в музейній банці та їх герметизація.

Виготовленні таким чином анатомічні препарати мають привабливий вигляд, демонстративні, довго зберігаються без зміни кольорів.

ОСОБЛИВОСТІ ОСТЕОРЕПАРАЦІЇ ПРИ ЗАКРИТОМУ ПЕРЕЛОМІ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНОЇ ДЕГІДРАТАЦІЇ

Кононенко О.С., студ. V курсу
Науковий керівник - проф. В.З. Сікора
Кафедра нормальної анатомії

Дегідратація супроводжує майже всі захворювання, зокрема патологію ШКТ, багато інфекційних хвороб, опіки та ін. Метою нашої роботи та контрольну, по 30 тварин в кожній. В експерименті використано 60 шурів-самців вагою 150г. Всім тваринам під ефірним наркозом робили закритий перелом стегнової кістки. Тварин поділено на дві групи: експериментальну та контрольну, по 30 тварин в кожній. Експериментальну групу, в свою чергу розділили на 3серії.

Перша серія - легкий ступень дегідратації (3 дні)

Друга серія - середня ступінь дегідратації (9 днів)

Третя серія - важка ступінь дегідратації (12 днів)

По закінченню експеримента тварин забивали та вивчали тривкісні характеристики стегнових кісток та гістологічну структуру регенерата. Оцінка тривкості проводилась на розривній машині Р-0,5.

При обробці результатів зазначаємо достовірне зниження тривкісних характеристик дослідних кісток, в зрівнянні з інтактними тваринами, та значні відмінності в мікроскопічній будові регенерата у вигляді затримки формування хрящової та кісткової мозолі. Всі ці зміни прямопропорційні ступеню зневоднення організму.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

С.Ф.Колонтаєвська -студ.3 курсу

Наукові керівники: проф. А.М.Романюк-кафедра патологічної анатомії, зав. відділенням загальної патології Сумського ОПАБ
Л.І.Карпенко.

В наш час, незважаючи на скорочення виробництва, серед працюючих великий відсоток складають жінки. Часто, як відповідь, на дію шкідливих факторів виникає порушення менструальної функції, частота його становить- 4-48% (Біляєв С.Г.,1999). Нозологічними формами нашого вивчення стали дисфункціональні маткові кровотечі (ДМК), фіброміома матки з геморагічним синдромом (ФЗГ), фіброміома матки без геморагічного синдрому (ФБГ) у жінок репродуктивного віку за п'ять останніх років, працюючих на промислових підприємствах.

Найбільша гінекологічна захворюваність відмічається у Шосткинському, Глухівському, Ямпільському та Кролевецькому районах області. Було виявлено зростання кількості захворівших жінок у віці старше 30 років по всіх нозологіях. Жінки, працюючі на промислових підприємствах, хворі на ФБГ та з ДМК складають близько 26%, а на ФЗГ-41%. Найбільший відсоток серед працюючих хворих жінок відмічається у Шосткинському районі, а серед непрацюючих на промислових підприємствах-у Глухівському районі. Вивчення патоморфологічних змін в ендометрії при ДМК, ФБГ,ФЗГ показали, що в структурі змін більше 50% займає залозиста гіперплазія ендометрія, третину становили зміни які відповідали фазі циклу, інші зміни становили 10-15% (до яких відносились фіброматоз, поліпи, аденоматоз, запальні процеси). Таким чином, отримані дані підкреслюють важливість проведення лікувально-профілактичних заходів у жінок після 30років, які перебувають в умовах несприятливих впливів промислових чинників.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕЛЕЗЕНКИ КРЫС, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ И ИОНИЗИРУЮЩЕЙ РАДИАЦИИ

Гегешко В.В., 2-й курс

Научный руководитель – Васько Л.В.

Кафедра патологической анатомии

Эксперимент поставлен на 40 белых беспородных крысах. В первой серии животные не подвергались никаким воздействиям – контроль, во второй серии производилось однократное общее облучение животных на установке "Rocus" в дозе 1 Гр. В третьей серии производилась нагрузка солями тяжелых металлов в течение 3-х месяцев. В четвертой серии животных после 3-х месячной нагрузки тотально облучали в дозе 1 Гр. Во всех сериях животных забивали через 1 сутки после облучения. Материал после фиксации в формалине заливали в парафин, срезы окрашивали гематоксилин – эозином.

На гистологических препаратах животных второй серии выявлено уменьшенное количество лимфоидных фолликулов, на месте исчезнувших видны крупные ретикулярные клетки. В оставшихся фолликулах наблюдается опустошение реактивных центров, то есть практически нет делящихся лимфобластов. В красной пульпе уменьшено количество эритроцитов.

У животных третьей серии в микроскопическом строении селезенки наблюдается уменьшение размеров и количества лимфоидных фолликулов, но в реактивных центрах можно найти митотически делящиеся клетки.

У животных, подвергшихся комбинированному воздействию повреждающих факторов, гистологическая картина сравнима с таковой у животных второй серии с несколько более выраженными изменениями.

Полученные результаты качественного анализа гистологических препаратов позволяют сделать вывод об угнетающем, деструктивном действии облучения и солей тяжелых металлов на паренхиматозные элементы селезенки, клетки которых являются звеньями как клеточного, так и гуморального иммунитета. При этом более выраженное воздействие оказывает облучение.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АДЕНОГИПОФИЗА ПРИ ПОВЫШЕННОМ ПОТРЕБЛЕНИИ СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ

Якушенко Н.Н., I курс
Научный руководитель - Каваре В.И.
Кафедра нормальной анатомии

В настоящее время одной из наиболее актуальных проблем является изучение причинно-следственных отношений между состоянием здоровья населения и факторами внешней среды. Среди химических факторов, загрязняющих среду обитания, существенная роль принадлежит солям тяжелых металлов.

Работа посвящена изучению морфофункциональных преобразований аденогипофиза животных, получавших с питьевой водой повышенное потребление солей тяжелых металлов в дозах, определенных Новомосковской экспедицией в воде некоторых районов Сумской области. Эксперимент проведен на 30 белых лабораторных крысах-самцах 3-месячного возраста массой 150-200 г, которые получали смеси солей в течение 1, 2 и 3 месяцев.

В первый срок происходит снижение массы гипофиза на 19,1% по сравнению с контролем, в следующий срок этот показатель увеличивается до 22,6%, доходя через месяц до 33,6%. При микроскопическом исследовании аденогипофиза крыс, содержащихся в условиях солевой нагрузки в течение 1 месяца, выявляется его компактное трабекулярное строение. Гиперемия железы

незначительная. Границы клеток четкие. Отмечается выраженная гомогенизация части аденоцитов и отсутствие коллоида.

При повышенном потреблении солей тяжелых металлов на протяжении 2 месяцев в аденогипофизе возникает комплекс дистрофических изменений, наблюдающийся во всех типах железистых клеток. Гипофиз имеет красно-коричневые участки, мягкий, дряблый, уменьшается в размерах. Строение железы не вполне компактное. При исследовании передней доли гипофиза экспериментальных животных определяется мозаичность изменений; наряду с нормальными аденоцитами встречается большое количество аденоцитов с измененной структурой. В этом отношении можно отметить и некоторую закономерность: больше всего среди поврежденных клеток базофильных эндокриноцитов.

В аденогипофизе животных, получавших соли тяжелых металлов с питьевой водой в течение 3 месяцев, обнаружены огрубение стромы, утолщение фиброзной капсулы. Гипофиз полнокровен, уменьшен в размерах. При гистологической микроскопии отмечается нарушение структуры трабекул, появление многослойности, вакуолизация цитоплазмы клеток. Наблюдается частичная потеря хромофильными клетками способности окрашиваться красителями. Параллельно редуцируются и склерозируются кровеносные капилляры. Форма многих ацидофилов и особенно базофилов изменена.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА ПОЧКИ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ОБЩЕГО ОБЛУЧЕНИЯ

Жукова И.С. - III курс

Научный руководитель - Сулим Л.Г.

Кафедра нормальной анатомии

Биологическое влияние малых доз низкой интенсивности, то есть доз, которые получило в результате аварии на ЧАЭС большинство населения, отличается определенной спецификой от средних и больших. Необходимо всегда помнить, что безопасных доз излучения не существует, риск возникновения тяжелых последствий - пропорционален дозе облучения, а концепция гермезиса, то есть наличия позитивного эффекта от влияния малых доз низкой интенсивности - не имеет научного обоснования.

В эксперименте белых беспородных крыс-самцов облучали дозами 1 Гр, 2 Гр и 3 Гр, которые для данной группы животных считаются низкими, на установке "ROCUS" г-лучами дробно, то есть дозу 1 Гр крысы получали через день. Всего использовано 40 животных, по 10 крыс в каждой серии и 10 животных были биологическим контролем. Гистологические препараты окрашивали гематоксилин-эозином и проводили изучение коркового вещества почек. Наибольшие изменения были обнаружены со стороны почечных телец и сосудов мелкого калибра. Объем почечных телец незначительно увеличивается, соответственно увеличению дозы облучения. Увеличивается также и объем клубочков, за счет расширения их капилляров.

Мелкие кровеносные сосуды расширяются, их диаметр больше, чем у контрольной группы, имеются фокусы кровоизлияний, периваскулярные отеки. Гистологические исследования свидетельствуют, что в патологический процесс, возникший под влиянием радиации, вовлекаются структурные элементы корко-

вого вещества почечной ткани: сосуды, почечные тельца, каналы.

ИЗМЕНЕНИЯ УЛЬТРАСТРУКТУРЫ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНИКОВ КРЫС ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ДЕЙСТВИИ СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ И ИОНИЗИРУЮЩЕЙ РАДИАЦИИ

Гшеничная Н.Н. II курс
 Научный руководитель - Кипченко Л.И.
 Кафедра патанатомии

Общетехнический прогресс привел к тому, что организм человека в течение жизни подвергается комбинированному воздействию физических и химических факторов окружающей среды.

Экспериментальное исследование проведено на белых лабораторных крысах-самцах трех месячного возраста массой 150-200 г. Из надпочечных желез изготавливали ультратонкие срезы на ультрамикротоме УМПТ-6 и после контрастирования цитратом свинца исследовали на электронном микроскопе ЭВМ-100БР.

В группе животных, получивших 1 Гр облучения и в течение трех месяцев получавшие соли тяжелых металлов (Cu, Zn, Cr, Pb, Mn), довольно часто встречались очаговые деструкции мембран и цитоплазматических органелл адренокортикоцитов. Ядра адренокортикоцитов вытягивались, матрикс их содержал глыбки хроматина умеренной осмиофилии. Перенуклеарное пространство расширялось. Вокруг ядра образовывались пузырьковидные выпячивания. Митохондрии теряли четко контурируемую оболочку. Тубулярные кристы разрыхлялись. Гладкий эндоплазматический ретикулум становился сильно вакуолизированным. Появляются отдельные цистерны с частично лизированными мембранами. Резко уменьшается количество рибосом и полисом в цитоплазме.

Гиалоплазма адренокортикоцитов просветляется. Комплекс Гольджи становится редуцированным. Уменьшается число гладких мембран, они дезорганизуются. В цитоплазме клеток обнаруживались митохондрии с гомогенизированным матриксом и деструктивно измененными кристами.

В группе экспериментальных животных, получивших облучение в дозе 2 Гр и потреблявших соли тяжелых металлов в течение 3-х месяцев при ультрамикроскопическом исследовании наблюдается значительное просветление цитоплазмы, вызванное существенным уменьшением количества всех органелл. Митохондрии приобретали неправильную форму, тубулярные кристы концентрировались вдоль наружной мембраны. В центре митохондрий образовывалась электронно-прозрачная полость. В цитоплазме адренокортикоцитов практически отсутствовали свободные рибосомы. Комплекс Гольджи представлен небольшим количеством гладких мембран. Цитоплазматическая мембрана имела зоны полного расплавления.

В группе животных получивших облучение в дозе 3 Гр и потреблявших соли тяжелых металлов в течении 3-х месяцев отмечается, что большая часть цитоплазмы адренокортикоцитов не содержит органелл и является электроннопрозрачной. Среди оставшихся органелл присутствовали единичные деструктивно измененные митохондрии и отдельные везикулы гладкой эндоплазматической сети.

Сочетанное воздействие облучения и солей тяжелых металлов приводит к быстрому переростанию дистрофического процесса в деструктивный.

ВАРІАНТИ КРОВОПОСТАЧАННЯ ПЕЧІНКИ ТА НИРОК

Салинко Р.М., Грек А.В - студ. I курсу

Науковий керівник - Устянський О.О.

Кафедра нормальної анатомії

В практичному відношенні заслуговують особливої уваги варіанти кровопостачання життєво важливих органів, з наявністю яких більшість авторів пов'язують цілу низку функціональних розладів. Так, для нирки наявність названих варіантів кровоносних судин приводить до порушення відтоку крові, дистопії органу, розвитку артеріальної гіпертензії та інших розладів. Більшість варіантів у системі кровоносних судин обумовлені порушеннями в ембріональному розвитку первинних судинних сіток. На кафедрі нормальної анатомії при вивченні судинної системи в 1999-2000 навчальному році на трупах виявлені такі варіанти кровопостачання печінки: відсутність загальної печінкової артерії, наявність замість неї двох окремих часткових артерій - лівої печінкової артерії, що відходить від утробного стовбуру, та правої печінкової артерії, що відходить від верхньої брижової артерії. Права нирка мала три однакових по діаметру артерій: верхню, середню та нижню. Ліва - дві: верхню та нижню. Всі ниркові артерії, як справа так і зліва, відходили від черевної частини аорти. Виявлені варіанти ретельно відпрепаровані, з них виготовлено анатомічні музейні препарати.

Секція неврології *201*

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНЫХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ

Дашенко Т.И. (IV курс), Животовский Р.В. (V курс),

Гайдабрус А.В. (III курс)

Руководитель д.м.н. проф. Харченко Е.М.

Курс психиатрии и мед. психологии

Значительное число суицидов и их неуклонный рост, наблюдаемый в большинстве стран мира, в том числе и в Украине, ставит настоящую проблему на одно из ведущих мест в современной психиатрии и социологии. Известно, что более 60 % суицидов совершается в непсихотическом состоянии (чаще в молодом возрасте) как реакция на стресс. При этом характер аффективных реакций различный: преходящие ситуационные расстройства (острые реакции на стресс), острые невротические реакции, ситуационные реакции у психопатических личностей. Клинически эти реакции нередко выглядят сходными, однако структурно они совершенно различны, что затрудняет диагностику и лечение этих больных.

Целью нашей работы являлась клиничко-психологическая дифференциация аффективных непсихотических расстройств с аутоагрессивными действиями.

Методы исследования: анамнестическое – социологическое обследование, клиническая характеристика; экспериментально-психологические методы (уровень притязаний, самооценка личности, степень тревоги, меры конфликтности, уровень интеллекта).

Обследовалось 3 группы больных: 1-ая – с преходящими ситуационными расстройствами - 32 чел.; 2-ая – с острыми нев-

ротическими реакциями - 24; 3-я - с ситуационными реакциями при психопатиях - 20 чел. Контрольной являлась группа здоровых лиц (30 чел.) того же возраста.

Результаты исследования: лица 1-ой группы в психическом плане преморбидно были практически здоровы; 2-ой - чаще обладали чертами акцентуации; 3-й - психопатическими. Клинически - наибольшие различия проявлялись в длительности аффективной симптоматики (1-3 дня в 1-ой группе; до 2-х недель во 2-й; длительные, порой с отсутствием компенсации в 3-й); уровень притязаний и самооценки, в целом, адекватен в 1-ой группе; несколько повышен во 2-ой, резко увеличен в 3-й; уровень тревожности имеет аналогичную тенденцию; в системе отношений наблюдалось нарастание конфликтности по широте параметров от 1-ой к 3-й группе; в сфере интеллекта - отмечались определённые структурные аномалии (недостаточность аспектов социальных представлений, более выраженных у психопатических личностей, своеобразие ассоциативного мышления - во 2-ой и более в 3-й группе, ограниченность целевых понятий в 1-ой группе, снижение волевых качеств чаще у больных с невротическими реакциями; эмоциональность логики у больных с психопатическими чертами и т.д.

Резюме: полученные результаты позволяют более конкретно дифференцировать разные виды аффективных непсихотических реакций, что способствует адекватному лечению и реабилитации данных больных.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ПРИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ ЖЕНЩИН

Солугубовская Ю. (студ. IV курса),

Аль Тахар Мухамед (студ. IV курса), Будник Е.Н. (студ. III курса)

Руководитель – д.м.н. проф. Харченко Е.Н.

Острые невротические реакции с суицидальными действиями занимают одно из ведущих мест среди других аффективных состояний непсихотического генеза. Особенно часто они наблюдаются у женщин молодого возраста в сфере интимно-личностных конфликтов – сексуальной дисгармонии с партнёром.

Целью нашей работы явилось исследование преморбидных особенностей, а также клинико-психологических характеристик больных с указанной патологией.

Методики исследования: анамнестические сведения, экспериментально-психологические методы: определение уровня притязаний, степени эмоциональной напряжённости (тревоги); клиническая характеристика данных состояний.

Обследовал 62 больных (женщины 17-27 лет) с диагнозом острая невротическая реакция с суицидальной попыткой. Контрольной являлась группа здоровых женщин (42 чел.) того же возраста.

Результаты исследования: в клиническом плане у больных преобладали следующие синдромы: депрессивный, истерический, тревожно-фобический (с тенденцией к обсессиям); каждому из которых присущи свои особенности. Общим для всех невротических реакций с аутоагрессивными действиями являлось острое возникновение в результате интимно-личностного конфликта, относительная кратковременность клинических проявлений (10-14 дней), отчётливая зависимость нивелирования невротической симптоматики от причинного фактора. В психологическом плане больные обнаруживали повышенный уровень притязаний, неаде-

кватные реакции выбора (эмоционально-поведенческие и др.), высокий уровень тревожности (т.е. степень эмоциональной напряженности). Указанные проявления, будучи максимальными при поступлении, постепенно уменьшались при лечении, однако оставались всё же выше нормы при выписке, что говорит о преморбидной акцентуации данных лиц. Полученные данные позволяют сделать вывод, что среди разных форм сексуальной дисгармонии женщин чаще других наблюдается тип психофизиологической дезадаптации патернов, в основе которой лежит нарушение межличностных связей с тенденцией к эмоционально-негативным реакциям к сексуальному партнёру и аутоагрессивными действиями; при этом существенным фактором является акцентуация личности пострадавших. В целях реабилитации данной категории больных после выписки необходимо наблюдение сексопатолога и психотерапевта.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДОГЕНЕЗА ПРИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ ПАРЫ

Гонтовая Т.Г. (студ. III курса), Кириченко О.И. (студ. III курса),
Бальды Мамаду Бади (студ. IV курса)
Руководитель — д.м.н. проф. Харченко Е.Н.

Среди огромного числа суицидальных действий, совершаемых в непсихотическом состоянии, категория лиц с переходящими ситуационными расстройствами составляет большинство; при этом основная масса суицидов наблюдается среди лиц молодого возраста, преимущественно сексуальными партнёрами.

Целью работы явилось клинико-психологическое исследование данной категории лиц.

Методы исследования: клинико-анамнестическая характеристика; экспериментально-психологическая – по специальной тест-карте, метод эмоциональных тестов.

Обследовалась группа суицидентов молодого возраста (17-27 лет) – 47 человек (25 мужч. и 22 женщ.) с диагнозом проходящее ситуационное расстройство с суицидальной попыткой. Контрольной была группа здоровых лиц того же возраста (30чел.).

Результаты следующие: клинически, при поступлении в стационар, все испытуемые находились в состоянии физиологического аффекта с реакциями: аффективной дезорганизацией поведения и протеста; реже – гнева и возмущения; нервного напряжения и страха. У большинства отмечалось состояние психомоторного возбуждения, у остальных либо кратковременное угнетение настроения, либо истероформное поведение. Общим для лиц с острой реакцией на стресс было острое возникновение аффективного состояния (как реакции на конфликтную ситуацию) с аутоагрессивными действиями, быстро наступающим в последующем раскаянием, нормализацией настроения в течение 1-3 дней пребывания в больнице, отсутствие невротического компонента и вегетативных реакций. При психологическом исследовании основным мотивом (как причинным фактором) возникновения указанных реакций являлся интимно-личностный конфликт с сексуальным партнёром; 2-м по значимости был фактор нарушения "жизненных целей", особенностью при этом являлось психологическое совпадение у ряда испытуемых понятия "цели в жизни" и интимно-личностного благополучия, что в совокупности оценивалось ими как понятие "счастья", – данное положение можно отнести к своеобразию (ограниченности) интеллекта испытуемых. Полученные результаты позволяют более конкретно понять клинико-психологическую структуру острых реакций на стресс в молодом возрасте и выработать адекватные лечебно-реабилитационные мероприятия.

Секція педіатрії

ВМІСТ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ В ЕРИТРОЦИТАХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ВІД МАТЕРІВ З АНЕМІЄЮ ВАГІТНИХ

Скульбеда А.Е., V курс, Пилипець І.В., клінічний ординатор
Керівник - Маркевич В.Е., д.м.н., професор
Кафедра педіатрії № 2

Для вивчення патогенетичних механізмів анемії у дітей від матерів з анемією вагітних та значення при цьому дисбалансу мікроелементів, визначали методом адсорбційної спектрофотометрії на спектрофотометрі С-115 М1 виробництва НВО "Selmi" Україна вміст Fe, Cu, Zn та Mn в еритроцитах у 71 жінки з анемією вагітних та їх новонароджених. З анемією вагітних I ступеню було 27 осіб, з анемією II-III ступеню - 11. З анемією I ступеню з перебігом на тлі гестозу другої половини вагітності - 12. Групу порівняння склали 11 вагітних без проявів анемії.

При анемії I ступеню вміст Fe в еритроцитах складав 54,3%, у вагітних з анемією II-III ступеню - лише 27,3% порівняно з вагітними без анемії.

Вміст Cu в еритроцитах анемічних вагітних також був значно нижчим. При анемії, що поєднується з гестозом вміст Cu складав лише 9,7% від концентрації у здорових вагітних.

Концентрація Zn при анемії в усіх групах вагітних значно підвищувалась. Виникав дисбаланс Fe та Zn (зменшення вмісту Fe та збільшення Zn).

Концентрація Mn при анемії I ступеню була більшою ($p < 0,01$), ніж у здорових вагітних, а при анемії II-III ступеню суттєво не відрізнялась.

Для новонароджених від матерів з анемією вагітних I ступеню характерною є відсутність дефіциту Fe в еритроцитах.

підвищений рівень Cu та значний дефіцит Zn та Mn. Для дітей від матерів з анемією вагітних II-III ступеню та з анемією I ступеню на тлі гестозу властивий значний дефіцит Fe, Cu, та Mn та підвищений вміст Zn в еритроцитах.

РОЛЬ ЕРИТРОПОЕТИНУ В ГЕНЕЗИ АНЕМІЙ ВАГІТНИХ ТА ЇХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Пилипець І.В., клінічний ординатор
 Науковий керівник - проф., д.м.н. Маркевич В.Е.
 Кафедра педіатрії № 2

Найбільш високу концентрацію еритропоєтину (ЕРО) в сироватці крові мали вагітні жінки без клінічних та лабораторних проявів анемії. У них середній рівень ЕРО складав $130,5 \pm 20,8$ mod/ml. У вагітних з анемією I ступеню сироваткова концентрація ЕРО була на рівні $24,6 \pm 2,47$ mod/ml, при анемії II - III ступеню $60,3 \pm 16,5$ mod/ml.

Концентрація ЕРО сироватки пуповинної крові у здорових доношених новонароджених складала $126,8 \pm 28,6$ mod/ml. Надалі рівень ЕРО швидко знижувався і на 4-5 день життя складав $3,26 \pm 1,8$ mod/ml, на 7-10 день - $2,5 \pm 0,3$ mod/ml. А на 15-20 день життя він досягав рівня $15,7 \pm 2,1$ mod/ml. Наприкінці неонатального періоду рівень ЕРО досягав середньої величини $18,3 \pm 1,0$ mod/ml. Починаючи з кінця 2 місяця життя сироваткова концентрація підвищувалась до $25,1 \pm 2,6$ mod/ml.

У новонароджених дітей від матерів з анемією легкого ступеню концентрація ЕРО в пуповинній крові була в 4 рази меншою ($31,9 \pm 0,8$ mod/ml), ніж у новонароджених від матерів без анемії. Самою низькою концентрацією ЕРО в пуповинній крові була у дітей від матерів з анемією II - III ступеню ($23,3 \pm 3,32$ mod/ml). На 30 добу рівень сироваткового ЕРО у дітей від

вагітних з анемією I ступеню та II-III ступеню становив відповідно $39,2 \pm 12,31 \text{ mod/ml}$ та $53,7 \pm 12,6 \text{ mod/ml}$.

Таким чином, анемія вагітних виникає на фоні значного пригнічення синтезу ЕРО. Для новонароджених від матерів з анемією притаманний низький рівень ЕРО в пуповинній крові (в 1,5 - 6 разів менший) порівняно з дітьми від вагітних без анемії. Найбільше пригнічення ЕРО-синтетичної функції спостерігається у новонароджених в перші години та дні життя від вагітних з важкою анемією.

АНЕМІЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ. АНАЛІЗ ЧИННИКІВ, РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ, СТРОКИ ВИНИКНЕННЯ, ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ

Лобода А. М., 6 курс

Науковий керівник - проф. Маркевич В. Е.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії №2

Проаналізовано 618 історій хвороби дітей, що знаходились на лікуванні у відділенні патології новонароджених Сумської обласної дитячої клінічної лікарні протягом 1999 року з приводу соматичних та неврологічних захворювань. Серед них - 119 (19,26%) мали анемію різного ступеню важкості. У 103 дітей (86,55%) виявлена анемія І ст., у 16 (13,45 %) - анемія II ст.

Всіх новонароджених з анеміями було розподілено на групи.

Першу групу склали 20 дітей (16,81 %) від матерів, у яких під час вагітності не було анемії. У 90% з них анемія I ст. виникала на 15-30 добу. Анемії II ст. не було в жодній дитини. До другої групи включено 74 малюка (62,19%), матері яких під час вагітності страждали на анемію I ст. У цих дітей анемія I-II ст. виникала на 15-30 добу життя. Третю групу склали 25 дітей (21 %) від жінок, які під час вагітності мали анемію II ст. Анемія I ст. в половині випадків у немовлят цієї групи виникала вже на 7-8 добу, в другій

половини - на 15-30 добу життя. Анемія II ст. у 80% розвинулась до кінця першого місяця життя.

Таким чином, анемія діагностується майже у кожної п'ятої дитини з соматичною або неврологічною патологією. Анемія у новонароджених від вагітних з анемією виникає майже в 6 разів частіше, ніж у дітей від жінок без анемії. У переважній більшості новонароджених від вагітних з анемією II ст. анемія виникає вже на 7-15 добу життя, а від вагітних з анемією I ст. - на 15-30 добу. Досить часто та раннє виникнення анемії у новонароджених потребує детального вивчення її етіопатогенезу, напрацювання рекомендацій щодо моніторингу показників червоної крові у новонароджених та шляхів їх корекції.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ЕРИТРОЦИТІВ ПРИ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ ТА ЇХ НЕМОВЛЯТ ЗА ДАНИМИ ЕЛЕКТРОННОЇ МІКРОСКОПІЇ

Чижик В.М., Геліх Т.В., Ситнік О.Є. (студ. VI курс)
Науковий керівник – професор В.Е. Маркевич

Анемії вагітних є однією з найбільш розповсюджених акушерських патологій і зустрічаються у 20-80 % вагітних незалежно від їх соціального та матеріального стану. В Україні ця патологія посіла одне з провідних місць серед ускладнень гестаційного періоду. Перинатальна смертність при залізодефіцитній анемії (ЗДА) вагітних коливається від 1,8 до 19,9 %. Дискусійним є питання про залежність дефіциту заліза у дітей першого днів життя від дефіциту заліза у матері. Матеріали досліджень низки авторів свідчать про те, що плід отримує достатню кількість заліза навіть у тих випадках, коли у матері в період вагітності наявна ЗДА. Тим більш цікаво було б провести дослідження морфологічної структури цієї патології на ультраструктурному рівні.

В даній роботі ми досліджували еритроцити жінок з анемією вагітних II ступеню та їх немовлят. Для цього ми використовували метод растрової електронної мікроскопії (РЕМ), що дозволяє вивчати елементи крові в трьохмірному зображенні зі збільшенням в 10000 разів.

На основі наших досліджень ми дійшли висновку про наявність значних змін еритроцитів матері з анемією вагітних та її дитини порівняно з контрольною групою. Ми спостерігали різні форми поїкілоцитозу та мікроцитозу, які значно виражені при анеміях, в той час як в контрольних зразках ці зміни складали незначний відсоток. Цікаво, що у матері спостерігалась класична ультрамікроскопічна картина ЗДА, яка співпадала з лабораторними та клінічними даними. При дослідженні крові дитини ми побачили ознаки як ЗДА, так і деяких інших анемій – сфероцитарної, стоматоцитарної та гемолітичної, при цьому концентрація гемоглобіну крові у всіх немовлят була на рівні або навіть вище норми, що можливо пов'язано з компенсаторними особливостями новонародженого.

ВИХОДЖУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ 4 СТУПЕНЯ В СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ ДИТЯЧОМУ ВІДДІЛЕННІ

Івашина Ю.П., Гричаненко О.С. (студ. VI курсу)
Науковий керівник – професор Маркевич В.Е.

Вартість виходжування недоношених 4 ступеня є надзвичайно високою. В Сумській обласній дитячій клінічній лікарні (СОДКЛ) на виходжування однієї такої дитини витрачається більше 5 тис грн. За 1999 рік в спеціалізованому відділенні знаходилось на лікуванні 8 дітей з масою тіла 920-999 гр. Термін гестації дітей від 22 до 27 тижнів. В усіх випадках перебіг вагітності був ускладнений: гестози, анемія, гінекологічна патологія, в 3 випадках - перенесені інфекції (ГРВІ, лuis). Одні пологи

проведені шляхом кесарева розтину. Оцінка по шкалі Сільверман - 4-6 балів. Діти поступили у відділення на 5-7 день після народження і знаходились в режимі кювезного виходжування. На грудному вигодовуванні (зцідженням материнським молоком) знаходилось тільки 2 із 8 дітей. В усіх дітей спостерігалась виражена анемія, в лікуванні якої необхідні були вливання еритроцитарної маси (від 2 до 7 разів). При ультразвуковому обстеженні в усіх дітей виявлені гіпоксичні ураження головного мозку, в 4 - крово-виливи в мозок, хоча свідчень про травму не було. В 5 випадках спостерігалась гіпербілірубінемія від 118 до 255 ммоль/л. Одна дитина одержувала антибіотикотерапію (превентивне лікування сифілісу). В комплексне лікування дітей підключалось також парентеральне харчування (інфізол, 10% розчин глюкози), вітаміни (групи В, С, Е, фолієва кислота), пірацетам, есенціале, рибоксин. Четверо дітей одержували біфідумбактерін. Термін лікування дітей коливався від 57 до 125 днів. Всі діти виписані з масою тіла більше 2000 гр в задовільному стані під нагляд педіатра та невролога (з приводу енцефалопатії).

Таким чином, використання комплексного лікування дозволяє добитися задовільних результатів в лікуванні недоношених 4 ступеня. Питання причин відсутності у відділенні недоношених дітей з масою тіла до 900 гр в подальшому потребує вивчення.

АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ У ДІТЕЙ З ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВИХ РАЙОНІВ

Масюк О.І., Масюк Л.А., (студ. VI курсу)

Науковий керівник – професор Маркевич В.Е.

Після Чорнобильської катастрофи екологічна ситуація в Україні склала загрозу здоров'ю дітей. Збільшилась частота захворювань аутоімунним тиреоїдитом, раком щитовидної залози. Гіперплазія щитовидної залози спостерігається у кожної 5 -ї ди-

тини. У дорослого населення Харківської та Сумської областей тиреопатії виявлені у 13% оглянутих (Роздольська О.Н. та співавт., 1993.).

Нами проведена експертна оцінка історій хвороб 27 дітей, що знаходились на лікуванні в СОДКЛ з приводу аутоімунного тиреоїдиту, підтверджений даними сонографії і лабораторними обстеженнями. Всі діти мешкали в місцевості з підвищеним рівнем забрудненості солями важких металів та радіонуклідами. Зниження показників тиреоїдних гормонів виявлено у 21% дітей. У всіх обстежених спостерігалось дифузне збільшення щитовидної залози; хронічна патологія виявлена у 59,2%. При аналізі скарг відмічено, що у 25,9% була кволість, 26% скаржились на головну біль, 18,5% відставали у зрості. У 77,8% дітей спостерігалися зниження рівня гемоглобіну та еритроцитів. Сухість шкіри в історіях хвороб відмічено лиш один раз. Також нами виявлено дискоординацію гуморальної ланки імунітету та залежність його від тиреоїдної активності.

Таким чином, у дітей з аутоімунним тиреоїдитом наявні неспецифічні скарги, висока частота хронічної патології, що ускладнюють встановлення діагнозу. В районах з підвищеним рівнем забрудненості солями важких металів та радіонуклідами потрібно загострити увагу лікарів до аутоімунного тиреоїдиту.

КЛИНИКО-НЕЙРОСОНОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ЭНЦЕФАЛОПАТИЮ

Панькин С.П. - студент VI курса,
научный руководитель – доц. С.В. Попов.

Кафедра педиатрии № 2 СумГУ

Несмотря на значительный прогресс в перинатологии, обусловленный совершенствованием методов диагностики и ле-

чения, частота перинатальных энцефалопатий на протяжении последних лет остается неизменной.

Целью данной работы было определение клинических особенностей перинатальной энцефалопатии у детей в возрасте до одного года в зависимости от генеза энцефалопатии, некоторых сопутствующих заболеваний, пола и изменений нейросонографических показателей.

Исследовали данные историй развития ребенка, амбулаторные карты и параметры нейросонографии детей в возрасте 3-4 месяцев, родившихся доношенными с массой тела 3,200 - 3,600 кг, перенесшими гипоксическое или травматическое поражение ЦНС.

Все новорожденные были разделены на группы:

I - перенесшие гипоксическое поражение ЦНС;

II - перенесшие травматическое поражение ЦНС.

В результате проведенных исследований были сделаны следующие выводы:

1. При гипоксическом поражении ЦНС чаще встречается гипертензионно-гидроцефальный синдром, при травматическом поражении ЦНС - синдром мышечной гипертонии.

2. Локальная гнойно-септическая инфекция и анемии не утяжеляют течение гипоксического и травматического поражения ЦНС.

3. У мальчиков поражение ЦНС наблюдается чаще, однако тяжесть течения не отличается от таковой у девочек.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРИТІВ ТА ГАСТРОДУОДЕНИТІВ У ДІТЕЙ З ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ В ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВИХ РАЙОНАХ

Дух Н.М., Проценко Я. О. (студ IV курсу)
Науковий керівник Загородній М.П.

В останні роки в Сумській області намітилась тенденція до зростання рівня розповсюдженості хронічних захворювань органів травлення у дітей з екологічно несприятливих районів. Захворюваність на гастрити та гастродуоденіти в області складає 5,5 на 1000, а поширеність 17 на 1000, при чому, нами відмічено, що цей показник вищий у забруднених районах.

Ми провели експертну оцінку історій хвороб 17 дітей, що знаходились на лікуванні в СОДКЛ з приводу ГЩЗ та гастродуоденітів. Діагнози встановлювалися на основі клініки, даних ендоскопії, ультразвукового обстеження (УЗО) та лабораторних досліджень. У всіх обстежених спостерігалась ГЩЗ 1-2 ступеня, 58,8% дітей скаржились на біль натще, а 41,2% на біль через 2-3 години після їжі, у 77,6% була виявлена біль в епігастральній дільниці при пальпації, нудота та обкладений нальотом язик спостерігались у кожної 3-ої дитини; 52,9% скаржились на зригування; зниження апетиту у 11,8%, а його посилення у 38,9% ; скарги на печію у 47% ; у 88,2% обстежених була виявлена кволість. При УЗО встановлено, що у кожної 5-ої дитини є патологічні зміни з боку жовчного міхура. У кожного 4-го обстеженого спостерігались зниження рівня гемоглобіну та еритроцитів, підвищення ШОЄ у 47%. Імунологічне обстеження встановило дисфункцію гуморальної ланки імунітету. У дітей з екологічно чистих регіонів області наявні зміни в імунній системі були менш виражені.

Таким чином, під впливом несприятливих екологічних факторів, у дітей з ГЩЗ наявні неспецифічні скарги, наявні ознаки дискоординації гуморальної ланки імунітету.

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ПРОДУКЦИИ ФИБРОНЕКТИНА У ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ГИПОКСИИ

Смирнова М.В., (студ. V курс)

Руководитель - проф. Маркевич В.Э.

Кафедра педиатрии № 2

При адаптации к внеутробным условиям жизни отражением состояния активности функциональных систем в организме новорожденного является уровень различных биохимических компонентов. Одним из которых является фибронектин.

Нами изучена сывороточная концентрация фибронектина у новорожденных, перенесших влияние различных видов гипоксии. Исследования проводились в динамике на протяжении неонатального периода.

В результате проведенного исследования, нами получены данные свидетельствующие о неблагоприятном влиянии гипоксии на сывороточную концентрацию фибронектина. В первые три дня жизни минимальная концентрация фибронектина отмечалась у детей, перенесших острую интранатальную гипоксию. В дальнейшем, у детей данной группы, отмечается быстрое восстановление сывороточной концентрации фибронектина до уровня здоровых новорожденных. Уже к 13-15 дню жизни она возросла до $117,3 \pm 13,9$ мкг/мл.

У детей, перенесших хроническую гипоксию наименьшие значения сывороточной концентрации фибронектина отмечены на 13-15 день жизни когда она составляла $48,8 \pm 5,5$ мкг/мл. Однако, уже к концу неонатального периода она возросла до $146,0 \pm 10,4$ мкг/мл.

Наибольшие изменения сывороточной концентрации фибронектина отмечены у детей, перенесших сочетанную гипоксию.

Для них характерен достаточно низкий его исходный уровень, а так же дальнейшее его снижение на протяжении всего неонатального периода.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Насер Джавад Мох, ст. V курса, Гречаненко Е.С., ст. VI курса
научный руководитель - доцент Сичненко П.И.

Кафедра педиатрии № 2, медицинский факультет СумГУ

Изучены клинические и эпидемиологические особенности бронхиальной астмы у 48 больных детей в возрасте 3-14 лет, проживающих в г. Сумы и Сумской области. При этом в 72,4% случаев наблюдалась атопическая форма бронхиальной астмы, с преимущественной сенсibilизацией к бытовым аллергенам. У большинства детей обнаружена поливалентная сенсibilизация, частота которой зависела от степени загрязненности атмосферы района проживания.

Частота встречаемости инфекционно-зависимой бронхиальной астмы больше отмечалась в экологически неблагоприятных районах (г. Шостка, Ямпольский район). Тяжелое течение бронхиальной астмы с частыми приступами, гормонозависимые формы выявлены у 10% детей, но прямой зависимости с неблагоприятными условиями выявлено не было. У 95% детей бронхиальная астма сочеталась с атопическим дерматитом. Грибковая сенсibilизация (анамнестически) выявлена у большинства детей, проживающих в неблагоприятных жилищных условиях (большая скученность, сырость в квартире и т. д.).

Таким образом, дополнительная антигенная нагрузка в виде неблагоприятных экологических факторов и социально-экономических условий неблагоприятно сказываются на распространенности и течении бронхиальной астмы у детей.

ВМІСТ СИРОВАТКОВОГО ФЕРИТИНУ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ З РАННЬОЮ АНЕМІЄЮ

Калашнік Т.І., (студ. V курс)

Керівник - проф., д.м.н. Маркевич В.Е.

Кафедра педіатрії № 2

Запасні фонди заліза за рівнем сироваткового феритину (СФ) оцінювались у 37 недоношених новонароджених (НН), яких за ступенем недоношеності класифікували на НН I ступ. (15 дітей), НН II ступ. (14 дітей) та НН III-IV ступ. (8 дітей). Групу порівняння склали 20 здорових доношених дітей (ЗДД). Дослідження проводились на 7-10, 25-30, 35-40-й день життя та наприкінці 2-го місяця життя.

Наприкінці раннього неонатального періоду рівень СФ є високим в усіх дітей. На 25 % менший, ніж у ЗДД, він зареєстрований у НН III-IV ступеня.

В період з 7-10-го по 25-30-й день життя у 18,42 % НН I ступ., 16,12 % НН II ступ. та 33,3 % НН III-IV ступ. розпочинається так звана рання анемія недоношених (РАН). При цьому, показник СФ у НН I ступ. зменшується на 39,2 %, а у НН II ступ. - на 38,6 %. У НН III-IV ступ., навпаки, має місце тенденція до зростання рівня СФ, перевищуючи попередню величину на 11,4%. До 35-40-го дня запаси СФ найбільш інтенсивно використовуються у НН I та II ступ. У НН III-IV ступ. концентрації СФ на цей час зменшується лише на 29,9 % від попереднього значення.

Наприкінці 2-го місяця життя найнижче значення СФ спостерігається у НН I та II ступ. В цілому, за період обстеження концентрація СФ у них зменшується на 57 % та 47,7 % відповідно. У НН III-IV ступ. рівень СФ залишався досить високим, незважаючи на формування анемії, часто важкого ступеню, зменшуючись від початкового на 30,4 %.

Таким чином, явищ дефіциту заліза, за даними СФ, не виявлено в жодній групі обстеження, а депо заліза протягом 2-х місяців життя вистачає всім дітям.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ КЛІНІЧНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ У НЕДОНОШЕНИХ ІЗ ЗВУР ПРОТЯГОМ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

Кириченко О. – III курс

Науковий керівник – ас. Романюк О.К., кафедра педіатрії № 1.

Проаналізовано 47 історій недоношених немовлят з синдромом ЗВУР. З них недоношеність I ступеню спостерігалася у 46,8 %; II – у 38,3 %; III – у 6,3 %; IV – у 2,1 % немовлят від загальної кількості недоношених із ЗВУР. У дітей диспластичної форми виявлені високі показники червоної крові (Hb, еритроцити), які вже до 2-3 доби знижувалися. Кількість нейтрофілів в перші дні життя знижена особливо у дітей із ЗВУР гіпопластичної, диспластичної форми. Загальна кількість лейкоцитів знижена у всіх недоношених із ЗВУР. Проте у дітей диспластичної форми динаміка зміни має дещо відмінний характер. Так, відносно високі показники 1-2 дня після народження ($15,2-16 \times 10^9/\text{л}$) різко знижуються вже до 5 доби і знаходяться на найнижчих цифрах ($7-7,8 \times 10^9/\text{л}$) у порівнянні з іншими немовлятами із ЗВУР протягом всього неонатального періоду.

Отже у недоношених немовлят із ЗВУР спостерігається відхилення в показниках клінічного аналізу крові протягом неонатального періоду, що може бути відображенням особливостей перебігу першого місяця життя.

СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ РАДІОЗАХИСНОГО ХАРЧУВАННЯ

Гольченко Н.А., Зімак Ю.Ю., Пасечникова Ю.В. – III курс

Науковий керівник – проф. Сміян А.І.

Вимоги до харчування дітей, які зазнали радіаційного впливу, повинні базуватися на основних положеннях концепції радіозахисного харчування.

До раціону харчування дітей, що постраждали від радіаційного впливу, необхідно вводити продукти харчування спеціального призначення, які містять біологічно активні речови-

ни в кількостях, нижчих від терапевтичної чи будь-якої лікувальної дії, але які доповнюють добову потребу в них організму.

Це адаптогени, антиоксиданти, імуномодулятори природного походження – вітаміни, амінокислоти, комплекси мікроелементів та есенціальних жирних кислот, біофлавоноїдів та деяких інших сполук.

Крім того, під впливом радіації можуть виникати порушення мікробіоценозу кишок – дисбактеріози різного ступеню. Для нормалізації цих порушень вживають продукти направленої дії – сухі мікробні закваски, продукти, які містять лікарські рослини.

Проведений нами в СМДКЛ аналіз знань основ радіозахисного харчування серед матерів та дітей старшого віку показав, що у даного контингенту практично відсутні уявлення про аліментарну профілактику та лікування захворювань, пов'язаних з радіаційним ураженням у дітей.

Тому, для забезпечення достатнього надходження необхідних речовин в організм і підвищення біологічної та харчової цінності раціону потрібно використовувати різноманітні продукти харчування, а також проводити роз'яснювальну роботу серед матерів.

СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ ЗА 1996-1999 г. г.

Москаленко Ю.А. – VI курс

Научный руководитель – профессор Смиян А.И.

Кафедра педиатрии № 1

На современном этапе детская смертность является одной из важнейших проблем педиатрии. В связи с этим изучение

структуры детской смертности позволит определить основные факторы и причины, приводящие к детской смертности.

Метод работы: анализ историй болезней умерших детей за 1996-1999 г.г. по данным отделения интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации, инфекционного отделения № 1, неврологического отделения.

В данной работе изучено влияние на показатели детской смертности следующих факторов: половой признак, возраст, группа крови, место жительства (город или село), показатели количества врожденной и приобретенной патологии, тяжесть и частота отдельных заболеваний (синдром Дауна врожденные пороки сердца (ВПС), менингококковая инфекция, ОРВИ, энцефалиты разной этиологии, отравления; развитие осложнений: отек мозга, отек легких, пневмония, гидроцефалия).

В случае смерти изучались истории болезни с определением числа койко-дней, анамнеза жизни, (определение параллелей между массой тела при рождении, течением родов и беременностью, адекватности вскармливания и развитием в дальнейшем патологии, приводящей к смерти ребенка).

В результате работы определены основные факторы и патологические состояния, оказывающие влияние на структуру детской смертности.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ

Шевченко В.В. – VI курс
Научный руководитель – профессор Смиян А.И.
Кафедра педиатрии № 1

Для оценки физического развития детей использовался метод анкетирования (учитывались данные опроса родителей, сведения из историй болезни детей первого года жизни, нахо-

дившихся на лечении в Сумской городской детской клинической больнице в 1998-1999 годах, а также соматометрические показатели физического развития этих детей).

Целью работы было оценить соответствие показателей физического развития детей возрастной норме.

Методика оценки физического развития основывалась на сравнении фактических и должных антропометрических параметров (масса и длина тела, окружности головы и грудной клетки, антропометрические индексы – “индексы зрелости формы”). Оценку физического развития проводили путем сравнения индивидуальных антропометрических данных с нормативными для данного возраста. Необходимые показатели физического развития для данного возраста определялись на основе эмпирических формул и справочных таблиц (сигмального и центильного типа).

В результате проведенной работы оценена гармоничность физического развития детей в соответствии с массо-ростовыми и другими показателями, определить влияние состояния здоровья детей, адекватности вскармливания, физического развития родителей и других факторов на физическое развитие детей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ

Цубина Н.Б., Корниенко О.В. – VI курс
Научный руководитель – проф. Смиян А.И.
Кафедра педиатрии № 1

Проблема гнойных менингитов продолжает оставаться одной из самых актуальных в детской инфекционной практике. С каждым годом все более растет заболеваемость гнойными менингитами, увеличивается число осложнений. По данным литературы летальность у детей старше 1 месяца составляет 5 %.

Нами был проведен анализ заболеваемости гнойными менингитами в 1998-1999 годах по данным отделения интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации (ИТАР) Сумской городской детской клинической больницы. Количество случаев гнойного менингита возросло с 16 в 1998 году до 26 – в 1999. Увеличилась продолжительность пребывания детей в ИТАР и вообще в стационаре, что можно связать с более тяжелым течением этой патологии. Примерно у трети детей наблюдались рецидивы заболевания, в связи с чем они повторно госпитализировались в ИТАР после лечения в неврологическом или инфекционном отделении.

В 1999 году был один смертный случай. Ребенок после длительного лечения в отделении реанимации и неврологическом отделении (всего 72 койко-дня) был выписан домой с улучшением состояния; однако при повторной госпитализации в стационар менее чем через месяц с диагнозом "внутренняя гидроцефалия вследствие перенесенного гнойного менингоэнцефалита" умер в неврологическом отделении

Из спинномозговой жидкости выделялись *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus piogenes*, *Streptococcus mitis*, *Staphilococcus epidermidis*, *Staphilococcus epidermidis*, однажды менингит был сальмонеллезной этиологии. В 40 % случаев возбудитель не выделен.

МОЛОКО В НАШЕМ ПИТАНИИ, ПЛЮСЫ И МИНУСЫ

Захлебаев С.А., Любчак В.В., Спивак Е.А. – V курс
 Научный руководитель – проф. Смиян А.И.
 Кафедра педиатрии №1

Молоко считается хорошим продуктом питания для здоровых и людей вследствие его сбалансированности и богатства минеральными веществами и витаминами. Однако, 10-15 % здо-

ровых людей не переносят молоко по ряду причин и этот процент увеличивается до 20 и более у больных, особенно с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Данные литературы свидетельствуют о том, что молоко содержит по крайней мере 5 антигенных субстанций: лактоальбумин, лактоглобулин, казеин, липопротеид и смесь альбумозы и пептонов. Альтернативой применению молока может быть применение в качестве профилактики и лечения болезней минеральных вод. Они отвечают всем требованиям: не дают побочных эффектов, стимулируют процессы адаптогенеза, причем через активацию эндокринного систем разного уровня.

Наши исследования дают основание сделать вывод о целесообразности использования в качестве альтернативы молоку питьевых минеральных вод у детей старшего возраста как средства профилактики заболеваний и повышения резервов резистентности человека и против воздействия неблагоприятных факторов среды различного характера.

Секція профілактичних дисциплін

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ В КОРАНЕ

Хашем Авад – студент 2 курса

Научный руководитель – проф. К. К. Васильев

Кафедра социальной медицины и организации здравоохранения

Коран – это священная книга, которую Аллах дал своему посланнику Мухаммаду, это постоянное чудо людям до конца мира. Можно сказать, что Коран – это Ислам, а Ислам – это Коран. Коран является законом, по которому каждый мусульманин

должен жить, содержит предписания, определяющие образ жизни и поведения мусульман.

Коран содержит ряд предписаний по профилактике заболеваний. Из самых важных примеров – это молитва (салат) и пост (саум), которые представляют собой две основы из пяти основ Ислама. Молитву совершает мусульманин каждый день по пять раз. Для этого необходимы чистота тела, чистота одежды и чистота места молитвы. Чистота тела достигается омовением: надо вымыть кисти, лицо, руки до локтевого сустава, затем ополоснуть водой волосы головы и в конце обмыть стопы (соответственно числу молитв). Не затрагивая духовный смысл молитвы, надо отметить, что во время неё двигаются многие суставы тела: верхних и нижних конечностей, позвоночника и соответствующие мышцы. Не говоря о духовной пользе поста, я буду говорить только о том, что касается нашей темы. Пост обязателен для всех совершеннолетних мусульман в течение месяца рамадан. Он заключается в полном отказе от еды, питья и любых удовольствий в светлое время суток. Освобождаются от поста, кроме детей, беременные и женщины, кормящие грудью, больные и старики, которым трудно поститься.

Ислам побуждает к чистоте: а) стричь ногти, б) очищать зубы, в) производить обрезание мальчиков, г) брить волосы в подмышечной впадине и на лобке, д) подмываться после мочеиспускания и дефекации.

Ислам запрещает непристойные дела (грехи): а) прелюбодеяние, б) употребление алкогольных напитков, в) есть свинину, г) мужчине надевать шелковые одежды и золотые вещи (кольца, часы и т.п.), а так же предписывает женщине (на улице и перед чужими мужчинами) ходить покрытой в длинные благопристойные одежды, а мужчине прятать тело от колена до пупка.

В докладе дается интерпретация гигиенических предписаний Корана с точки зрения современной медицины.

НОБЕЛЕВСКИЕ ЛАУРЕАТЫ ПО ФИЗИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ 1986 – 1999 гг.: ОПЫТ НАУКОВЕДЧЕСКОГО АНАЛИЗА

К. Ю. Васильев, Е. Г. Яровая – студенты 1 курса
Научный руководитель – проф. К. К. Васильев
Кафедра социальной медицины и организации здравоохранения

Данная работа, является продолжением сообщения сделанного в 1996 г. на итоговой конференции медфака СумГУ, в которой были представлены сведения о нобелевских лауреатах с 1901 по 1986 г. За анализируемый период премию получили 28 ученых, из них мужчин – 25 и женщин – 3 (11%). По возрасту лауреаты распределяются следующим образом: 45-49 года – 5, 50-54 – 6, 55-59 – 3, 60-64 – 4, 65-69 – 1, 70-74 – 5, 75-79 – 1, 80-84 – 3. Средний возраст: 61 ± 2 года. Медиана составляет 59,5 лет, то есть половина ученых получила Нобелевскую премию до данного возраста, а другая – после. Самыми молодыми лауреатами стали 48 летние генетик Э. Вишаус и иммунолог С. Тонетава, а в наиболее преклонном возрасте премию получил 83 летний фармаколог Дж. Хитчингс. Лауреатами Нобелевской премии стали уроженцы 7 стран: США – 17 ученых (61%), ФРГ – 5, Великобритании – 2 и по одному ученому из Австралии, Италии, Швейцарии, Японии. При этом 6 ученых (21%), не родившиеся в США, переехали в эту страну на постоянное место жительства. Возникают определенные трудности при распределении премий по дисциплинам, так как многие открытия делались на стыке наук. Здесь уместно отметить, что природа не знает деления по наукам – это люди придумали для удобства. Итак, премии присуждались за исследования по молекулярной биологии – 6 раз, по биохимии – 2, по иммунологии – 2, вирусологии – 1, по молекулярной генетике – 1, по фармакологии – 1 и по трансплантационной хирургии – 1.

Таким образом, в науке наивысших успехов достигают в основном мужчины. Все больше ученых получают Нобелевские премии в пожилом возрасте (сравните с публикацией в тезисах итоговой конференции 1996 г.). Возрастает вероятность, что ученый скончается до признания его научных заслуг, а, как известно, посмертно Нобелевские премии не присуждаются. Приведенные данные дают представление о географии научных исследований (доминирует США), о наиболее бурно развивающихся в конце 20 столетия, ключевых направлениях мировой медицинской науки.

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЩОДО НАЯВНОСТІ ПИТНОЇ ВОДИ НА ЛІВОБЕРЕЖЖІ УКРАЇНИ НАПРИКІНЦІ XVIII ст.

О. В. Звагельська - студентка II курсу
Науковий керівник – ас. С. В. Павличева
Кафедра соціальної медицини

З давніх часів люди селилися на берегах річок та озер. При цьому наявність питної води була вирішальною. Про це свідчить географія розташування древніх поселень, що виникли у період активного освоєння Лівобережжя Дніпра у XVIII-XIX ст. Містять інформацію про наявність «свежей, ключевой воды» і перші детальні описи Лівобережної України: Описи Харківського намісництва кінця XVIII ст. – К., 1991 (ОХН); Описи Лівобережної України кінця XVIII – початку XIX ст. – К., 1997 (ОЛУ). Більшість цих документів було вперше опубліковано нещодавно, тому відомості медико-топографічного характеру становлять певний інтерес.

Так, в ОХН щодо річок Псел, Ворскла та Сіверський Донець зазначається, що зведені на них греблі для водяних млинів завдають великої шкоди, оскільки споруджуються з очерету, хмизу та гною, і тому вода навколо них загниває. Особливо це небезпечно під час повені, коли «вода, выступая из засоренных бере-

гов, покрывает вокруг лежащие луга и леса и превращает в гниючия болота» та «подлежит большому количеству солнечных лучей и обильнейшему испарению». При цьому, і таку воду місцеві жителі змушені використовувати для пиття та напування худоби. Це особливо актуально для міст та місцевостей, де відсутня джерельна вода, а «проточныя речки» знаходяться далеко. Як бачимо, не лише констатується небезпечна тенденція, а й вказуються причини її виникнення.

В ОЛУ зазначено, що в Чернігівському повіті вживається вода з Десни та її приток, мінеральна ж вода – відсутня. В Козелецькому повіті теж використовують воду з річок і зазначено, що клімат тут здоровий.

Особливо змістовними є матеріали, занотовані викладачем Полтавської губернської гімназії Ф. Карунським. Щодо річок Сула, Псел, Ворскла та їхніх приток він зазначає, що вода в них «чистая, пресная и здоровая, а особливо в Удае, которая по замечанию врачей, к купанию больных весьма полезна». Ф. Карунський акцентує увагу на наявності мінеральної лікувальної води в с. Дубові Гряди Костянтиноградського повіту. Власник цих земель С.М. Кочубей навіть влаштував власним коштом лікарню та аптеку.

Зазначені «Описи» містять також дані про збирання і використання лікарських рослин жителями Полтавщини і Чернігівщини.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПИСАТЕЛЯ М. А. БУЛГАКОВА

В. В. Шевченко - студент I курса
Научный руководитель – асс. С. В. Павлычева
Кафедра социальной медицины

По высказываниям современников Михаил Булгаков мог бы стать незаурядным хирургом. Несмотря на небольшой практи-

ческий опыт он был квалифицированным специалистом. Как профессионально описывает он операцию, которую выполнил профессор Ф. Ф. Преображенский в «Собачем сердце». Особый интерес представляет собой его автобиографическая повесть «Записки юного врача», где ярко, в художественной форме изображается нелегкий труд врача земской участковой больницы. Из этого произведения можно узнать о состоянии хирургической помощи, оказываемой крестьянам около 100 лет тому назад, об уровне профессиональной подготовки врачей в те времена. Писатель изучал медицину в Киевском университете 5 лет и закончил курс в 1916 г., получив диплом лекаря с отличием. Через 2 месяца после окончания обучения он был единственным врачом для жителей более 200 населенных пунктов. Какой же объем хирургической помощи оказывался в то время в участковой больнице. Об этом свидетельствует удостоверение, выданное М. Булгакову земской управой. За год работы он выполнил следующие операции: ампутация бедра – 1, отнятие пальцев – 3, обрезание крайней плоти – 4, акушерские щипцы – 4, поворот на ножку – 3, удаление липомы и атеромы – 2, трахеостомия – 1, кроме того проводились зашивания ран, вскрытие абсцессов, проколы живота, вправление вывихов. Операции, которые проводил М. Булгаков, заканчивались в большинстве случаев успешно, поэтому он пользовался уважением среди крестьян. Однако сколько напряжения и труда это ему стоило. Из его «Записок» видно, что особой практической подготовки по хирургии университет выпускникам не давал. Поэтому и приходилось ему перед каждой операцией штудировать литературу. Однако, присущая ему смелость и находчивость позволила М. Булгакову решаться на трудные операции и добиться выздоровления своих пациентов. Своим самоотверженным трудом он воплощал в жизнь основные принципы хирургической деонтологии: «Спасти всех».

Секція теоретичної та експериментальної медицини

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ДІЯ ФІТОПРЕПАРАТІВ

Прокопенко В.К. IV курс
Науковий керівник проф. Каплін М.М.
Курс мікробіології та медичної біології

Принциповою особливістю розглядаємої проблеми антибіотичних препаратів з рослин є їх природна багатокомпонентність, яка включає в себе декілька антибактеріальних сполук з різноманітними механізмами дії. Резистентність бактерій до цих препаратів розвивається незрівняно рідше та повільніше, ніж до антибіотиків мікробного походження. Пригнічення хвороботворної мікрофлори – бактерій, грибів, вірусів та найпростіших відбувається за рахунок різноманітних біологічноактивних речовин, що синтезуються рослинами і мають антибіотичну (фітонцидну) дію. Всі види рослин продукують активні в різній мірі антимікробні речовини різної хімічної структури, більшості з них властива вибіркова дія на гр⁺ бактерії, рідше зустрічаються високоактивні інгібітори гр⁻ родин *Enterobacteriaceae* та *Pseudomonadaceae*. Ефірні олії, фенольні сполуки, смоли, гумі, бальзами, проявляють чітку антибактеріальну дію. Терпеноїди здатні подавити ріст, розвиток гр⁺ і гр⁻ коків, різноманітних представників родини *Enterobacteriaceae*, *Bacillaceae*, вібріонів та багатьох видів грибів і найпростіших. Стерилізуюча дія терпенових сполук проявляється при концентрації діючої речовини від 0,015 до 0,15 мг/л. З усім відомих чебрецю та м'яти були виділені тимол та ментол. За своїми антисептичними та антимікробними властивостями ці речовини не поступаються багатьом сучасним антисептичним та природним антибіотикам й антисептикам. У тимола і ментола є

очевидна перевага: вони краще діють на так звану малоактивну, низьковірулентну флору, оскільки захисні резерви організму знижені. Водні розчини тимолола та ментолола в малих дозах знищують дію таких бактерій, а також, що не менш важливо, подавляють грибкову, вірусну і мікропаразитарну флору, не викликаючи при цьому побічної дії на організм, яка властива багатьом антисептикам синтетичного походження і цілому ряду антибіотиків. Установлено закономірності синтезу квітковими рослинами антибіотичних речовин та виявлено характерні властивості останніх.

ВОЗРАСТ РОДИТЕЛЕЙ И ПОЛ РЕБЕНКА: КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ

Кулик А.М. (студент 1 курса), Смирнов О.Ю.
Кафедра нормальной и патологической физиологии

Соотношение 1:1 полов (мужской : женский) у человека, определяемое гаметамі отца, устанавливается лишь к периоду половой зрелости, а первичное (при зачатии) составляет 1,3:1, при рождении – 1,07:1. Ранее указывалось на роль возраста родителей в рождении ребенка определенного пола: доля сыновей выше у молодой жены и если муж старше жены (В.Шредер), и уменьшается в последующих рождениях (Новицкий, 1958). С целью изучения зависимости пола ребенка от возраста родителей и от разницы в их возрасте был проведен анализ 828 чел. (большой частью студентов СумГУ) и их родителей. На 514 лиц женского пола пришлось 314 мужского, соотношение 1,64:1 (соотношение 1:1 по критерию χ^2 недостоверно). Средний возраст матери 25,75 года, отца – 27,75 (разница в 2 года достоверна, $p < 0,001$).

Связь между качественным признаком (сын-дочь) и количественными признаками (возраст отца, возраст матери, отноше-

ние 1-го ко 2-му), группируемыми в альтернативные группы (по отношению к сыну и дочери), оценивалась с помощью бисериального коэффициента корреляции r_{bs} :

$$r_{bs} = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s_x} \sqrt{\frac{n_1 n_2}{N(N-1)}}$$

где \bar{x}_1 и \bar{x}_2 — средние арифметические альтернативных групп, n_1 и n_2 — объемы этих групп, $N = n_1 + n_2$ — объем выборки,

s_x — среднее квадратическое отклонение для всей выборки. Нулевая гипотеза H_0 : $\bar{x}_1 = \bar{x}_2$, уровень значимости 5%.

Анализ показал, что ни возраст матери, ни возраст отца, ни разница в их возрасте не влияют на пол ребенка.

ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫЙ ЭФФЕКТ ДЕФЕРРИОКСАМИНА ПРИ ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

(перевод с английского статьи С.Р. Siegers et al., 1988)

Гапонова О.Г. (ст. II курса)

Руководители: доц. Высоккий И.Ю., Ильина Г.С.

Кафедры биохимии, фармакологии и иностранных языков

В работе С.Р. Siegers et al. (1988) исследован механизм гепатопротекторного действия деферриоксамина (ДФО). Предварительное введение ДФО (125-500 мг/кг интраперитонеально) защищает самцов мышей от CCl_4 - или $SVCl_3$ -индуцированного гепатотоксического действия, которое тесно связано с ингибированием железозависимого перекисного окисления липидов, наблюдаемого по наличию этана в выдыхаемом воздухе. Для аллилового спирта, 1,1-дихлорэтана, диметилнитрозамина, тиацетамида, бромбензола и парацетамола не было получено гепатопротекторного действия при использовании ДФО. Из этого следует,

что для данных агентов перекисное окисление липидов не является первичным механизмом токсичности. В случае бромбензола наблюдалось отмеченное *in vivo* перекисное окисление липидов, на которое не влияет ДФО, поэтому его можно считать железозависимым. Таким образом, исследование действия ДФО позволило различить железозависимые и железозависимые реакции перекисного окисления липидов и их участие в токсическом действии, вызванном химическими веществами. Более того, ДФО, по-видимому, является ценным противоядием при интоксикациях галогеналканами, включающих в себя железозависимое перекисное окисление липидов. В заключительной части работы С.Р. Siegers et al. (1988) рекомендует использование ДФО в качестве антидота при интоксикации CCl_4 у человека.

СЕРОДАГНОСТИКА ГЕПАТИТУ С У СЛУЖБИ КРОВІ

Опімах О.І. член МАН

Науковий керівник - проф. Каплін М.М.

Курс медбіології і мікробіології

Проведено аналіз результатів обстеження на гепатит С (анти-ВГС) за 1996-1998 роки. Обстежено 39316 донорів м. Суми та районів області. Частота виявлення ВГС склала в середньому 1,13%.

Найбільш високі рівні позитивних результатів відмічено серед донорів з районів під час їх первинного підключення до дослідження з подальшим значним зниженням їх після усунення донорів з анти-ВГС. Найбільш високий рівень в цілому по області склав 3,81%. По м.Суми і Сумському району -1,9%, по Шосткинському району -5,2%. В м. Суми та Сумському районі після первинного відсторонення позитивних донорів кількість щорічно виявлених позитивних осіб значно зменшилась і стала майже стабільною. Аналогічна тенденція відмічалась також се-

ред донорів крові з С-Будського, Тростянецького, Недригайлівського районів.

За 3 роки було виявлено та відсторонено від кроводач 409 осіб з анти-ВГС.

При вивченні вікової структури анти-ВГС позитивних донорів встановлено, що частота їх виявлення збільшувалась у старших вікових групах і склала у віці 20-29 років - 0,27%, 30-39 років - 0,62%, а у 40-49 років - 0,39%. Можливо це є наслідком вікової "парентеральної навантаженості."

Рівень виявлення анти-ВГС серед жінок був у 2-3 рази менший, ніж серед чоловіків, що може бути наслідком більшої залученості їх до групи "ризик" щодо можливості інфікування збудниками інфекції, які передаються статевим шляхом.

Таким чином, обстеження донорів на анти-ВГС є важливим аспектом профілактики захворювань посттрансфузійним гепатитом С.

ІСТОРИЯ ХВОРОБИ №6 М'ЯЗОВА ДИСТРОФІЯ ДУЧЕННЕ, ПОДАНА В HARPER'S BIOCHEMISTRY (двадцять п'яте видання, 2000р)

Новіцька М.О. (2-й курс)

Наукові керівники: доцент Гарбарець Б.О., Ільїна Г.С.

Кафедра біохімії та фармакології, кафедра іноземних мов

Історія та лікарське обстеження

Хлопчика 4-х років було доставлено в дитячу госпітальну клініку. Мати відмічала, що син незграбно ходив, часто падав і мав труднощі піднімаючись сходами. У матері був брат, що помер у 19 років від м'язової дистрофії. Внаслідок м'язової слабкості та її поширення, умовний діагноз – м'язова дистрофія Дученне.

Лабораторні та інші дані

Активність креатин-кінази в плазмі – підвищена. Електроміографічні дані характеризують м'язеву дистрофію. Біопсія литкового м'язу показала зони м'язевого некрозу й деякі варіації в розмірах волокон. Проводилися тести на відсутність фрагменту ДНК, який би відповідав гену білка дистрофіна.

Обговорення

М'язева дистрофія Дученне уражає хлопчиків, у котрих на початку відмічають втрату сили в проксимальних м'язах, що веде поступово до дуже сильної слабкості. Дослідження знайшли локалізацію дефекта в середині короткого плеча X-хромосоми й до послідувочої ідентифікації сегменту ДНК, що був виявлений у пацієнтів. Білковий продукт визначили як дистрофін. Він був відсутнім або помітно зниженим в електрофоретичному гелі м'язів пацієнтів з м'язовою дистрофією Дученне. Дистрофін має 4 домена, 2 з яких схожі на домени, присутні в альфа-актині й один – на домен спектрину.

Ген кодуючий дистрофін, один з найбільших генів людини. 1/3 випадків захворювань пов'язано з новими мутаціями.

Намагаються здобути дистрофін шляхом технологій рекомбінантних ДНК й поступово вводити його пацієнтам.

Лікування

В теперішній час не існує особливої терапії для м'язової дистрофії Дученне.

Хлопчику рекомендували вправи, почалося регулярне відвідування спеціалізованих клінік, таким чином ускладнення можна було лікувати, як тільки вони з'являлися.

Вводили міобласти донора в м'язи ураженої людини, що може приводити до синтезу нормального дистрофіну. Але результати не показували збереження введеного міобласту й не відмічали покращення в силі м'язів. Можливо м'язи людини менше підходять для переносчика міобласту, ніж м'язи експерименталь-

них тварин. Імунні реакції організму також служили перешкодою.

Інші методи по введенню гена дистрофіна в уражені м'язи все ще досліджуються.

ІСТОРИЯ ХВОРОБИ №3
ХОЛЕРА,
ПОДАНА В HARPER'S BIOCHEMISTRY
(двадцять п'яте видання, 2000р)

Циганок Т.М. (2-й курс)

Наукові керівники: доцент Гарбарець Б.О., Ільїна Г.С.
Кафедра біохімії та фармакології, кафедра іноземних мов

Історія та лікувальний огляд

У 21-річної студентки раптово почався рідкий стул і блювання. При постушенні у неї була синюшність, тургор шкіри був слабкий, кров'яний тиск 70/50 мм. рт. ст., пульс швидким і слабим. Лікар поставив діагноз – холера.

Лікування.

Лікування складалося із внутривенного введення розчину, який складається з 5г NaCl, 4г NaHCO₃, 1г KCl, розведеного в 1л безпірогенної дистильованої води. Вона також приймала тетрациклін. Наступного дня вона приймала розчин, що складається з 20г глюкози, 3,5г NaCl, 2,5г NaHCO₃ і 1,5г KCl, розведений в 1л питної води. Видужувати вона стала швидко і була виписана з лікарні на сьомий день.

Обговорення.

Холера – важливе інфекційне захворювання. Воно викликається холерним вібрионом, бактерією, яка виділяє білок ентеротоксин. Ентеротоксин складається з однієї А субодиниці та п'яти В субодиниць і має молекулярну масу, близьку до 84 кД. В тонкому кишківнику токсин приєднується завдяки В субодиниці до

гангліозиду G_{mi} . А субодиниця роз'єднується і А1 пептид проходить через внутрішній аспект плазми мембран. Він каталізує АDP – рибозилування G_s регулюючого білка, це призводить до підвищення

C-AMP, який активує протеїнкіназу. Наслідком цього є те, що всмоктування NaCl в клітини кишківника інгібується, а активна секреція Cl⁻ стимулюється. Все це призводить до появи рідкого стула, хоча гістологічна структура тонкого кишківника залишається неуражена. При холері організм втрачає Na^+ , воду, Cl⁻, HCO_3^- , K^+ , що може привести до смерті.

Визнання і наявність легких відповідних замісних рідин, таких, як оральний регідраційний розчин, привело до ефективного покращення в лікуванні холери. Слід підкреслити, що глюкоза є невід'ємним компонентом орального регідраційного розчину, тоді, як холерний токсин інгібує всмоктування NaCl клітинами кишківника, він не інгібує глюкоз-забезпечувальний Na^+ - транспорт в ці клітини.

**ПЕРЕКЛАД І ПІДГОТОВКА ДО ВИДАННЯ ДРУГОГО
ТОМУ КНИГИ "LIPPINCOTT'S ILLUSTRATED REVIEWS:
BIOCHEMISTRY BY PAMELA C. CHAMPE AND RICHARD
HARVEY" І ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРІАЛУ,
ЩО ВИКЛАДЕНИЙ У НІЙ.**

Гришин А.О. (5-й курс), Кравцова А.В. (3-й курс),

Пляхтур Г.О., Подрез С.М. (3-й курс).

Науковий керівник – доцент Гарбарєць Б.О.

Кафедра біохімії та фармакології.

Метою перекладу другого тому Lippincott's Illustrated Reviews: Biochemistry і підготовки до видання було адаптувати вивчення біохімії до такого в університетах Заходу, щоб забезпечити конвертування диплому українського лікаря. Переклад та-

кож допоможе студентам краще вивчити великий розділ біохімії, що стосується метаболізму важливих біологічних сполук організму людини і його можливих порушень. Книга написана в науково-публіцистичному стилі, її мова легка і зрозуміла. Трансляція тексту на українську мову проводилась за загально відомими правилами технічного перекладу, при виконанні якого істотним та принциповим було питання збереження авторського стилю викладання і дотримання принципу еквівалентності слово-сполучень, притаманних кожній з мов. Особлива увага приділялась правильному добору фразеології, яка б сприяла стилістично вірному перекладу смислової структури фраз і понять. Необхідно зауважити, що автори книги Памела Чемпе і Річард Харві виклали матеріал дуже послідовно і логічно, що дозволяє уникнути плутанини у вивченні предмету.

Вся книга поділена на розділи, чотири з яких входять до складу другого тому:

- метаболізм ліпідів;
- метаболізм азоту;
- інтеграція метаболізму;
- збереження та експресія генетичної інформації.

Кожний розділ складається з декількох глав, які в свою чергу поділені на підрозділи, пункти та підпункти, що дозволяє засвоювати матеріал детально і послідовно. Показовим є прагнення авторів викласти інформацію максимально скомпонованою в таблиці, схеми для закріплення прочитаного матеріалу та більш чіткої візуалізації стадій процесів і механізмів їх перебігу.

Авторами: Памелою Чемпе і Річардом Харві використана методика акцентування уваги на основних моментах шляхом:

- виносу на поля книги:
 - формул;
 - графіків;
 - схем;
 - таблиць;

- посилання на матеріал, що був пройдений, з конкретно вказаним місцем пошуку;
- виділення курсивом нових термінів;
- виділення основного інформаційного матеріалу в квадратні дужки.

Надзвичайно цінним є використання автором боксів з викристалізованою інформацією в них на ілюстрованих схемах. Значну допомогу при вивченні матеріалу послуговують тестові завдання і еталони відповідей на них.

Звертає увагу на себе опис не тільки біохімічних реакцій і механізмів, але й їх можливі порушення, пов'язані з цим патологічні зміни в організмі людини. В книзі розглянуті деякі з нових методик і принципів лікування захворювань, викликаних порушенням біохімічних процесів, а також рекомендовані сучасні фармакологічні препарати.

Авторами також висвітлені питання генної інженерії, та її реальне застосування в медицині.

Викладення інформації в книзі відзначається точністю, лаконічністю, логічністю, що дозволяє ефективно засвоювати та використовувати матеріал книги.

ЦИРКАДНЫЕ РИТМЫ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СТАФИЛОКОККА К НЕКОТОРЫМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ

Ремнева Н.А. (ст. V курса), Высоцкий В.И. (ст. I курса НМУ),

Мойсеенко Н.М., Любчак В.В. (ст. V курса)

Руководители: доц. Высоцкий И.Ю., проф. Каплин Н.Н.

Кафедра биохимии и фармакологии

Стафилококковая инфекция является довольно распространенной патологией. Несмотря на то, что стафилококк изучен

достаточно хорошо, он по прежнему приводит к развитию тяжелых заболеваний дыхательной, сердечно-сосудистой,

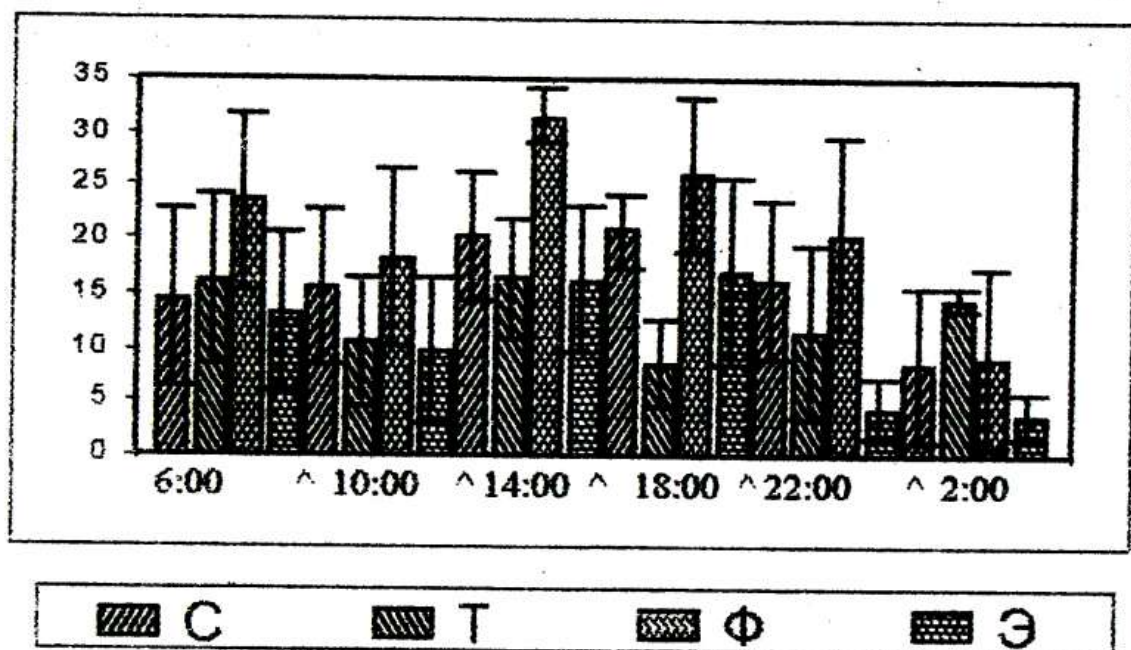


Рис. Суточные колебания диаметра, отсутствие зон роста колоний стафилококка под влиянием антибактериальных препаратов.

По оси x – время посева в часах, по y – диаметр (мм).

мочевыделительной и других систем организма. Чувствительность стафилококка к антибиотикам постоянно претерпевает изменения, что связано с его способностью к мутациям и приобретению им новых свойств. Многие эффективные антибиотики в настоящее время в значительной степени потеряли свою активность.

В ранее опубликованных нами работах были установлены сезонные особенности чувствительности стафилококка к тетрациклину. Последнее послужило основанием для изучения циркадных (суточных) ритмов чувствительности стафилококка не только к тетрациклину (Т), но и к стрептомицину (С), эритромицину (Э) и фузидину (Ф).

Материалом для исследования служили стафилококки, выделенные у студентов. Посевы производились на МПА через каждые 4 часа, начиная с 14.00. Чувствительность стафилококка к антибиотикам определялась методом индикаторных дисков. Хранение культур осуществлялось в условиях термостата при температуре $37,1^{\circ}\text{C}$. Учет результатов проводился через 24 часа, соответственно времени посева. При этом учитывался диаметр отсутствия зон роста колоний в каждом из 10 случаев, для каждого антибиотика. Из полученных результатов высчитывался средний показатель диаметра отсутствия зон роста колоний в миллиметрах.

Результаты проведенных экспериментов показали, что максимальная активность Ф, С и Э наблюдалась в 14.00 и 18.00, а минимальная – в 2.00. При этом Ф оказывал наиболее выраженную антибактериальную активность. Диаметр отсутствия зон роста колоний при применении Т был наибольшим в 6.00, 14.00 и 2.00, а наименьшим – в 10.00 и 18.00. На основании проведенных исследований можно сделать вывод о важности учета суточных колебаний чувствительности стафилококка к антибиотикам при их назначении для лечения соответствующих заболеваний.

Секція терапії

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФЛІКСОТИДУ ХВОРИМИ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Чумак С., 5 курс

Керівник ас. каф. терапії Винниченко Л.Б.

Вступ: Інгаляційні кортикостероїди дають змогу проводити довготривалу базисну протизапальну терапію бронхіальної астми на

різних ступенях її тяжкості. Перевагою такої форми використання препарату є місцева дія з мінімальними системними проявами.

Мета дослідження: Виявити клінічну ефективність застосування Фліксотиду хворими на бронхіальну астму.

Матеріали та методи: Проведено аналіз клінічної ефективності Фліксотиду у 14 пацієнтів з інфекційно-залежною бронхіальною астмою: 9 – середнього ступеню тяжкості та 5 пацієнтів із гормонозалежною (важка ступінь). Добова доза препарату становила 500 мкг. Зафіксовано кореляційний зв'язок клінічних знахідок із спірографічними даними.

Обговорення та результати: На кінець першого тижня лікування всі пацієнти вказали на покращення самопочуття: у 10 (71%) із них посилилось та поліпшилось виділення харкотиння з поступовим зменшенням в об'ємі на 9-11 день. У 4 (29%) пацієнтів гіперпродукції не відмічено, але зменшилась частота та важкість нападів, інтенсивність задишки.

На кінець лікування частота нападів зменшилась в 2 рази, вони були менш тривалими. У 70% хворих зменшилась потреба в інгаляційних симпатоміметиках у 2,3 рази через 3 тижні лікування і, майже, в 4 рази через 6 тижнів. У 30% хворих потреба в інгаляторах зникла (хворі, що перебували на 3 ступені лікування). Не було зафіксовано переходу нападів у астматичний стан. 2 (40%) пацієнтів зменшили підтримуючу дозу у 2 рази, ще один пацієнт – у 4 рази. В обох групах (в другій повільніше) покращувались показники спірографії, починаючи з 3 тижня лікування.

Систематичних проявів дії Фліксотиду не зафіксовано. Серед побічних ефектів найбільш вагомими були окрипість голосу (1 пацієнт), кандидоз ротової порожнини (1 пацієнт).

Висновок: Фліксотид може бути рекомендований для широкого клінічного впровадження у хворих на бронхіальну астму середнього ступеню важкості та гормонозалежної.

СУБМІКРОСКОПІЧНА ОРГАНІЗАЦІЯ І-КЛІТИН У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З СУПУТНИМИ ПОРУШЕННЯМИ СКОРОЧУВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА

Лобанова Р.6 курс, ас. Климанська Н.В.

Кафедра терапії

При виразковій хворобі дванадцятипалої кишки (ВХДПК) відбуваються дистрофічні та деструктивні зміни у клітинах слизової оболонки дванадцятипалої кишки (СОДПК), а саме в ендокринних клітинах. І-клітини СОДПК продукують холецистокінін (ХК), який стимулює скорочення жовчного міхура (ЖМ) та позапечінкових жовчовивідних шляхів (ПЖВШ).

Мета роботи: Вивчення структури та функції І-клітин у хворих на ВХДПК з супутніми порушеннями скорочувальної функції ЖМ.

Матеріали та методи. Проведено 16 електронно-мікроскопічних досліджень І-клітин СОДПК, з них: 4-у пацієнтів контрольної групи, 6- у хворих під час загострення, 6- під час ремісії ВХДПК. Ультратонкі зрізи, після їх контрастування цитратом свинцю, вивчалися під електронним мікроскопом ЕМБ-100 БР при прискорюючому напруженні 75 кв. Збільшення підбиралось адекватне меті дослідження і коливалось у межах 25000-50000х.

Результати досліджень. Електронно-мікроскопічне дослідження І-клітин у осіб контрольної групи виявило типову для даного типу клітин субмікроскопічну будову. Дослідження І-клітин під час загострення ВХДПК виявило наявність вогнищ внутрішньоклітинних некрозів цитоплазматичних структур. Свідченням цих порушень є різке зниження секреторної активності цих клітин, що підтверджується загальним зниженням кількості рибосом, порушенням структури пластинчатого цитоплазматичного комплексу Гольджі та значним зменшенням кількості секреторних гранул. Все це разом може вести до зни-

ження продукції ХК в організмі і внаслідок цього до порушень скорочувальної функції ЖМ. В стадії ремісії ВХДПК ультраструктурні зміни органел І-клітин не носили деструктивного напрямку. Однак рівень секреторної можливості клітин в умовах ремісії, судячи за станом ультраструктур, залишався низьким.

Висновок. Виявлені порушення ультраструктури І-клітин СОДПК у хворих на ВХДПК з супутніми дискінезіями ЖМ можуть призводити до зниження продукції ХК та впливати на скорочувальну функцію ЖМ та ППЖВЩ.

ЛІКУВАННЯ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У КЛІНІЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Орловський Ф.В., гр.606

Керівник – асистент., к.м.н. Климанська Н.В.

В структурі захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту рефлюксна хвороба (РХ) має високу питому вагу. Так частота рефлюкс-езофагіта при хронічному гастродуоденіті та виразковій хворобі дванадцятипалої кишки (ВХДПК) коливаються від 13 до 60%. Корекція симптомів РХ є суттєвим компонентом лікування цих хворих.

Під нашим наглядом знаходились 63 хворих з хронічним гастродуоденітом – 34 чол., виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (ВХДПК) – 29 чол., у яких у період загострення спостерігались симптоми рефлюксної хвороби (РХ). Найбільш розповсюдженими були скарги на відрижку (95%), печію (92%), біль за грудниною (52%), гіркоту у роті (48%).

У 88% хворих ендоскопічно були виявлені симптоми недостатності кардії та наявність різних ступенів вираженості рефлюкс езофагіта: гіперемія та набряк слизової в області кардіального відділу стравоходу, недостатність змикання кардії.

У 4-х пацієнтів виявлені ерозії. У 28% хворих наявність гастро-езофагального рефлюксу підтверджено рентгенологічно. При ендоскопічному дослідженні у 75% обстежених виявлені ознаки дуодено-гастрального рефлюкса (ДГР) – наявність жовчі у шлунковому вмісті, видимий рефлюкс у процесі дослідження, зіяння пілоруса.

Для корекції вищевказаних симптомів хворим рекомендувалось: сон з припіднятим головним кінцем ліжка, зменшити об'єм одноразового прийому їжі, відмовитись від паління, схуднути.

Медикаментозне лікування: 1. Антациди: альмагель по 1-2 мірній ложці 3-4 рази на день або фосфалюгель по 1-2 пакетики через 30-40 хвилин після їжі. 2. Ранітідін – 150 мг вранці та на ніч. 3. Церукал – по 1 таб. 2 рази на день.

На кінець першого тижня лікування симптоми РХ були відсутні у 87% хворих, на 10 день лікування – у всіх хворих, які лікувались.

Таким чином, включення антацидів, гістаміноблокаторів та прокінетиків (церукалу) є ефективним в лікуванні РХ.

ПОРУШЕННЯ МЕТОДИКИ ВИКОНАННЯ ЕКСКРЕТОР- НИХ УРОГРАФІЙ НА МАТЕРІАЛІ ПОЛІКЛІНІКИ З-ДУ ІМ. ФРУНЗЕ

В.М. Лихман, 6 курс, В.І. Бочаров, 5 курс,
керівник доц. С.О. Кондрачук

Вступ: Екскреторна урографія вважається одною з основних методик променевого обстеження нирок. Ця процедура має досить високу вартість для пересічного пацієнта та супроводжується певним променевим навантаженням. Почасти через це в останні роки спостерігається тенденція виконання екскреторної урографії у неповному об'ємі, що неминуче призводить до діагностичних втрат.

Мета дослідження: Аналіз методики використання екскреторної урографії та місце її в алгоритмі променевого обстеження урологічних хворих.

Матеріали і методи: За 1998-1999 роки було виконано 179 екскреторних урографій. 72% було виконано 2 рентгенограми, 68,5% не була виконана оглядова урографія, нефрографія та рентгенографія в скісних проекціях не виконувалась жодного разу, урографія у вертикальному положенні виконувалась 21,8% хворих. 55,3% хворих мали попередній діагноз гострий або хронічний пієлонефрит.

Обговорення та результати: Аналізуючи матеріали слід виділити дві особливості: значна кількість хворих на пієлонефрит, хоча у даному випадку екскреторна урографія не є інформативним методом (за даними літератури 75% урограм при гострому пієлонефриті дають нормальну картину), та недостатня кількість рентгенограм та проекцій.

Висновок: Назріла необхідність розробки чіткого алгоритму обстеження урологічних хворих, першою з основних засад якого буде обмеження показань до виконання екскреторних урографій, переважно за рахунок використання оглядової урографії та ультразвукового дослідження, а другою – збільшення кількості рентгенограм та проекцій, що виконуються при кожному обстеженні. Актуальність такого алгоритму очевидна після прийняття Закону України “Про захист людини від впливу іонізуючих випромінювань”, який дає пацієнту право на компенсацію у випадках невинного застосування рентгенодіагностичних процедур.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ХАРАКТЕРА ИСХОДОВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Норец Н.В., гр.505гр.
Руководитель Лаба В.В.
Кафедра терапии

С применением единых методов исследования и стандартизованных критериев диагностики острого инфаркта миокарда (ОИМ) изучено влияние времени, прошедшего от начала приступа до выписки в связи с излечением или со смертью (Т) у больных ОИМ, в том числе 182 мужчин и 91 женщины. В целях совершенствования управления все время болезни было разделено на 4 периода, в ходе которых больным или врачом на этапе медицинской помощи реализуется алгоритм соответствующего решения. Установлена прямая зависимость Т от тяжести состояния больного, связанной с глубиной и обширностью поражения сердечной мышцы, наличием сопутствующих заболеваний и осложнений ОИМ. В ходе математического анализа с применением ЭВМ получено линейное регрессионное уравнение вероятности наступления летального исхода от Т. Способ используется в лечебно-профилактических учреждениях Сумской области, где показал свою надежность.

Секція хірургії

ГІПОХЛОРИТ НАТРІЮ ПРИ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСАХ М'ЯКИХ ТКАНИН

С.М. Кобилецький (студ. 5 курсу)
Науковий керівник - проф. М.Г. Кононенко
Кафедра хірургічних хвороб

Представлено аналіз застосування гіпохлориту натрію у 38 хворих з гострими гнійними захворюваннями м'яких тканин: абсцес - у 15, флегмона - у 9, пандактиліт - у 2, мастит - у 2, нагноєння післяопераційної рани - у 10. Жінок було 17, чоловіків - 21 від 17 до 75 років. Контрольну групу склали 15 хворих, яких лікували за загальноприйнятими методами.

При госпіталізації хворих патологічне вогнище розкривали і проводили мікробіологічне дослідження. Кишечна паличка була висіяна у 63,5%, синегнійна - у 25,4%, протей - у 19,5%, стафілококи - у 35%, клостридії - у 15,3% чоловік.

Під час перев'язки щоденно некротичні тканини видаляли, раневу поверхню промивали 3% розчином перекису водню і накладали двічі на добу пов'язку з 0,06% розчином гіпохлориту натрію. Бактеріальне обсіменіння в основній групі утримувалось 4-5 діб, в зрівняльній групі - більше 6 діб.

В основній групі досліджених з абсцесами і флегмонами на 4 добу спостерігали завершений фагоцитоз та активну макрофагальну реакцію. Стінки ран очистились, покрились грануляціями, появились ділянки епітелізації.

Таким чином, місцеве застосування гіпохлориту натрію при гнійних захворюваннях м'яких тканин прискорює очищення ран, їх гранулювання та епітелізацію. Це дозволяє скоротити тривалість лікування хворого. Застосування гіпохлориту натрію в клінічній практиці вважаємо доцільним.

ГЕПАТОЕЮНОСТОМІЯ - МЕТОД ВІДВЕДЕННЯ ЖОВЧІ ПРИ ОБТУРАЦІ ГЕПАТОХОЛЕДОХА

Р.І. Гребеник (студ. 5 курсу)

Науковий керівник - доц. Бугайов В.І.

Кафедра хірургічних хвороб

Гепатоеюностомія - це методика вимушеного відведення жовчі в кишечник, оскільки із-за обтурації гепатохоледоха інші більш прості втручання технічно виконати неможливо.

За період з лютого 1999 р. по березень 2000 р. в абдомінальних відділеннях міської клінічної лікарні №5 гепатоеюностомії виконано у 7 хворих в віці від 51 до 76 років.

Основні скарги хворих: біль в епігастральній зоні та жовтуха. Білірубінемія була від 128,5 до 772,5 ммоль/л. Після підготовки на протязі декількох днів хворих оперували. У всіх пацієнтів пухлина (рак підшлункової залози - у 3, рак жовчного міхура - у 2, рак шлунку - у 1) та хронічний запальний процес (у 1), розпоширювались на ворота печінки. Після біопсії мобілізували ліву долю печінки і проводили її крайову резекцію на протязі 8-10 см і глибиною до 4 см. Гемостаз обшиванням судин. Через вікно в mesocolon проводили тонку кишку на довгій петлі і накладали двома рядами швів гепатоеюноанастомоз та міжкишечний по Брауну з заглушкою на привідну петлю між ними. У 6 хворих жовтуха клінічно і лабораторно різко зменшилась і вони виписані. Одна хвора померла від розпаду пухлини шлунку та інтоксикації.

Таким чином, гепатоеюностомія - методика вибору в "безвихідних" ситуаціях біліарного блоку.

МОЖЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТРОМБОЕМБОЛІЇ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНИХ СУДИН

С.В. Карась (студ. 5 курсу)

Науковий керівник - проф. Кононенко М.Г.

Кафедра хірургічних хвороб.

Проведено аналіз історій хвороби 184 пацієнтів віком від 27 до 95 років, які лікувались в двох абдомінальних хірургічних відділеннях міської клінічної лікарні №5 за період 1989 - 1999 р.р. з приводу тромбоемболії мезентеріальних судин. Хворі були віком переважно старше 60 років - 148 (80,4%), до 60 років - 36 (19,6%), чоловіків - 84 (45,7%), жінок - 100 (54,3%). Супутні захворювання виявлені у 175 (95,1%), найчастіше - ішемічна хвороба серця у 131 (71,2%). При направленні дана патологія була діагностована у 17 (9,2%) , гострий холецистопанкреатит (панкреатит) - у 51 (27,7%) , кишкова непрохідність - у 28 (15,2%). До 6 годин від початку захворювання госпіталізовано лише 67 (36,4%) хворих, решта - пізніше.

Першим симптомом захворювання була гостра біль в середніх відділах живота, через 5-6 годин не вислуховувалась перистальтика кишки, ще пізніше з'являлись рожеві "малинові" домішки крові в калі.

Таким чином, симптоми тромбоемболії мезентеріальних судин схожі з ознаками інших гострих захворювань черевної порожнини. Тому діагностика цієї патології трудна.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ТРОМБОЕМБОЛІЯМИ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНИХ СУДИН

В.В. Лях (студ. 5 курсу)

Науковий керівник - проф. Кононенко М.Г.

Кафедра хірургічних хвороб

Вивчено результати лікування 184 пацієнтів віком 27 - 95 років з тромбоемболією мезентеріальних судин за 1989 - 1999 р. в двох абдомінальних хірургічних відділеннях міської клінічної лікарні №5. Не оперовано 34 хворих із-за тяжкого стану, оперовано 150 (81,5 %). Обсяг втручання залежав від розпоширеності гангрені кишки. Ураження кишечника в басейні верхньобрижової артерії спостерігали у 98,1% хворих. Діагностична лапаротомія виконана у 68 (45,3 %), резекція кишки - у 82 (54,6 %): сегментарна - у 35 (23,3%), розширена - у 8 (5,3%), субтотальна - у 7 (4,7%); резекція тонкої кишки з правосторонньою геміколектомією - у 19 (12,8%); правостороння геміколектомія - у 8 (5,3%), лівостороння - у 4 (2,6%), резекція сигмовидної кишки - у 1 (0,6%).

Померло 153 (83,2 %) хворих, виписано 31 (16,8%) хворого після резекції кишечника. Таке втручання не протипоказано навіть при субтотальній гангрені тонкої кишки, бо в цьому єдиний шанс спасти пацієнта.

За даними літератури післяопераційна летальність сягає 80% і навіть 100%.

МОДИФІКАЦІЯ СПОСОБІВ ГЕРНІОТОМІЇ ПРИ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖАХ

Волкогон А.Д., Сепик І.Я., Силенко В.О. (студ. 5 курсу)
Науковий керівник - Пак В.Я.
Кафедра хірургічних хвороб

Відомо багато різновидів пластики грижових воріт, та після кожного з них є певний відсоток рецидиву.

Нами запропоновано доповнення до способів пластики гриж білої лінії живота, післяопераційних вентральних та особливо пупкових гриж. Новизна методу полягає в укріпленні слабких місць пластики за Сапежко і Мейо. За цими способами формується дублікатура м'язово-апоневротичного шару черевної стінки на місці змінених тканин грижових воріт. Та коли середня третина дублікатури добре укріплена нашаруванням клаптів до 3-5 см, то бокові (нижня і верхня за Сапежко) третини нашаровуються на 2-0,5 см і самим слабким місцем є кути рани. Негативним у способі за Мейо є й те, що біла лінія живота і так розширена, при грижах збільшує свій розмір у два рази. Для усунення вад пластики передньої черевної стінки, укріплення кутів рани, а також зменшення її довжини, запропоновано, закінчуючи формування дублікатури, накладати напівкисетні шви.

На основі аналізу історій хвороби і анкетування хворих, оперованих у 1992-97 роках, встановлено суттєве зменшення рецидивів гриж. Наш спосіб не призводить до подовження терміну загоєння рани і післяопераційного періоду. При пластичі за Мейо доповненій напівкисетними швами, завдяки частковому відновленню топографії м'язів у післяопераційному періоді відмічається прискорення адаптації дихальної, серцево-судинної системи і рухової активності передньої черевної стінки.

ЖОВТЯНИЦЯ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

Б.О.Пазинюк (студ. 6 курсу)

Науковий керівник - проф. Кононенко М.Г.

Кафедра хірургічних хвороб

Проаналізовано історії хвороби 33 хворих на жовтяницю пухлинної природи 5-ї міської клінічної лікарні за 1996-1998 р.р. Чоловіків було 20, жінок - 13 в віці від 33 до 91 року (з них старше 70 років - 8). Скарги: біль (28), жовтушне забарвлення шкіри (17), тошнота, рвота (16), загальне нездужання (13). Тривалість захворювання склала: декілька годин - у 5, до 7 днів - у 16, до 3 тижнів - у 6, до 3 міс. - у 5, до 5 міс. - у 1. Хворі госпіталізовані найчастіше з механічною жовтяницею (18) та пухлиною головки підшлункової залози (6). Клінічно жовтушність визначалась у всіх пацієнтів, локальна болючість при пальпації - у 26, пухлина - у 10, збільшений жовчний міхур (симптом Курвуазье) - у 6, збільшена печінка - у 15.

За даними УЗД блокада біліарної системи була виявлена у 21 хворого.

Лабораторно рівень білірубіну сягав від 35,0 до 650 ммоль/л.

Оперовано 19 чоловік. Білідигестивні анастомози виконані у 17 (холецистоєюноанастомози - у 15, холедоходуоденоанастомози - у 2), гастроєюноанастомози із-за дуоденальної непрохідності - у 2.

Пухлина головки підшлункової залози з механічною жовтяницею ст. III гр. II діагностована - у 23, ст. IV гр. II - у 8., пухлина фатерова соска - ст. III гр. II у 2. Із-за пізнього звернення або тяжкого загального стану хворих радикальні втручання не проводилися.

ДАГНОСТИКА ТА ЛКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ

Шкурко О.С. (студ. 5 курсу).

Науковий керівник – В.В. Андрющенко

Кафедра хірургічних хвороб, обласний клінічний онкодиспансер.

В структурі захворюваності жіночого населення злоякісними пухлинами геніталій Сумської області рак яєчників знаходиться на четвертому місці і становить 6,5 на 100 тис. населення. У 1999 р. I – II стадія захворювання виявлені у 26,6% хворих, III стадія – у 12,7%. При перших стадіях процесу клінічно немає ознак, за якими можна було б визначити характер пухлини яєчника. Пухлини перших стадій захворювання були виявлені під час хірургічних втручань з приводу кістом яєчників. Об'єм операції передбачає ампутацію або екстирпацію матки та видалення великого сальника. За 1997-1998 р.р. в обласному онкодиспансері було виявлено 337 хворих на рак яєчників. Спеціальне лікування проведено 80,1% хворим. Хірургічне лікування проведено у 4,0%, комбіноване – у 54,0%, хіміотерапевтичне – у 41,4% хворих. Екстирпація матки виконана у 22 (14,0%) хворих, ампутація – у 78 (49,6%). Придатки були видалені у 52 (33,1%) жінок, лапаротомія виконана у 5 (3,2%) із III стадією процесу. Рак яєчників належить до групи пухлин, при яких медикаментозна терапія сприяє ремісії та продовженню життя пацієнок. Тому у післяопераційному періоді усім їм була проведена хіміотерапія. Результати лікування залежать від стадії поширення раку яєчника та від його гістологічної структури. Загальне п'ятирічне видужання хворих становить 30%.

РЕІНФУЗІЯ КРОВІ ПРИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНИХ КРОВОТЕЧАХ

Соболев О.Ю. (студ. 2 курсу)

Науковий керівник - доц. Шевченко В.П.

Кафедра хірургічних хвороб, курс загальної хірургії

Реінфузія власної крові постраждалих при внутрішньочеревних кровотечах знаходить широке використання в ургентній хірургії у зв'язку з відсутністю негативних наслідків, притаманних трансплантації донорської крові.

Кров, яка використовується при реінфузії, завжди сумісна, нормотермічна, може бути швидко інфузована без втрати часу на пошук донорської крові і проведення проб на сумісність. Вивчена ефективність реінфузії крові при пошкодженнях паренхіматозних органів з тяжкою внутрішньочеревною кровотечею у 28 пацієнтів, які лікувались в хірургічному відділенні СОКЛ в 1995-1999 р.р. Чоловіків було 20, жінок - 8 віком від 20 до 60 років. Пошкодження селезінки діагностовано у 6, печінки - у 9, розриви сальника, позаочеревинні гематоми - у 13. Для виключення прихованого гемолізу проводили пробу Гемпеля. Реінфузія по загальноприйнятій методиці проведена у 6 хворих в обсязі 500 мл - 1200 мл при крововтраті 900 - 2500 мл. Реінфузія була ефективна у 4 (66,6%) хворих. 2 пацієнтів померли від тяжкої поєднаної травми черепа, грудної клітки, живота з пошкодженням печінки.

Таким чином, реінфузія є фізіологічним, ефективним і фізіологічним методом лікування при внутрішньочеревних кровотечах.

ВЕНТРАЛЬНІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ ГРИЖІ

Федоренко С.Г. (студ. 5 курсу)

Науковий керівник - проф. Кононенко М.Г.

Кафедра хірургічних хвороб.

За 1996 - 1998 р.р. в хірургічних відділеннях 5-ї міської клінічної лікарні з вентральними післяопераційними грижами лікувалось 40 хворих. Чоловіків було 5, жінок - 35 віком від 20 до 71 р. Вентральні грижі виникли після холецистектомії у 16, гінекологічних операцій - у 15, у решти - після апендектомії, резекції шлунку, кишки та інших.

Тривалість грижоносійства була до 12 міс. - у 14, до 3 р. - у 16, більш 3 років - у 8 (у одного 30 років), у двох хворих - не з'ясовано. Післяопераційні грижі виявлені до 6 міс. (ранні вентральні грижі) - у 15, після 6 міс. (пізні) - у 25 (з них через 3 роки і пізніше - у 14).

По найбільшому розміру випинання грижі розподілено на малі (до 5 см) - у 5 (12,5%), середніх розмірів (6-15 см) - у 28 (70,0%), великі (16-25 см) - у 7 (17,5%).

Для операцій застосували ендотрахеальний наркоз у 20, спінальну анестезію - у 18, внутрішньовенне знеболення - у 2. Виконані втручання: пластика дефекту грижі місцевими тканинами у 19, капроною сіткою - у 13, аутодермальним клаптом - 8. Рецидив виник у 1 хворої.

Таким чином, невеликий дефект апоневрозу можна ліквідувати місцевими тканинами, великий або середніх розмірів - аутодермальним клаптом або капроною сіткою (алюопластика).

ВИКОРИСТАННЯ ТІЕНАМУ У ХВОРИХ З ВАЖКОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Степанченко О.М. (студ. 3 курсу)

Науковий керівник - доц. Шевченко В.П.

Кафедра хірургічних хвороб, курс загальної хірургії.

Останні роки відмічається зростання частоти гнійно-запалювальних ускладнень, які відіграють домінуючу роль в структурі захворювань і післяопераційної летальності. Ефективність антибіотиків значно зменшилась в зв'язку з появою у більшості збудників антибіотикорезистентності до них.

З'явилась потреба в використанні новітніх антибіотиків, таких як тіенам. Тіенам (imrepem) є високоефективним антибіотиком широкого спектру дії на грампозитивні і грамнегативні мікроорганізми аеробної і анаеробної мікрофлори.

Нами вивчені результати використання тіенаму у 20 хворих з важкою хірургічною інфекцією. Із них чоловіків було 15, жінок - 5 віком від 15 до 65 років. Хворі знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні СОКЛ з приводу дифузного гнійного перитоніту (7), абсцесів черевної порожнини (3), гнійно-деструктивного панкреатиту (3), абсцесів печінки, холангіту (2), сепсису (2), гострого тромбофлебіту нижньої кінцівки та тазу (1), абсцедуючої пневмонії (2). Тіенам вводили внутрішньовенно по 0,5 - 1 г 2 - 4 рази на добу в залежності від тяжкості захворювання. Використання тіенаму дозволило вилікувати 17 хворих (95%). 3 хворих (15%), незважаючи на проведене лікування, померли.

Таким чином, використання тіенаму у хворих з важкою хірургічною інфекцією в зв'язку з його значною ефективністю є доцільним.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ ПРИ ГОСТРІЙ ЗЛУКОВІЙ КИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ

Голубка В.А. (студ.5 курсу)

Науковий керівник - доц. Кащенко Л.Г.

Кафедра хірургічних хвороб

Проблема діагностики гострої злукової кишкової непрохідності (ГЗКН) залишається актуальною.

У своїй роботі ми вивчили ступінь вираженості клінічних симптомів у 126 хворих на злукову кишкову непрохідність. Чоловіків було 58, жінок - 68 переважно віком від 30 до 45 років. Злукова непрохідність після першої операції частіше виникала або через рік, або через 10 і більше років. Вивчалися такі клінічні симптоми: характер болю, наявність тошноти, метеоризму, інтенсивність блювоти, затримка газів та калу, частота приступів в анамнезі, важкість стану пацієнта, характер перистальтики, наявність шуму плескання, асиметрії живота, перитонеальних симптомів. Найбільш інформативними симптомами були: переймоподібний біль - у 66,9% хворих, тошнота - у 100,0%, блювота - у 88,4%, затримка стільця та газів - у 36,4%, наявність шуму плескання - у 43,0%, симптомів подразнення очеревини - у 28,3 %, слабка (у 50,0%), чи посилена - у 36,9% хворих перистальтика кишечника.

Оскільки, лише за клінічними симптомами оптимальну хірургічну тактику визначити було важко, ми використали комбінацію клінічних симптомів з даними рентгенологічного дослідження (оглядова рентгенографія черевної порожнини та контрастне дослідження з сульфатом барію і контрастними мітками).

Така методика дозволила за 4-6 годин вирішити питання щодо необхідності невідкладного оперативного втручання.

АПЕНДИЦИТОПОДІБНА ФОРМА ПЕРФОРАЦІЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

Логоша А.І., 4 курс
Керівник - Ситнік О.Л.

Із 542 хворих на проривну гастродуоденальну виразку у 521 (96,1%) виразка перфорувала в вільну черевну порожнину, у 19 (3,5%) чоловік діагностували прикрите прободіння виразки, у 2 (0,4%) - перфорацію виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки.

Апендицитоподібна клінічна картина спостерігалась у 14 (2,6%) пацієнтів. У таких хворих біль був помірний, починався в епігастральній ділянці і через 6 - 9 годин зміщувався в праву здухвинну. Особливістю симптоматики були швидкий розвиток клініки місцевого деструктивного процесу в правій здухвинній ділянці (напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щьоткіна - Блюмберга, сухість язика, гіпертермія до 38 - 39°C), а також збереження пальпаторної болючості в проекції шлунку.

У 10 хворих операцію починали з приводу «гострого апендициту», тобто з доступу Дьяконова-Волковича, знаходили в суміші з гастродуоденальним вмістом накопичення ексудату в правій здухвинній ділянці та по правому боковому флангу, яке було обмежене великим сальником. Цю рану зашивали до дренажів і проводили верхньосерединну лапаротомію.

ПРОЯВИ «ЛІГАТУРНОЇ ХВОРОБИ» ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ ПЕРФОРАТИВНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ

Русанов А.А., (студ. 5 курсу)
 Науковий керівник – Ситнік О.Л.
 Кафедра хірургічних хвороб

В останні роки увагу дослідників привертають патологічні стани, які виникають у шлунку та в ДПК внаслідок застосування під час операції різних видів шовного матеріалу. У хворих на проривну виразку пілородуоденопластику виконували капроном. Із 145 пацієнтів, які були обстежені ендоскопічно в різні терміни після втручання, у 48 (33,1%) чоловік виявлені прояви «лігатурної хвороби» оперованого шлунку. Лігатури, що виступали в просвіт органу, супроводжувались локальними запальними змінами: набряком, гіперемією слизової оболонки, наявністю ерозій. Їх частота у віддалені строки після висічення виразки без ваготомії була достовірно нижче, ніж після висічення виразкового субстрату з стовбуровою, селективною або селективною проксимальною ваготомією. Після висічення виразки з ваготомією, коли секреція шлунку була нормальна або знижена, часто спостерігались локальні запальні зміни навколо лігатур, чого не було після висічення виразки без ваготомії. При підвищеній кислотності шлунку у більшості хворих лігатури відходили уже на протязі першого року після операції, в разі нормальної або зниженої секреції шлунку вони нерідко спостерігались і через 3 роки після втручання.

Таким чином, після органозберігаючих операцій з ваготомією, коли секреція шлунку переважно знижена, швидкість відторгнення лігатур зони пілородуоденопластику уповільнюється.

МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНА ФУНКЦІЯ ШЛУНКУ У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД ПІСЛЯ ПЕРФОРАЦІЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ

Солодовнік О.В. (студ. 5 курсу)
Науковий керівник – Ситнік О.Л.
Кафедра хірургічних хвороб

Органозберігаючі оперативні втручання при перфорації гастродуоденальної виразки супроводжувались розладами моторно-евакуаторної функції шлунку: порушенням замикальної функції воротаря або прохідності пілородуоденальної зони, післяваготомною діареєю. Ми їх діагностували клінічно, рентгенологічним дослідженням та фіброгастроскопією.

Порушення замикальної функції воротаря нами виявлені із 173 обстежених ендоскопічно пацієнтів у 36 (20,8%): дуоденогастральний рефлюкс - у 35, демпінг-синдром - у 1. При збереженні воротаря (дуоденопластика) рефлюкс не спостерігали.

Стеноз вихідного відділу шлунку сформувався у 10 пацієнтів внаслідок рецидиву виразки або післяопераційної рубцевої деформації.

Післяваготомна діарея проявилася у 8 хворих після висічення виразки з пілородуоденопластикою та стовбуровою ваготомією, самотійно зникла на протязі першого року після операції.

Співставлення клінічної симптоматики та ендоскопічної картини змін в шлунку надало можливість запропонувати і впровадити класифікацію (легка, середньої дії, важка ступінь). Це дало підстави індивідуалізувати методики лікування.

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОЇ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРІЙ ЗЛУКОВІЙ КИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ

Ламах О.М. (студ. 6 курсу), Чюрюмов Е.С., (студ. 5 курсу)

Науковий керівник - доц. Кащенко Л.Г.

Кафедра хірургічних хвороб

Вивчено вплив 52 факторів на процес діагностики та лікування 126 хворих на гостру злукову кишкову непрохідність (ГЗКН). Встановлено, що на результати оперативного лікування таких хворих найбільш негативно впливають 8 факторів, а саме: вік старше 60 років, наявність супутньої патології, пізня (понад 24 години від початку захворювання) госпіталізація, тривала (більше доби) консервативна терапія та інші.

При ГЗКН вибрати оптимальну лікувальну тактику лише за клінічними симптомами важко. Для цього дуже важливо визначити ступінь кишкового стазу. Найбільшу інформацію отримували при комбінованому клініко-рентгенологічному дослідженні за схемою: а) оглядова рентгенографія черевної порожнини; б) після цього відразу ж хворий приймав 50 мл сульфату барія та одну контрастну мітку; в) з інтервалом в 1 годину давали ще дві контрастні мітки; г) через 2-6 годин виконували повторно рентгенографію черевної порожнини.

Консервативну терапію як підготовку до операції розпочинали після першого ж рентгенологічного обстеження і продовжували протягом 4-6 годин, після цього оцінювали її ефективність.

Хворих з позитивною динамікою клінічних симптомів, пасажу барію та евакуації контрастних міток по ободовій кишці продовжували лікувати консервативно. Воно було ефективним у 40,9% пацієнтів.

При збільшенні площі чашок Клойбера, відсутності пасажу барію і, особливо, при групуванні контрастних міток в одному місці (у 59,1% хворих), проводили невідкладне оперативне втручання.

Така лікувальна тактика дала змогу знизити летальність до 9,1%.

Секція анестезіології та реаніматології

XX ВЕК И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

А.А. Лебедев	3
ДОСТИЖЕНИЯ ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ В XX ВЕКЕ	
В.Д. Шишук	5
ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКИХ НЕВРИТОВ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА	
Т.В. Якубовская, А.А.Грицай, Л.В.Грицай, А.Г.Ломова	7
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРРЕКЦИИ АФАКИИ РАЗЛИЧНЫМИ МОДИФИКАЦИИ ИОЛ	
Т.В. Якубовская, Н.Д. Стебловская, А. Мускен	8
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕТЧАТКИ	
Т.В. Якубовская, В.В. Пилипенко, А. Исса	9
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОННЕГО НЕЙРОРЕТИНИТА, ВЫЗВАННОГО ЦИТОЛИГАЛОВИРУСОМ	
А.А. Грицай	10
РАЗВИТИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ В XX СТОЛЕТИИ	
С.А. Пугачев	11
СТАНОВЛЕНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ	
Н.А. Нищенко	12
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНЫХ АРИТМИЙ	
В.Л. Авраменко	14
СТАН МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ ПРИ КІСТЯКОВІЙ ТРАВМІ	
Ю.А. Барабан	15
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТАМСУЛОЗИНА ГИДРОХЛОРИДА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ	
С.А. Гиленко, К.А. Владыченко	17
ПРИМЕНЕНИЕ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ	
В.Н. Кравченко	18
ПРОЛОНГОВАНА ПРОВІДНИКОВА АНЕСТЕЗІЯ	
О.М. Терешук	19
ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В УРОЛОГИИ	
С.А. Пугачев, Абдель Маула Халава	22
ПЕРИДУРАЛЬНАЯ БЛОКАДА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ	

Набіль Ель Асталь	24
Секція інфекційних хвороб	
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОЇ ДИЗЕНТЕРІЇ	
М.Д. Чемич	26
ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ ЗА ДАНИМИ СОКЛІ	
В.В. Шаповал	28
СТРАТЕГІЯ ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ ВІД ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ - СКЛАДОВА ЗАХОДІВ НЕДОПУЩЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ СНІДУ	
Т.О. Трецька	29
ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ДИФТЕРІЮ	
З.Й.Красовицький, А.О.Сніцар	30
ВИСИПНИЙ ТИФ У ТВОРАХ КЛАСИКІВ ХУДОЖНЬОЇ ЛІТЕРАТУРИ	
А.О.Сніцар	31
DOES HUMAN FULMINANT LIVER FAILURE IN HEPATITIS VIRUS INFECTION ASSOCIATE WITH FIBRIN DEPOSITION?	
P. Dyachenko	32
Морфологічна секція	
ПРОЦЕСС ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВОДНО-СОЛЕВОГО РАВНОВЕСИЯ ОРГАНИЗМА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ	
В.З.Сикора	33
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДА РЕГУЛЯЦИИ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ СОЛЯМИ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ	
Г.Ф.Ткач	34
УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ АДЕНОГИПОФИЗА В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ	
В.И.Каваре	36
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ КРЫС ПРИ КОРРЕКЦИИ ЭРСОЛОМ	
Л.И.Киптенко	37
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК КРЫСЫ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕГО ОБЛУЧЕНИЯ ОРГАНИЗМА	
Л.Г.Сулим	39
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ	

А.М.Романюк, А.В. Доценко, В.А. Пятигор	40
МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ У КОМПАКТНІЙ РЕЧОВИНІ КІСТКИ ПРИ ОПШКОВІЙ ХВОРОБИ У ПОХИЛОМУ ВІДІ	
А.М.Романюк, О.С. Моїсеєнко, А. Лор, К.Романюк	42
ПАТОМОРФОЛОГІЯ ЕНДОМЕТРІО ПРИ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ МАТ- КОВИХ КРОВОТЕЧАХ У ПРАЦІВНИЦЬ ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВ	
Л.І.Карпенко	43
ФАКТОРЫ БЛИЗКОГО ВЫСТРЕЛА: 4 ГОДА СПУСТЯ	
А. И. Надеев	44

Секція неврології

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ І СМЕРТНІСТЬ ВІД ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ ТА СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ	
Ф.Г. Коленко, В.В. Джепа, О.І.Коленко	45
ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ УСКЛАДНЕНОЮ ТРАВМОЮ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ТА СПИННОГО МОЗКУ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ТА В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ	
О.О. Потапов, Л.П. Горюх	47
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕНЬ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ ЗА ДАНИМИ НЕЙРОХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ СОКЛ	
О.О. Потапов, О.П. Дмитренко	49
КОМБІНОВАНІ КРАНІОТЕРМІЧНІ УШКОДЖЕННЯ	
О.О. Потапов, І.І. Скляренко	50
ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ. ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ	
Ф.Г. Коленко, О.И. Коленко, Н.Б. Котик	52
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	
А.В. Кустов	53
КЛИКО-ЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ	
Имад Эль Фаеми, Л.Е. Бражник	55
ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ХВОРИХ СУДОМНИМИ СТАНАМИ НА ФОНІ ТОКСИЧНОЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ	
Т.Л. Головашова, С.Ю. Солошенко, О.В. Скрипка	56
КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ДИСПАНСЕРНОМУ СПОСТЕРЕЖЕННІ З ДІАГНОЗОМ "ВЕГЕТО-СУДИННА ДИСТОНІЯ"	
Л.Р. Біттерліх	57
АСПЕКТЫ СОЦИО-ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАРКОМАНИИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	

Секція педіатрії

ВПЛИВ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ НА ПОКАЗНИКИ ЧЕРВОНОЇ КРОВІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ	
Маркевич В.Е.	61
ДИНАМІКА АКТИВНОСТІ ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ РІЗНОГО ГЕСТАЦІЙНОГО ВІКУ	
Маркевич В.Е., Лоза С.М.	62
ДИНАМІКА КОНЦЕНТРАЦІЇ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ - α И ИНТЕРЛЕЙКИНА 1- β У ЗДОРОВИХ НОВОРОЖДЕНИХ И ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ГИПОКСИИ	
Маркевич В.Э., Кривцун С.И.	63
АКТИВНОСТЬ ФАГОЦИТОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ В АНТЕ- И ИНТРАНАТАЛЬНЫХ ПЕРИОДАХ	
Маркевич В.Э., Кривцун С.И.	64
КОРЕЛЯЦІЯ ТИРЕОЇДНОЇ АКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ І РІВНЯ ЗАБРУДНЕННЯ ДОВКІЛЛЯ СОЛЯМИ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ	
В.Е. Маркевич, А.П. Лушпа, М.П. Загородній	65
ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	
Сиченко П.И.	66
КІЛЬКІСНІ ТА ЯКІСНІ ПАРАМЕТРИ ЧЕРВОНОЇ КРОВІ У ДІТЕЙ З ПРОЯВАМИ РАНЬОЇ АНЕМІЇ НЕДОНОШЕНИХ	
Лоза С.М.	67
АДАПТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ЩО ЗАНАЛИ ВПЛИВУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ	
Журавель В.Г.	68
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ВІДЧУВАЮЧИХ СПІЛЬНИЙ ВПЛИВ РАДІАЦІЙНОГО ТА ТЕХНОГЕННОГО ЗАБРУДНЕННЯ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА	
Журавель А.О.	69
О ЛЕЧЕНИИ ЮНОШЕСКОГО ЭПИФИЗИОЛИЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ	
Шкатула Ю.В., Ганул В.Р.	70
ПИТАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З УРАЖЕННЯМИ ЦЕНТАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ	
Кирой О.І.	71
ВЛИЯНИЕ ДОПМИНА И ДИГОКСИНА НА СОСТОЯНИЕ	

ВНУТРИСЕРДЕЧНОЇ І ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У НОВОРОЖДЕНИХ, ПЕРЕНЕСШИХ СОЧЕТАННЮ ГІПОКСІЮ Зайцев І.Є.	72
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ Загородня А.П.	74
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ ЧЕРВОНОЇ КРОВІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ З АНЕМІЄЮ Маркевич В.Є., Пилипець І.В.	75
ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧЕСЬКОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ, КОТОРІ ЧАСТО БОЛЕЮТ А.І. Сміян, А.М. Емец, Т.Ю. Гринько, В.П. Сай	76
К ВОПРОСУ ОБ ОТРАВЛЕНИЯХ У ДЕТЕЙ Т.П. Бында, А.И. Хоменко	77
ДИНАМІКА КОНЦЕНТРАЦІЇ ФІБРОНЕКТИНУ СІРОВАТКИ КРОВІ УМОВНО ЗДОРОВИХ НЕДОНОШЕНИХ У НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ О.К. Романюк	78
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С.И. Кругляк	80
ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ І РЕАБІЛІТАЦІЯ ДЕТЕЙ С ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА О.В. Маркевич	81
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МАКРОЛІДІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ІНФЕКЦІЇ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ К.Г. Козлова	82
АДЕКВАТНА ТРАКТОВКА ДІАГНОЗА “ВЕГЕТО-СОСУДИСТАЯ ДИСТОНІЯ” ПО МКБ-10 С ЦЕЛЮ КОМПЬЮТЕРИЗОВАНОГО ПОДБОРА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕННЯ Л.Р. Биттерлих, г. Сумы, Р.Л. Биттерлих, Израиль	84
ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ПЛАНОВО-КОНСУЛЬТАТИВНИХ ВИЇЗДІВ ДИТЯЧИХ СПЕЦІАЛІСТІВ В РАЙОНИ ОБЛАСТІ Е.А. Алісієвич, М.П. Загородній, О.І. Прядко	85
ДИНАМІКА ЧИСЕЛЬНОСТІ Т- І В- ЛІМФОЦИТІВ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМ АПЕНДИЦИТОМ В.С. Овечкін, Д.В. Овечкін	86
ЧУТЛИВІСТЬ МІКРОФЛОРИ ХВОРИХ ДІТЕЙ ДО АНТИБІОТИКІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ В.І. Летюка, О.І. Міновщикова, О.М. Загородній	87
ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ОДИНАДЦЯТИКЛАСНИКІВ ПРИ РІЗНИХ УМОВАХ НАВЧАННЯ	

І.О.Калівіченко, А.М.Бружка	88
АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	
П.В.Кучеренко	90
СТРУКТУРА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ	
Л.И.Куюкина	91
ПРИМЕНЕНИЕ ДРИПТАНА У ДЕТЕЙ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ	
А.И.Марченко	92
ВИПАДОК ВРОДЖЕНОЇ ВАДИ СЕРЦЯ – ТРИПЕРЕДСЕРДНЕ СЕРЦЕ	
К.А.Ткаченко	93
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЛИМФОБЛАСТНЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	
Л.К.Никитенко	94
Секція профілактичних дисциплін	
82. JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ESCHICHTE DER MEDIZIN, NATUR WISSENSCHAFT UND TECHNIK E. V.	
К. К. Васильев	95
КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНОГО СТУПЕНЮ ВАЖКОСТІ	
І.В.Павліш, В.О.Зюзін	97
ВПЛИВ СУДИННИХ ПРЕПАРАТІВ НОВОГО ПОХОДЖЕННЯ ТАНАКАНА (РОКАНА) НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС.	
Т.В.Плужнікова	98
ДИНАМІКА ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ	
Л.М.Романюк	100
СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІВ ЗОРУ	
Н. В. Медведовська	101
ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОТИДІЇ ПОШИРЕННЯ ВІЛ/СНІДУ В ОБЛАСТІ	
Н. А. Лисенко, Т. О. Трецька	102
К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВЫХ СЕЗОННЫХ ДЕТСКИХ ЯСЛЕЙ	
И.В.Чернобров	104
НЕВРОГЕННЫЕ ОСТЕОАРТРОПАТИИ У ЖИТЕЛЕЙ КРЫМА В ЭПОХУ СРЕДНЕВЕКОВЬЯ	
Д. Ю. Понамарев	106
АНАТОМ ПРОФЕССОР А. Г. ЗОММЕР (1858-1939)	
С. В. Павлычева	107

**К ИСТОРИИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ
НА МЕДИЦИНСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ ИМПЕРАТОРСКОГО
ХАРЬКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

С. В. Ревенко	108
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЕМЬИ ХАРИТОНЕНКО В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ	
Л. Н. Евдокимчик	110
К ВОПРОСУ О ДЕОНТОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ	
П. И. Нечипоренко	111
ДИСТРОФИЯ МІОКАРДУ У СПОРТСМЕНІВ	
О. Т. Зозуля, Б. І. Щербак	112
НЕОБХІДНІСТЬ МОДИФІКАЦІЇ ВЕЛИЧИНИ ПОДВІЙНОГО МНОЖЕННЯ РОБІНСОНА-ГОЛМБЕРГА	
В. М. Хайчин, Б. І. Щербак	113
ПЯТЬ ЛЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДРЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ, ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ	
М. П. Старкин	114

Секція теоретичної та експериментальної медицини

МАСС-СПЕКТРОМЕТРИЯ В МОДЕЛИРОВАНИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И БИОМОЛЕКУЛ-«МИШЕНЕЙ»	
Л.И. Гребеник, В.Д. Чиванов	116
ВПЛИВ МІКРОБІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ВІТАТОНУ І ВІТАДЕПСУ НА АКТИВНІСТЬ КАТАЛАЗИ СИРОВАТКИ КРОВІ КУРЧАТ	
Л.О. Прімова	117
КОМБИНИРОВАННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНГАЛЯЦИОННОМ СТАТИЧЕСКОМ ОТРАВЛЕНИИ ЭПИХЛОРГИДРИНОМ	
И.Ю.Высоцкий, О.И.Высоцкая	119
ДИНАМІКА МОРФОГІЧНИХ ЗМІН ГЕМОМІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА (ГМЦР) ШКІРИ ПРИ ФОРМУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК	
О.К.Мелеховець	120

Секція гералії

КОМПЛЕКСНАЯ КАФЕДРАЛЬНАЯ НАУЧНО-ИССЛЕ-ДОВАТЕЛЬСКАЯ ТЕМА (№ ГОСРЕГИСТРАЦИИ 0198V007720) – ЕЕ ЗАДАНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ	
В.А.Бочаров, О.В. Пантелюк, А.Г. Сулим	121
ТЕОРИЯ ГЕНЕРАТОРОВ ПАТОЛОГИЧЕСКИ УСИЛЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ	

Н.А.Васько	122
МЕДИАТОРЫ И МОДУЛЯТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ЗУДА ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ	
С.Н. Тарнопольская, Е.А.Бочарова	123
УРЕТРОСКОПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ УРЕТРИТОВ	
А.А.Сухомлин	124
БИОРИТМОПРОФИЛАКТИКА В СИСТЕМЕ ДИСПАНСЕРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ	
А.А.Гришин, В.В.Шаповал	125
РОЛЬ МИКРОБНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ КОЖИ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕРМОФИТИИ И ЭКЗЕМЫ	
Б.И. Бабий	126
НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ВЕДЕНИЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ	
Т.Г. Емец, Т.Н.Мовчан, А.Н.Емец	127
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ	
О.В.Луценко, Г.В.Клецова, Д.В.Бочаров	128
КЛАСИФІКАЦІЯ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ З СУЧАСНИХ ЕТІОЛОГІЧНИХ ЗАСАД	
В.Ф. Орловський	129
ВНЕЗАПНАЯ КАРДИАЛЬНАЯ СМЕРТЬ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЖИТЕЛЕЙ КОНОТОПСКОГО РАЙОНА	
В.В. Кравец, В.Ф.Петренко	130
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОЙ рН-МЕТРИИ	
В.П.Кравец	131
ОСОБЛИВОСТІ ІНФІКУВАННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКУ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ХРОНІЧНОМУ АТРОФІЧНОМУ ГАСТРИТІ ТА РАКУ ШЛУНКУ	
Л.Б.Винниченко	133
ВПЛИВ АНТИХЕЛКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ НА МОРФОЛОГІЧНИЙ СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГАСТРОДУО-ДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ ТА СКОРОЧУВАЛЬНУ ФУНКЦІЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ	
Н.В.Климанська	134
ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	
В.В.Лаба	135
НЕКОТОРЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НАСЕЛЕНИЯ Г. СУМЫ	

В.В.Лаба	136
ТИПИ РЕАГУВАННЯ КАЛКРЕЇН-КІНІНОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	
Л.Н. Приступа	138
ВПЛИВ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ НА ВИРАЖЕНІСТЬ СИНДРОМУ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ	
Т.І. Михайлова, Л.Н. Приступа	139
ЕФЕКТИВНІСТЬ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПОЄДНАННІ З ТРЕНУВАННЯМ СПЕЦИФІЧНИХ ДИХАЛЬНИХ М'ЯЗИВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	
О.А. Капіца, Л.Н. Приступа, С.П. Попадюк	140
Секція хірургії	
БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ В ЛІКУВАНІ ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКУ	
В.В. Андрющенко, В.І. Конанихін, Н.Я. Усик, В.Н. Загорулько, В.А. Дмитрук	142
ХІРУРГІЯ РАКА ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ	
В.В. Андрющенко, А.Д. Саєнко, Д.В. Панченко, Бассам Салим	143
СТЕРНОТОМІЯ ЯК ОПЕРАТИВНИЙ ДОСТУП ДО ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТИНИ	
І.А. Вінниченко, В.І. Коробейник, В.Л. Москаленко, А.В. Курочкін	144
АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У СУМСЬКОМУ ОНКОДИСПАНСЕРІ	
І.А. Вінниченко, В.І. Коробейник, В.Л. Москаленко, А.В. Курочкін	145
СЕКРЕТОРНА ФУНКЦІЯ ІНТРАТОРАКАЛЬНОГО ШЛУНКУ У ХВОРОГО ПІСЛЯ ЕЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ	
І.О. Вінниченко	146
СИНДРОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА	
В.П. Шевченко, М.М. Кобилицький, О.І. Борисенко, В.О. Братушко, І.А. Мисловський, М.С. Яснолобова	147
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДІАГНОСТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ	
А.В. Кравец	148
Студентська конференція	
Секція акушерства та гінекології	
СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК ПРИ ГЕСТОЗАХ ВАГІТНОСТІ	
Д.Г. Сумцов	149
ЗАСТОСУВАННЯ ДЕКАМЕТОКСИНУ З МЕТОЮ	

ПРИСКОРЕННЯ ЗАГОЄННЯ ЕПІЗІОТОМНИХ РАН	
І.Я. Сепік	150
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ ЗАСОБІВ ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ	
О.В. Златнік	151
АНАЛІЗ МЕТОДІВ РОЗРОДЖЕННЯ ПРИ НІПГ-ГЕСТОЗАХ	
А.В. Літвінко	152
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ	
В.Л. Жукова	153
ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ ПРИ ГЕСТОЗАХ	
Л.О. Слишко, О.Ю. Чумаченко	154
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ	
Э.В. Бельмас, Е.А. Ройко	155
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	
Н.П. Вознюк	156
Секція анестезіології та реаніматології	
ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОТРАВМОЙ	
А.А. Потапов, Эль-Зазуа Ясир Ибрагим	157
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫВИХОМ ПЛЕЧА	
Аммар Ата Аллахам	159
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Ю.В. Власов	160
ПЕРЕЛОМЫ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ	
Р. В. Златнік	161
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ	
В.Н. Кизенко	162
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ	
Навин Чанд	164
ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОТЕРПІЛИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ОБОХ СТЕГНОВИХ КІСТОК	
А.В. Онопрієнко	166
МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ КІСТОК ТА СУГЛОБІВ	
О.В. Пантелюк	168

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ «БАМПЕР»-ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК
ГОЛЕНІ

А.Б. Ступін

170

Секція інфекційних хворобКЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ
РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ

В.Г. Середенко

171

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ А І В
ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ДІАГНОСТИКИ

А. А. Краснюков

173

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СПОРАДИЧНОЇ
ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ДИЗЕНТЕРІЮ

О.В. П'ятниця

175

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СПОРАДИЧНОЇ
ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ

Н.В. Норець

176

ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО НАВЧАЛЬНОГО ПОСІБНИКА В
КЛІНІЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

В. А.Бутко

178

ВИКОРИСТАННЯ ВІДЕОФІЛЬМІВ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ З
ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

С.М.Кобилецький, Н.І.Васько, В.В.Сасовська

180

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІРУСНОГО
ГЕПАТИТУ С ЗА ДАНИМИ СОКІЛ

І.А. Бражна, Т.М.Семенова

181

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ПЕРВИННО - ХРОНІЧНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ

В.В. Льїна

183

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МЕНІНГОКОКОВОЇ
ІНФЕКЦІЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Т.Л.Коцюбенко

184

ДИСБАКТЕРІОЗ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ
ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

С.Г. Федоренко

186

ЕТІОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ

Т.М. Калмикова

187

Морфологічна секціяЗМІНИ ЕПІФІЗАРНОГО ХРЯЩА ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ ПІД
ВПЛИВОМ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЕННЯ ОРГАНІЗМУ

М.В. Погорелов	189
СМЕРТНІСТЬ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ	
К.А. Романюк	190
МЕТОДИКА ВИГОТОВЛЕННЯ МУЗЕЙНИХ АНАТОМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ	
С.П. Бутенко, Л.В. Покутня	191
ОСОБЛИВОСТІ ОСТЕОРЕПАРАЦІЇ ПРИ ЗАКРИТОМУ ПЕРЕЛОМІ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНОЇ ДЕГІДРАТАЦІЇ	
Ковчовенко О.С.	192
ХАРАКТЕРИСТИКА ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ	
С.Ф. Колонтаєвська	193
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕЛЕЗЕНКИ КРЫС, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ И ИОНИЗИРУЮЩЕЙ РАДИАЦИИ	
В.В. Гегешко	194
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АДЕНОГИПОФИЗА ПРИ ПОВЫШЕННОМ ПОТРЕБЛЕНИИ СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ	
Н.Н. Якушенко	195
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА ПОЧКИ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ОБЩЕГО ОБЛУЧЕНИЯ	
И.С. Жукова	197
ИЗМЕНЕНИЯ УЛЬТРАСТРУКТУРЫ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНИКОВ КРЫС ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ДЕЙСТВИИ СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ И ИОНИЗИРУЮЩЕЙ РАДИАЦИИ	
Н.Н. Пшеничная	198
ВАРИАНТИ КРОВОПОСТАЧАННЯ ПЕЧІНКИ ТА НИРОК	
Р.М. Салинко, А.В. Грек	200

Секція неврології

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНЫХ НЕПСИХО- ТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ	
Т.И. Дашенко, Р.В. Животовский, А.В. Гайдабрус	201
НЕВРОТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ПРИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ ЖЕНЩИН	
Ю. Солугубовская, Аль Тахар Мухамед, Е.Н. Будник	203
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДОГЕНЕЗА ПРИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ ПАРЫ	
Т.Г. Гонтовая, О.И. Кириченко, Бальды Мамаду Бади	204

Секція педіатрії

ВМІСТ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ В ЕРИТРОЦИТАХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ВІД МАТЕРІВ З АНЕМІЄЮ ВАГТНИХ

Скульбеда А.Е., Пилипець І.В.

206

РОЛЬ ЕРИТРОПОЕТИНУ В ГЕНЕЗІ АНЕМІЙ ВАГТНИХ ТА ЇХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Пилипець І.В.

207

АНЕМІЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ. АНАЛІЗ ЧИННИКІВ, РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ, СТРОКИ ВИНИКНЕННЯ, ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ

Лобода А. М.

208

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ЕРИТРОЦИТІВ ПРИ АНЕМІЇ ВАГТНИХ ТА ЇХ НЕМОВЛЯТ ЗА ДАНИМИ ЕЛЕКТРОННОЇ МІКРОСКОПІЇ

Чижик В.М., Геліх Т.В., Світнік О.Є.

209

ВИХОДЖУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ 4 СТУПЕНЯ В СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ ДИТЯЧОМУ ВІДДІЛЕННІ

Івашина Ю.П., Гричаненко О.С.

210

АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ У ДІТЕЙ З ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВИХ РАЙОНІВ

Масюк О.І., Масюк Л.А.

211

КЛИНИКО-НЕЙРОСОНОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ЭНЦЕФАЛОПАТИЮ

Панькин С.П.

212

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРИТІВ ТА ГАСТРОДУОДЕНИТІВ У ДІТЕЙ З ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ШИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ, ЯКІ Мешкають В ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВИХ РАЙОНАХ

Дух Н.М., Проценко Я. О.

213

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ПРОДУКЦИИ

ФИБРОНЕКТИНА У ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ГИПОКСИИ

Смирнова М.В.

215

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Насер Джавад Мох, Е.С.Гричаненко

216

ВМІСТ СИРОВАТКОВОГО ФЕРИТИНУ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ З РАННЬОЮ АНЕМІЄЮ

Калашнік Т.І.

217

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ КЛІНІЧНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ У НЕДОНОШЕНИХ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ПРОТЯГОМ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

О. Кириченко

218

СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ РАДІОЗАХИСНОГО ХАРЧУВАННЯ Н.А.Гольченко, Ю.Ю.Зімак, Ю.В.Пасечникова	218
СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ ЗА 1996-1999 г. г. Ю.А.Москаленко	219
ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ В.В.Шевченко	220
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ Н.Б.Цубина, О.В.Корниенко	221
МОЛОКО В НАШЕМ ПИТАНИИ, ПЛЮСЫ И МИНУСЫ С.А.Захлебаев, В.В.Любчак, Е.А.Спивак	222
Секція профілактичних дисциплін	
ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ В КОРАНЕ Хашем Авад	223
НОБЕЛЕВСКИЕ ЛАУРЕАТЫ ПО ФИЗИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ 1986 – 1999 гг.: ОПЫТ НАУКОВЕДЧЕСКОГО АНАЛИЗА К. Ю. Васильев, Е. Г. Яровая	225
СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЩОДО НАЯВНОСТІ ПИТНОЇ ВОДИ НА ЛІВОБЕРЕЖЖІ УКРАЇНИ НАПРИКІНЦІ ХVІІІ ст. О. В. Звагельська	226
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПИСАТЕЛЯ М. А. БУЛГАКОВА В. В. Шевченко	227
Секція теоретичної та експериментальної медицини	
АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ДІЯ ФІТОПРЕПАРАТІВ В.К. Прокопенко	229
ВОЗРАСТ РОДИТЕЛЕЙ И ПОЛ РЕБЕНКА: КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ А.М. Кулик, О.Ю.Смирнов	230
ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫЙ ЭФФЕКТ ДЕФЕРРИОКСАМИНА ПРИ ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ (перевод с английского статьи С.Р. Siegers et al., 1988) О.Г. Гапонова	231
СЕРОДИАГНОСТИКА ГЕПАТИТУ С У СЛУЖБЫ КРОВИ О.І. Опімах	232
ИСТОРИЯ ХВОРОБИ №6. М'ЯЗОВА ДИСТРОФІЯ ДУЧЕННЕ, ПОДАНА В HARPER'S BIOCHEMISTRY М.О. Новіцька	233
ИСТОРИЯ ХВОРОБИ №3. ХОЛЕРА, ПОДАНА В HARPER'S BIOCHEMISTRY Т.М. Циганок	235

ПЕРЕКЛАД І ПІДГОТОВКА ДО ВИДАННЯ ДРУГОГО ТОМУ КНИГИ
"LIPPINCOTT'S ILLUSTRATED REVIEWS: BIOCHEMISTRY BY
RAMELA C. CHAMPE AND RICHARD HARVEY" І ХАРАКТЕРИСТИКА
МАТЕРІАЛУ, ЩО ВИКЛАДЕНИЙ У НІЙ

- А.О.Гришин, А.В.Кравцова, Г.О.Пляхтур, С.М.Подрез 236
ЦИРКАДНЫЕ РИТМЫ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СТАФИЛОКОККА К
НЕКОТОРЫМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ
Н.А.Ремнева, В.И.Высоцкий, Н.М.Моисеенко, В.В.Любчак 239

Секція терапії

- КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФЛІКСОТИДУ
ХВОРИМИ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ
С. Чумак 240
СУБМІКРОСКОПІЧНА ОРГАНІЗАЦІЯ І-КЛІТИН У ХВОРИХ НА ВИРАЗ-
КОВУ ХВОРОБУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З СУПУТНИМИ ПОРУ-
ШЕННЯМИ СКОРОЧУВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА
Р.Лобанова 242
ЛІКУВАННЯ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У КЛІНІЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ
ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ПЛІУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ
Ф.В. Орловський 243
ПОРУШЕННЯ МЕТОДИКИ ВИКОНАННЯ ЕКСКРЕТОРНИХ
УРОГРАФІЙ НА МАТЕРІАЛІ ПОЛІКЛІНІКИ З-ДУ ІМ. ФРУНЗЕ
В.М. Лихман, В.І. Бочаров 244
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ХАРАКТЕРА ИСХОДОВ
ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
Н.В. Норец 246

Секція хірургії

- ГІПОХЛОРИТ НАТРІЮ ПРИ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСАХ
М'ЯКИХ ТКАНИН
С.М. Кобилецький 247
ГЕПАТОЕЮНОСТОМІЯ - МЕТОД ВІДВЕДЕННЯ
ЖОВЧІ ПРИ ОБТУРАЦІЇ ГЕПАТОХОЛЕДОХА
Р.І. Гребеняк 248
МОЖЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТРОМБОЕМБОЛІЇ
МЕЗЕНТЕРІАЛЬНИХ СУДИН
С.В. Карась 249
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ТРОМБОЕМБОЛІЯМИ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНИХ
СУДИН
В.В. Лях 250
МОДИФІКАЦІЯ СПОСОБІВ ГЕРНІОТОМІЇ ПРИ ВЕНТРАЛЬНИХ

ГРИЖАХ	251
А.Д. Волкогон, І.Я.Сеник, В.О. Сяленко	
ЖОВТЯНИЦЯ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ	252
Б.О. Пазинюк	
ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ	253
О.С. Шкурко	
РЕІНФУЗІЯ КРОВІ ПРИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНИХ КРОВОТЕЧАХ	254
О.Ю. Соколев	
ВЕНТРАЛЬНІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ ГРИЖІ	255
С.Г. Федоренко	
ВИКОРИСТАННЯ ТІСНАМУ У ХВОРИХ З ВАЖКОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	256
О.М.Степанченко	
ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ ПРИ ГОСТРІЙ ЗЛУКОВІЙ КИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ	257
В.А. Голубка	
АПЕНДИЦИТОПОДІБНА ФОРМА ПЕРФОРАЦІЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК	258
А.І. Логоша	
ПРОЯВИ «ЛІГАТУРНОЇ ХВОРОБИ» ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ ПЕРФОРАТИВНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ	259
А.А.Русанов	
МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНА ФУНКЦІЯ ШЛУНКУ У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД ПІСЛЯ ПЕРФОРАЦІЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ	260
О.В. Солодовнік	
ВИБІР ОПТИМАЛЬНОЇ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРІЙ ЗЛУКОВІЙ КИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ	261
О.М. Ламах, Е.С. Чюрюмов	

**VIII підсумкова науково-практична конференція
медичного факультету**

**«Сучасні проблеми клінічної та експериментальної
медицини»**

Редакційна колегія

Маркевич В.Е. (відповідальний редактор)

Романюк А.М. (заст. відповідального редактора)

Сікора В.З.

Стиль та орфографія авторів збережені

План 2000 р.

Підп. до друку 17. 04.00 р.

Тираж 100 прим.

Обл. – вид. арк. 11,7

Безкоштовно

Формат 60x84 1/16

Замовлення № 164

Умовн. друк. арк. 15, у.

СумДУ, 244007, Суми,
вул. Римського-Корсакова, 2

«Ризоцентр» СумДУ. 40007, м. Суми
вул. Римського-Корсакова, 2