

СУМСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ

**Итоговая конференция
МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

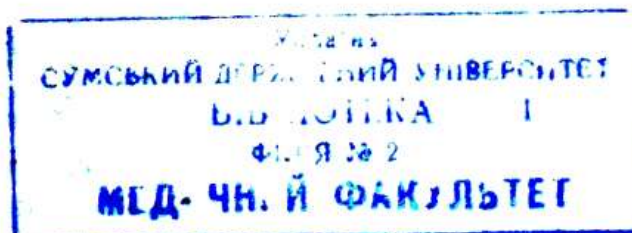
"Современные проблемы клинической и
экспериментальной медицины"

20 - 24 апреля 1997 года

Т Е З И С Ы Д О К Л А Д О В

ЧАСТЬ I

Сумы - 1997г



Итоговая конференция
МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

"Современные проблемы клинической и
экспериментальной медицины"

Редакционная коллегия

В.Э. Маркевич (ответственный редактор),
С.В. Попов (зам. ответственного редактора),
В.Э. Сикора, А.Н. Романюк, А.Г. Дяченко,
Л.И. Сиченко

План 1997р.
Підп. до друку 04.08.97.
Тираж 100 прим.
Обл. - вид арк. 7,15.
Безкоштовно.

Формат 60x84 1/16.
Замовлення № 206

СумДУ, 244007, Сумы, вул.
Римського-Корсакова, 2

"Ризоцентр" СумГУ. 244007, г. Сумы,
ул. Римского-Корсакова, 2

Секція акушерства і гінекології

АКУШЕРСЬКІ ПЕРИТОНІТИ
ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ

С.С.Шамрай, І.Н.Шматко,

Є.О.Вітер, студ.5 курсу СумДУ

Наук.кер.: проф., доктор мед.наук Я.С.Жерновая

Зростання частоти кесарського розтину знаходиться в прямій залежності з підвищенням чисельності післяопераційних ускладнень [1,2,3]. В зв'язку з цим проблема виникнення перитоніту після операції кесарського розтину, частота якого складає від 0,7 до 5 відсотків, набуває сьогодні особливого значення [1, 3,4].

Завданням цього дослідження явилось вивчення чинників ризику розвитку перитоніту після операції кесарського розтину за матеріалами обласного клінічного пологового будинку (ОКПБ) в 1996 році.

За даними ОКПБ частота операцій кесарського розтину складає в 1996 році 11 відсотків, серед яких ургентні операції посідають перше місце (77,5%), а плановий кесарський розтин - у 22,5% випадків. Переважну більшість складає трансабдомінальний кесарський розтин, і лише у 2 жінок виконано екстраперитонеальний кесарський розтин у зв'язку з високим ступенем інфікування (хоріоамніоніт пологам через тривалий безводний проміжок).

Встановлено, що акушерський перитоніт зустрічається в 0,7 відсотків (в одному випадку). Аналіз цього випадку свідчить про наявність ендогенного джерела інфекції, який не лікувався при вагітності (хронічний калькульозний піелонефрит з обмеженим всажем сечі). Оперативне втручання стало чинником генералізації інфекції.

Клінічними особливостями спостерігаемого випад-

ку були: 1) нечіткі прояви перитонеальних знаків до 6 доби після операції; 2) тривала гіпертермічна реакція; 3) відсутність ефекту від антибактеріальної терапії гентаміцином; 4) слишкоподібний гній із порожнини матки. Релaparотомія виконана на 7 добу після першої операції з ектірпацією матки з трубами. Середня тривалість у стаціонарі після релaparотомії складала 14 діб. Варто додати, що на лікування витрачено чимало коштів (2345 гривень).

Отже, основним чинником ризику розвитку акушерського перитоніту після кесарського розтину є наявність ендогенних джерел інфікування. Провокуючим моментом слугує оперативне втручання. Профілактичним заходом мусить бути екстраперитонеальний кесарський розтин в групі високого інфікованого ризику.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ПРИ ПЛАНОВОМУ КЕСАРЬСЬКОМУ РОЗТИНІ В УМОВАХ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ

Студ. 4 курсу Д.В.Козир, Болотна Н. А. студ.
5 курсу В.В.Газій.

Наук. керівник: проф., д.м.н. Я.С.Жерновая

Останнім часом плановому кесарському розтину віддається перевага в зв'язку з тим, що ретельніше готується організм жінки та менше травмується плід у пологах, особливо при ускладненому їхньому перебізі. З цих позицій частота планових кесарських розтинів повинна переважати над ургентними.

Нами проведено аналіз клінічного перебігу післяопераційного періоду при плановому кесарському розтині у 46 вагітних, які знаходилися в відділенні патології вагітних обласного клінічного пологового будинку (ОКПБ).

Частота кесарського розтину в ОКПБ у 1996 році складає 11 відсотків, серед яких планову операцію виконано у 22,5% випадків. Найчастішим показанням при плановому кесарському розтині був матковий рубець. Друге місце посідали поєднані показання - тривала неплідність з сідничним передлежанням або великим плодом, віком першопологової родиллі, обтяжений перебіг вагітності та інші. На третьому місці були рідкісні патології, такі як рак нирки, косоаміщений вузький таз з діастазою костей, абсолютно вузький таз внаслідок перенесеного дитячого церебрального паралічу тощо.

Проведені дослідження показали, що на першу добу після планового втручання пацієнтки скаржилися на загальну слабкість, біль в череві та рані. Температура та дихання не відрізняється від таких показників у здорових жінок, тоді як серцебиття, артеріальний тиск відзеркалює вихідний рівень гемоглобіну, еритроцитів та ступінь крововтрати при операції і дорівнюють: еритроцити - $3,16 \times 10^9$ в 12 ступені/л, ЧСС - 80 в хвилину, середній показник Hb - 102,5 г/л; лейкоцитів - $11,32 \times 10^9$ в 9 ступені/л, ШОЕ - 26,25 мм/год. Артеріальний тиск складає 115/70 мм Hg. Крім того, відзначається уповільнення перистальтики кишок. До третьої доби відбувається нормалізація показників гемодинаміки, функції органів травлення та зниження больового синдрому. Нормалізація показників крові відбувалась довше і до третьої доби вони досягали найнижчої межі, проте стабілізувались до 7 - 9 доби і далі поступово збільшувались. Варто відмітити, що ускладнення були відзначені тільки у 0,7 відсотків. В усіх випадках були використані антибіотики, що на нашу думку дозволило уникнути великої кількості ускладнень. Середній післяопераційний ліжкодень складає $10,6 + 2,4$. Отже, при плановому кесарському розтині спостерігається фізіологічний перебіг післяопераційного періоду.

СОСТОЯНИЕ МАТОЧНОГО РУБЦА ПРИ ПОВТОРНОМ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Студ. 4 курса Набхан Е.А., Овчаренко С.А.
Научный руководитель: д.м.н., проф. Я.С. Жерновая

Метод родоразрешения путем кесарева сечения в последние годы получил широкое распространение. Частота этой операции в настоящее время составляет 10% от общего числа родов. Так, на базе Сумского областного клинического родильного дома было проведено с 1994 по 1996 год 156 плановых кесаревых сечений, что составило 22,5% от общего числа операций кесарева сечения. Их них в 1994 году - 74 (47%), в 1995 году - 47 (30,1%) и в 1996 году - 35 плановых операций кесарева сечения, что составляет 22,4%.

Соответственно возрастает и количество повторно-беременных с рубцом на матке. Тактика ведения подобных пациентов в первую очередь требует исчерпывающей информации о состоянии рубца на матке. Наблюдения позволили выявить несостоятельность маточно-го рубца у 7-ми женщин, при которой расхождении шва доходило до серозного покрова матки. Так, в 1994 год было выявлено 5 несостоятельных маточных рубцов, что составило 6,8%; в 1995 году - 2 (2,7%) а в 1996 несостоятельности маточных рубцов не наблюдали.

Несостоятельность рубца была без клинических проявлений и наблюдалась в группе женщин, прооперированных в прошлом по ургентным показаниям и имевших отягощенный послеоперационный период. Показаниями к повторному кесареву сечению являлись:

- 1 Рубец на матке - 23%.
- 2 Возраст в сочетании с отягощенным акушерским соматическим анамнезом - 18%.

3 Дистресс-синдром плода - 15,1%.

4 Тазовое предлежание - 11,4%.

Таким образом, родоразрешение путем кесарева сечения является высокой степенью риска для матери и женщин с отягощенным акушерским и соматическим анамнезом.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

студ. IV курса: Селютина Н.В., Юрченко О.М.,
Курило Т.Н.

Научный руководитель: д.м.н. Я.С.Жерновая

В связи с увеличением частоты операций кесарева сечения возрастает число беременных женщин, имеющих рубец на матке. Поэтому проблемы ведения беременности у женщин с оперированной маткой приобретает особую актуальность. Сразу после выписки из стационара, женщины перенесшие кесарево сечение, передаются в группу особого диспансерного наблюдения. Наиболее активно процессы восстановления функциональной полноценности стенки матки протекают в течение 1-го года после операции. В связи с этим особое значение приобретают организация оптимального режима дня и питания, лечебная физкультура и другие мероприятия, направленные на восстановление обменных процессов в организме женщины, профилактика спаечной болезни в брюшной полости.

В течение первых 6-8 месяцев после операции женщине врачом женской консультации должно быть рекомендовано применение механических методов контрацепции, при отсутствии лактации или других противопоказаний возможно использование гормональных контрацептивных препаратов.

Согласно данным литературы, оптимальным временем для наступления последующей беременности после абдоминального родоразрешения считается срок от 1 года до 2-4 лет.

В комплексе мероприятий по подготовке к последующей беременности целесообразно включить гистеросальпингографию, которая проводится на 18-21-й день менструального цикла в прямой и боковой проекциях. Выявления в области рубца на матке загубренных контуров, нишеподобных углублений, дефектов наполнения свидетельствуют о неполноценном заживлении рубца. Наиболее часто несостоятельность рубца имеет место после малого и корпорального кесарева сечения. Воспалительный процесс в малом тазу после перенесенной операции, а также аборт и диагностические выскабливания матки способствуют формированию неполноценного в морфофункциональном отношении рубца. Выявляемые при пальпации истончение рубца указывают на его несостоятельность. Определенного внимания заслуживает методика пальпации рубца изнутри через шейку матки (в раннем послеоперационном периоде).

Интересен тот факт, что после кесарева сечения, произведенного во время родового акта, прогноз состоятельности рубца при последующих беременностях лучше, чем после элективного кесарева сечения. Более низкое расположение рубца имеет меньшее влияние на течение последующей беременности и снижает риск возможности разрыва матки.

Течение беременности у женщин с рубцом на матке сопровождается рядом осложнений: угрозой прерывания беременности (16,8-34%), возникновением неправильного положения плода (6,3%), увеличением частоты тазового предлежания плода и предлежания плаценты (3,2%). Чаще эти осложнения отмечаются у женщин после перенесенного корпорального кесарева сечения. Также возрастает частота синдрома задержки развития плода. Эти осложнения связывают с трофическими изменениями передней стенки матки и нарушением маточно-плацентарного кровообращения.

Для оценки фетоплацентарной системы у женщин с рубцом на матке, должны быть использованы совре-

менные инструментальные методы: УЗИ (фетометрия и плацентометрия), антенальная кардиотокография после 28 недель беременности, а при необходимости - определение уровня гормонов в плазме крови.

Локализация плаценты в области рубца и эхографические признаки неполноценного рубца также свидетельствуют в пользу несостоятельности, что является показанием для немедленной госпитализации беременной в акушерский стационар.

В связи с усилением сократительной деятельности матки в конце беременности или при возникновении регулярной родовой деятельности у женщин с рубцом на матке могут развиваться также осложнения, как угрожающий и начавшийся разрыв матки. Эти осложнения являются абсолютным показанием для экстренного абдоминального родоразрешения. При отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения все беременные планово должны быть госпитализированы в отделение патологии беременных в 37-38 недель беременности.

ПРОБЛЕМА МАКРОСОМІЇ В СУЧАСНОМУ АКУШЕРСТВІ

Студ. 4 курсу Н.А.Болотна, Д.В.Козир

Наук.кер.: д.м.н., проф. Я.С.Жерновая

В сучасному акушерстві, перинатології та педіатрії проблема макросомії виділяється як одна з найбільш актуальних, що має не тільки медичне, але й соціальне значення, оскільки перинатальна смертність великих плодів у 2,5 - 3 рази перебільшує смертність плодів з середньою вагою тіла.

Частота народження великих плодів за останні 60 років збільшилась у 4 рази і становить 5,2-14,4%. У зв'язку з цим нами проаналізована частота, перебіг вагітності у 43 вагітних з великим плодом. За матеріалами Сумського обласного клінічного пологового будинку за 1996 рік частота макросомій складає 3,04% на 1414 пологів. Встановлено, що середній вік

жінок, які народили великий плід становить 25,2+2,1 рків.

Аналіз анамнестичних даних показав (табл.1), що в анамнезі у 23,2% повторно вагітних з макросомією плоду зареєстровано народження дітей з масою понад 4 кг в попередніх пологах. Варто також привертати увагу до великої частоти в анамнезі штучних (32%) та мимовільних абортів (30,23%), генітальних захворювань (53,5%). Одним із важливіших етіологічних чинників у 20% обстежених жінок було нераціональне харчування, що привело до ожиріння. Цей факт потребує додаткового вивчення, бо є дуже важливим.

Антропометричними дослідженнями встановлено, що середня маса великого плоду становить 4297,3+48,36 г; зріст - 55,4+2,7 см; обсяг голівки - 36,2+2,8 см; обсяг грудної клітки - 35,8+2,5 см. Причому, плодів чоловічої статі втрічі було більше, ніж жіночої.

Перебіг вагітності характеризується такими ускладненнями: загроза невиношування (13,95%), нефропатія (20,9%); анемія вагітних (53,4%); артеріальна гіпертензія (4%).

Таблиця 1.

Особливості анамнестичних даних матері при макросомії плоду.

N	Анамнез	%
1	Попередні пологи з макросомією	23,2
2	Штучні аборти	32
3	Мимовільні аборти	30,23
4	Генітальні захворювання :	53,5
	аднексит	16,28
	ерозія шийки матки	20,93

Пологи потребували таких акушерських посібників, як амніотомію (39,5%), полоогоактивацію (27,8%), епізіотомію (23,25%), перинеотомію

(16,28%), кесарський розтин складав 6,9%.

В пологах зустрічаються такі ускладнення: попередчасне відходження навколоплідних вод - 25,5% ; клінічно вузький таз - 6,9% ; розриви промежини - 18,6% ; розриви шийки матки - 9,3% ; загроза внутрішньоутробної гіпоксії плода - 18% .

Таким чином, наявність великого плоду в високим ризиком появи ускладнень як у матері, так і у плода.

СОВРЕМЕННАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Канд. мед. наук А.Б. Сухарев
(кафедра акушерства и гинекологии СумГУ)

Целью гормональной терапии является торможение роста опухоли, лечение гиперпластических процессов эндометрия, нормализация менструального цикла. Высокоэффективно применение синтетических прогестинов при межмышечном расположении узлов, климактерической дисфункции, величине опухоли до 10 недель, сочетании миомы с гиперпластическим процессом. Длительность лечения этой группой препаратов определяется клиническим эффектом и гистологической картиной эндометрия через 3 месяца от начала лечения.

Широко применяются гестагены, снижающие уровень эстрогенных гормонов и оказывающих антифиброматозное действие.

В пременопаузе эффективно назначение андрогенов, вызывающих атрофию эндометрия, угнетающих фолликулярный аппарат яичников, гонадотропную функцию гипофиза. Обычно успешные результаты достигаются при лечении по одной из схем в течение 6 месяцев.

При наличии признаков субклинической формы заболевания надпочечников и выраженной тенденции к росту опухоли терапия лейомиомы может быть допол-

нена глюкокортикоїдними засобами.

Етіологічні чинники ектопічної вагітності у сучасній жінці

Студ. 5 курсу Горячий С.О., Демченко Ю.М.,
студ. 4 курсу Симончук О.В.

Наук. кер.: асистент, канд. мед. наук Сміян С.А.

Репродуктивні втрати, пов'язані з порушенням нідациї яйцеклітини, зростають протягом останніх 15 років. Частота позаматкової вагітності складає близько 1:100. Ризик смерті матері при позаматковій вагітності в 10 разів вищий, ніж при спонтанних пологах і в 50 разів вищий, ніж при індукованому аборті. Крім того, прогноз успішної вагітності значно погіршується для жінок, що мали хоча б одну позаматкову (ектопічну) вагітність, особливо першу у віці понад 30 років [1].

Аналіз ектопічних вагітностей за даними ОКПБ в 1996 році показав, що етіологічні чинники носили різний характер. Так, найбільшу частоту складали аборти у 70,6%; загальні захворювання відігравали роль у 41,6 відсотків жінок; гормональні зрушення мали місце у 26,5% випадків. Екстрагенітальні захворювання знайдено як чинники ектопічної вагітності у 17,6% випадків. Привертало до себе увагу поява дурних звичок серед молодих жінок (алкоголізм - 38,2%; табакокуріння - 11,8%).

Отже, вирішальну роль в розвитку ектопічної вагітності у сучасній жінці відіграють перенесені аборти та загальні процеси жіночих статевих органів, які призводять до порушення транспортної функції маткової труби, нідациї яйцеклітини. Допоміжну роль відіграють гормональні зрушення та погані звички жінок (алкоголізм та табакокуріння). Проведені дослідження ставлять перед лікарями негативні проблеми підвищення рівня санітарно-освітньої культури серед молоді.

ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЇ,
ЯКА ВИНИКЛА В УМОВАХ
ПРОМИСЛОВОГО ВИРОБНИЦТВА

Л.Л. Семенюк

(кафедра акушерства та гінекології)

Пролактин - важливий гормон, який забезпечує менструальну, репродуктивну, лактаційну, соціальну функції жіночого організму. Секреція пролактину постійна на протязі менструального циклу, але залежить від стану психоемоційної сфери, прийому лікарських препаратів, дії багатьох чинників промислового виробництва і т.д.

Пролактинсекретуючу функцію гіпофізу досліджено у 50 робітниць АТ "НВО ім. М.В. Фрунзе", які працюють в умовах дії несприятливих чинників виробничої екосистеми і мають ановуляторні менструальні цикли та 100 працівниць конструкторського бюро (контрольна група). Набрана група з 20 робітниць СМВО, які мають гіперпролактинемію, для порівняння ефективності запропонованого методу лікування із стандартними методиками (без застосування фітотерапії).

Гіперпролактинемія в основній групі зустрічається в 3,4 рази частіше, ніж в основній і це пов'язано із стажем роботи. Наявність гіперпролактинемії в контрольній групі може бути пояснено впливом на функцію гіпофізу стресів, лікарських препаратів та інш.

При гіперпролактинемії у жінок зустрічається і персистенція, і атрезія фолікула.

В жодному випадку не знайдено даних за аденому гіпофізу.

Лікування жінок з підвищеним рівнем пролактину проводилось з врахуванням його вмісту в сироватці крові, було дофамінагонічним - застосовували бромкриптин (парлодел). Для зниження токсичної дії

бромокриптину комбінували його з фітотерапією. Лікування робітниць з помірним збільшенням пролактину (500-800 МОД/мл) проводили бромокриптином на протязі 3 місяців в дозі 5 мг на добу перорально.

Оскільки гіперпролактинемія супроводжувалась і персистенцією, і атрезією фолікула, до складу лікарських зборів входили рослини, які стимулюють, або знижують синтез естрогенів. При необхідності курс лікування повторювали.

Лікування жінок з високим вмістом пролактину в сироватці крові (800-1100 МОД/мл) починали зразу з комбінації парлоделу, клومیфену і фітотерапії в залежності від вмісту естрогенів.

При застосуванні бромокриптину в дозі 5,0 мг на добу у робітниць групи порівняння (п-20) в 25% випадків лікування прикоротили через різні побічні прояви. Ефект від лікування такий: стійка гіперпролактинемія у 80% жінок групи порівняння, задовільний ефект (пролактин $322,6 \pm 20,3$ МОД/мл) - у 20%, але він настав лише після повторного курсу лікування.

Рівень пролактину в основній та контрольній групах знизився до норми у 14% від загальної кількості жінок або 41% в групі з гіперпролактинемією.

При комбінації бромокриптину з фітотерапією в жодному випадку не спостерігались побічні ефекти, що дає право і в подальшому рекомендувати таке поєднання.

Секція інфекційних захворювань
і дерматовенерології

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО
ТРАКТУ ПРИ ГОСТРІЙ ДИЗЕНТЕРІЇ

Чемич М. Д.

Кафедра інфекційних хвороб з курсами
епідеміології та дитячих інфекційних хвороб

Мета роботи - дати клініко-патогенетичну оцінку порушень функцій шлунково-кишкового тракту при гострій дизентерії.

Обстежено 19 хворих на гостру дизентерію. Діагноз встановлювали на основі характерних клініко-епідеміологічних, бактеріологічних та серологічних даних. Чоловіків було 10, жінок - 9. Вік хворих від 16 до 40 років. Захворювання перебігали у вигляді гастроентероколіту та були викликані шигелами Зонне (7), Флекснера (6), Ньюкастл (2).

Клініка була типовою, частота стільця від 10 до 20 разів на добу, симптоми інтоксикації були виражені у всіх.

Хворим було проведене клінічне обстеження, а також визначення регіонарного кровотоку слизової оболонки шлунку (РКСОШ), кислотоутворюючої, кислото-нейтралізуючої та моторної функцій шлунка. Крім того проводили термографічне дослідження по загальноприйнятій методиці.

В гострому періоді виявляли значне підвищення лейкоцитарного індексу інтоксикації та гематологічного показника інтоксикації ($P < 0,05$), згущення крові.

На термограмах - чіткі вогнища гіпертермії великих та середніх розмірів по ходу товстої кишки, частіше в проекції селезінкового кута та сигмовидної кишки. Перепад температури був в межах 1,0 -

2,9 С. В більшості хворих спостерігали гіпертермію правого підребер'я, де температурний градієнт становив $0,90 \pm 0,10$ С.

У всіх хворих в гострому періоді були знижені показники РКСОШ у всіх відділах шлунка, за винятком кардіального, де не було достовірної різниці $30,59 \pm 1,89$ мл/хв 100г (норма $33,3 \pm 1,71$ мл/хв 100 г $P > 0,05$), а в середній третині та пілоро-антральному відділі він становив відповідно $35,85 \pm 2,72$ мл/хв 100г (норма $70,62 \pm 1,91$ мл/хв 100 г, $P < 0,001$), та $35,30 \pm 6,05$ мл/хв 100 г (норма $77,04 \pm 3,86$ мл/хв 100 г, $P < 0,001$).

У більшості хворих виявляли безперервне кислотоутворення підвищеної інтенсивності. В кардіальному відділі рН становило $7,64 \pm 0,23$, в середній третині тіла $1,21 \pm 0,29$, в пілоро-антральному відділі - $2,38 \pm 0,71$, лужний час був значно скорочений $8,14 \pm 1,40$ хв.

При визначенні моторної функції шлунка отримані гастрограми аритмічного типу, деформовані, підвищеної збудливості. Частота скорочень і амплітуда хвиль в середній третині тіла шлунка були більші, ніж в пілоро-антральному відділі ($P < 0,05$).

При динамічному спостереженні в міру видужання відмічали поступову нормалізацію теплового малюнка. Однак на термограмах у всіх реконвалесцентів зберігався розігрів лівої здухвинної ділянки з різницею температур $0,77 \pm 0,28$ С.

Таким чином, в гострому періоді дизентерії спостерігається зниження рівня РКСОШ, безперервне кислотоутворення підвищеної інтенсивності, порушення кислотонейтралізуючої функції пілороантрального відділу, посилення перистальтики, наявність вогнищ гіпертермії по ходу товстої кишки, що не зникають після клінічного видужання.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИФТЕРІЇ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Троцька І.А., Куліш Л.П., Альперн Є.Г.

Кафедра інфекційних хвороб з курсом
епідеміології і дитячих інфекційних хвороб

Незважаючи на ряд заходів, вжитих по боротьбі з дифтерійною інфекцією, епідситуація в області залишається напруженою і бажаної стабілізації не досягнуто.

В 1996 році в області зареєстровано 168 випадків дифтерії (проти 189 в 1995 р.). Таким чином, захворюваність склала 11,9 (в 1995 р. - 13,4). Найбільша захворюваність відмічена у м. Суми, де в порівнянні з 1995 роком відбулося її зростання - 123 випадки в 1996 р. проти 82 в 1995 р., або 40,0 на 100 000 населення проти 26,6.

Має місце пізні звернення за меддопомогою. Так, в перші дві доби захворювання до лікаря звернулися тільки 95 хворих (56,5%), на 3-5 день - 50 (29,7%), пізніше 5 дня 12 (7%), 11 (6,5%) хворих були виявлені активно при обстеженні епідвогнищ.

Однак, навіть при ранньому зверненні до лікарів в ряді випадків діагноз "дифтерія" встановлювався несвоєчасно і мала місце пізня госпіталізація хворих. Так, лише 67 хворих (39,9%) госпіталізовані в перші дві доби після звернення та лише 60 хворим (37,3%) діагноз дифтерії встановлено клінічно в першу добу захворювання.

Слід відмітити, що у 112 хворих (66,7%) на догоспітальному етапі встановлювався діагноз ангіни (фолікулярної чи лакунарної, некротичної або плівчатої). Особливо часто це спостерігалось в перші дні, коли тільки йде утворення плівок і прояви хвороби не виражені. 100 хворим (59,5%) діагноз дифтерії виставлявся дільничим лікарем лише після

Укр. Ун-т
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

БІБЛІОТЕКА І

ФІЛІА № 2

МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

виділення дифтерійної палички.

Виключно у всіх хворих спостерігалася дифтерія ротоглотки. В 118 (70,2 %) випадках мала місце локалізована її форма, а в 42 (25 %) - поширена. У 8 хворих (4,8 %) відмічалася комбінована форма дифтерії (дифтерія ротоглотки та гортані, дифтерія ротоглотки та рани і т.п.). Тяжкий перебіг з ускладненнями мав місце у 26 хворих (15,5 %).

Домінуючою формою дифтерії була острівчаста, переважно з легким перебігом, яка супроводжувалася не різко вираженим синдромом інтоксикації з незначними болями у горлі, перебігала під виглядом ангіни.

За даними обласної санепідстанції, щеплених відповідно до вимог серед захворілих було 64 (38%). Слід відзначити, що ці хворі перенесли дифтерію переважно в легкій формі, лікування більшості проводилося без протидифтерійної сироватки. У 7 хворих (4,2%), які були щеплені, відмічався тяжкий перебіг захворювання.

В 1996 році в області від дифтерії померло 5 хворих (летальність 2,9 %). В віці до 10 років помер один хворий, від 30 до 40 - 2, від 40 до 50 - 2.

При аналізі факторів, що привели до летальних випадків, слід відмітити наступні:

- пізнє звернення по медичну допомогу і пов'язане з цим пізнє введення протидифтерійної сироватки (2 хворих);
- відсутність вакцинального імунітету (2 померлих не були щеплені);
- важка супутня патологія (у 4 хворих).

Таким чином, у 1996 році відмічався підйом захворюваності дифтерією у м. Суми, при тенденції до зниження її в області. Діагноз дифтерії в умовах поліклініки виставлявся частіше після бактеріологічного обстеження, що приводило до пізньої госпіталізації хворих.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ

Чемич Н.Д., Рябиченко В.В., Шевченко А.В.,
Добода Ю.М., Меринова О.А., Гаай В.В.

Кафедра инфекционных болезней с
курсами эпидемиологии и детских
инфекционных болезней

Цель - дать клинико-лабораторную оценку течения острой дизентерии во время эпидемической вспышки в городе Шостка в июле 1996 года, вызванной шигеллами Зонне.

Под наблюдением было 253 больных острой дизентерией, находившихся на стационарном лечении в развернутой госпитальной базе города Шостки. Диагноз был подтвержден клинико-эпидемиологически у всех больных, бактериологически у 20,5% (выделены шигеллы Зонне). Заболевания в большинстве случаев были связаны с употреблением сметаны или блюд с её добавлением. Мужчин было 103 (40,7%), женщин - 150 (59,3%). Возраст больных колебался от 9 до 70 лет. Большую часть (75,5%) составили лица в возрасте до 30 лет. Распределение по возрасту было следующее: от 9 до 15 лет - 91 (36%), от 16 до 29 лет - 100 (39,5%), от 30 до 39 лет - 17 (6,7%), от 40 до 49 лет - 16 (6,3%), 50 лет и старше - 29 (11,4%). В группу обследованных не вошли больные с сопутствующей хронической патологией органов пищеварения, отсутствовали также другие заболевания.

Основную группу составили больные со среднетяжелым течением заболевания - 145 (57,4%); легкое течение было у - 88 (34,7%); тяжелое у - 20 (7,9%). При всех степенях тяжести регистрировали гастроэнтероколитический вариант острой дизентерии: при легком течении у 33 больных (37,5%), среднетяжелом у 67 (46,2%) и тяжелом у 12 (60%). Также

наблюдали гастроэнтеритический и колитический варианты.

В первые сутки в стационар поступило 39,5 % больных, на вторые 36,8 %, третьи 13,5 % и после третьего дня 10,2 %. Среди клинических симптомов преобладали признаки интоксикации: головная боль (у 70,3 %), слабость (у 80,2 %), головокружение (у 66,1 %), повышение температуры тела (86,6 %). Болевой синдром различной интенсивности наблюдали у всех больных. Боль чаще локализовалась в гипогастрии (62,4 %), реже в мезогастрии (38,7 %) и эпигастрии (29,2 %). Признаки гастрита выявлены у половины больных, к ним следует отнести обложенность языка, тошноту с последующей рвотой. Рвота была у 112 больных (44,3 %). Синдром энтероколита проявлялся метеоризмом, спазмом сигмовидной кишки, диареей. Причём спазм кишечника наблюдался у 84,2 % больных. Патологические примеси в кале были у большинства больных: слизь у 45,8%, кровь у 18,2%.

Частота и выраженность клинических симптомов острой дизентерии у большинства больных зависела от степени тяжести заболевания. С нарастанием степени тяжести болезни усиливались интоксикация, тошнота, рвота, тахикардия, чаще появлялись патологические примеси в испражнениях. Средний показатель температурной реакции зависил от степени тяжести и колебался от $37,5 \pm 0,31$ °C при лёгком до $38,4 \pm 0,45$ °C при тяжёлом течении, хотя нормализация её происходила, в одни и те же сроки, не зависимо от степени тяжести ($2,39 \pm 0,38$ - $2,58 \pm 0,52$ дня).

Продолжительность рвоты зависела от степени тяжести ($1,55 \pm 0,19$ дня при лёгком, $1,99 \pm 0,16$ при среднетяжёлом, $2,7 \pm 0,12$ при тяжёлом течении). Длительность диареи составила в среднем $3,35 \pm 0,4$ - $3,73 \pm 0,41$ дня.

О выраженности интоксикации судили также по лейкоцитарному и гематологическому индексу инток-

сикации (ЛИИ и ГПИ). При поступлении ЛИИ в различных возрастных группах при лёгком течении составил $0,54 \pm 0,08 - 0,65 \pm 0,4$, при выписке $0,42 \pm 0,15 - 0,59 \pm 0,19$ и не отличался от нормы ($P > 0,05$). ГПИ существенно не отличался от предыдущего показателя. При среднетяжёлом течении заболевания показатели интоксикации были значительно выше по сравнению с нормой ($P < 0,05$) и лёгким течением ($P < 0,05$). В остром периоде ЛИИ в различных возрастных группах колебался от $1,45 \pm 0,19$ до $1,79 \pm 0,32$ и не возвращался к норме перед выпиской $1,55 \pm 0,36 - 1,98 \pm 0,48$ ($P < 0,05$).

Лечение больных острой дизентерией проводили по общепринятой схеме: промывание желудка, регидратационная и дезинтоксикационная, этиотропная терапия, витамины, диета. Регидратацию проводили преимущественно перорально растворами регидрон, глюко-солан, парентерально - 5-10,3 % больным в зависимости от степени тяжести, применялись растворы глюкозы, хлорида натрия, Рингера, трисоль иногда гемодез. С этиотропной целью использовали левомицетин, фуразолидон, полимиксин, тетрациклин, бисептол, гентамицин. Наиболее чаще левомицетин в 32,5 % случаев.

В связи с массовым поступлением больных, длительность пребывания их в стационаре в среднем составила $4,1 \pm 1,0 - 4,8 \pm 0,4$ дня, выписка происходила после прекращения диареи с рекомендациями дальнейшего амбулаторного лечения и контрольного бактериологического обследования.

Таким образом, под наблюдением были больные с типичным течением острой дизентерии, вызванной шигеллами Зонне. Клинически заболевания протекали в виде гастроэнтероколитического, энтероколитического и колитического вариантов. Основную группу составили больные со среднетяжёлым течением дизентерии. Большинство из них было в возрасте до 30-ти лет. Выявлена зависимость клинической симптомати-

ки, лабораторных показателей от степени тяжести заболевания. Очевидно, что больные были выписаны из стационара раньше клинико-лабораторного выздоровления, подтверждению этому являются высокие показатели ЛМИ и ГПИ при выписке.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ

ПРИ СПОРАДИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Одринская Н.П., Седько Н.И., Чемич Н.Д.

Кафедра инфекционных болезней
с курсами эпидемиологии
и детских инфекционных болезней

Цель - выявить клинико-эпидемиологические особенности течения острой дизентерии при спорадической заболеваемости по материалам областной инфекционной больницы.

Под наблюдением находилось 50 больных острой дизентерией, в возрасте от 16 до 68 лет, из них 30 (60 %) женщин и 20 (40 %) мужчин. У всех больных диагноз был подтвержден клинико-эпидемиологически, у 44 (88 %) бактериологически, причём у 15 (34,1%) выделена шигелла Зонне, у 27 (61,4 %) - шигелла Флекснера, у 2 (4,5 %) - Ньюкастл.

Источники инфекции установить не удалось, факторами передачи предположительно были: мясо, салаты, молочные продукты, рыба, фрукты. Заболевания были спорадические и лишь в 5 случаях - отмечалась очаговость.

Больные были в основном до 40 лет (54 %). У всех была средняя степень тяжести. Колитический вариант острой дизентерии наблюдали у 19 (38 %), гастроэнтероколитический - у 12 (24 %) и гастроэнтеритический - у 19 (38 %). Установлено, что в первый день заболевания поступило 6 %, во второй - 38 %, на третий - 14 % и позже - 44 % больных.

Клинически дизентерия проявлялась слабостью (у

88%), головной болью (у 30%), головокружением (у 24%). Повышение температуры при поступлении в стационар отмечалось у 46 больных (92%). Рвота была у 11 (22%). Боли в животе наблюдались у 38 (76%), с локализацией в эпигастрии - у 11 (22%), в мезогастррии - у 14 (28%), в гипогастрии - у 33 (66%) больных.

При объективном обследовании выявили увеличение печени у 12 (24%), спазм сигмовидной кишки - у 23 (46%), тахикардию - у 12 (24%), снижение артериального давления - у 7 (14%) обследованных.

Диарея наблюдалась у всех больных, причём патологические примеси в кале (слизь, кровь) были у 34 (68%).

Температурная реакция колебалась от $37,6 \pm 0,18^{\circ}\text{C}$ у женщин до $37,7 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ у мужчин, и сохранялась в течение $5,4 \pm 0,7 - 6,28 \pm 0,69$ дней. Исчезновение рвоты наблюдалось на второй - третий день. Нормализация стула происходила на 9 - 11 день болезни.

Лейкоцитарный индекс интоксикации и гематологический показатель интоксикации значительно превышали норму при поступлении ($P < 0,05$) и не нормализовались даже при выписке ($P < 0,05$).

Больным проводилось лечение: регидратационная и дезинтоксикационная терапия - 29-ти, (в том числе оральная - 17-ти), с этой целью использовали растворы глюкозы, хлорида натрия, регидрон, глюколан; антибактериальная - левомецетин, полимиксин, фуразолидон, реже нифуроксазид, фталогол; витаминотерапия; диета.

Длительность стационарного лечения колебалась от $11,17 \pm 0,84$ у женщин до $13,35 \pm 1,45$ дней у мужчин. Длительность пребывания в стационаре зависела от возраста, так в группе от 16 до 29 лет средний койко-день составил $11,45 \pm 1,24$ дней, 50 лет и старше $13,23 \pm 1,24$ дней.

Таким образом, при спорадической заболеваемости

диагноз острой дизентерии в основном выставлялся после бактериологического подтверждения, преобладали гастроэнтероколитический и гастроэнтеритический варианты. Основная масса больных поступала через 3-е суток с момента заболевания, что очевидно обуславливало длительность клинических проявлений.

ТЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Чемич Н.Д., Надточий В.В., Сиряченко В.В.
Кафедра инфекционных болезней
с курсами эпидемиологии и
детских инфекционных болезней

Цель - выявить особенности течения острой дизентерии, во время эпидемической вспышки в г.Шостка, у детей дошкольного и раннего школьного возраста.

Обследовано 37 детей с острой дизентерией, из них 20 мальчиков и 17 девочек, в возрасте от 2 до 8 лет. Диагноз выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных и у 7 детей подтвержден бактериологически - выделена шигелла Зонне.

Клинически дизентерия проявлялась в виде гастроэнтероколита (у 17 детей), гастроэнтерита (у 17) и энтероколита (у 3). Преобладало среднетяжелое течение - у 24, легкое течение наблюдали у 8, тяжелое - у 5 больных. Наибольшее количество детей госпитализировано в первые сутки с момента заболевания - 22, на вторые сутки - 11, на третьи и позже - 4.

При поступлении в стационар у всех больных была тошнота, учащение стула, боли в животе (в эпигастрии - у 15, мезогастрии - у 17, гипогастрии - у 20), рвота - у 28. Токсикоз проявлялся головными болями (у 17), слабостью и вялостью (у 21), повышением температуры (у 35), головокружением (у 2).

При объективном обследовании выявили тахикардию - у 17 больных, увеличение размеров печени - у 4, спазмированную сигмовидную кишку - у 17. Причём следует отметить, что выраженность симптоматики зависела от степени тяжести заболевания.

Так, средний показатель температурной реакции колебался от $38,23 \pm 0,66$ С при лёгкой степени до $39,2 \pm 0,45$ С при тяжёлом течении дизентерии. Нормализация температуры происходила на 2 - 4 день ($2,79 \pm 0,79$ - $2,92 \pm 0,42$ дня). Рвота прекращалась на 2 - 3 день ($1,83 \pm 0,16$ - $2,25 \pm 0,25$ дня). Нормализация стула наблюдалась на 3 - 4 день ($3,17 \pm 0,34$ - $3,8 \pm 0,34$ дня).

Показатели интоксикации ЛМИ и ГПИ при лёгком течении дизентерии не отличались от нормы ($P > 0,05$), как при поступлении, так и перед выпиской (соответственно $0,55 \pm 0,2$ - $0,85 \pm 0,06$ и $0,41 \pm 0,12$ - $0,64 \pm 0,24$). При среднетяжёлом течении они значительно превышали не только норму, но и показатели лёгкой степени при поступлении (ЛМИ $1,54 \pm 0,21$ - $1,9 \pm 0,25$, ГПИ $1,58 \pm 0,21$ - $1,93 \pm 0,24$ $P < 0,05$), но к моменту выписки ЛМИ и ГПИ возвращались к норме ($P > 0,05$). Наибольшее значение ЛМИ и ГПИ было при тяжёлом течении острой дизентерии ($5,38 \pm 1,5$ и $7,85 \pm 1,82$).

Детям при поступлении проводилось промывание желудка, с регидратационной и дезинтоксикационной целью использовали глюкосолан, регидрон, раствор глюкозы (перорально), растворы глюкозы, натрия хлорида, гемодез (парентерально семи больным). Этиотропную терапию проводили полимиксином (18 больных), левомицетином (4), фталазолом (3), ампициллином (2), канамицином (1), гентамицином (1), бисептолом (1), полимиксином в комбинации с гентамицином (2).

Длительность стационарного лечения составила в среднем $4,65 + 0,17$ дня. Выписка производилась после прекращения диареи и нормализации температу-

ры, всем детям было рекомендовано дальнейшее амбулаторное лечение и бактериологическое обследование по эпидпоказаниям.

Таким образом, у детей острая дизентерия во время эпидемической вспышки протекала преимущественно по гастроэнтероколитическому и гастроэнтеритическому варианту средней степени тяжести. Выраженность симптоматики зависела от степени тяжести. ЛММ и ГММ могут быть объективным критерием степени тяжести дизентерии у детей.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Ильина Н.И., Толстунова Д.А., Червяченко Л.В.
Кафедра инфекционных болезней
с курсами эпидемиологии
и детских инфекционных болезней

Целью исследования явилось изучение влияния лечения глюкокортикоидами больных вирусными гепатитами на течение и исход заболевания.

Обследовано две группы больных. Первая группа получала общепринятое лечение, в комплексное лечение больных второй группы включались глюкокортикоиды.

В первую группу (контрольную) входили 30 человек: женщин 15, мужчин 15. Из них у 28 больных диагностирован вирусный гепатит А (ВГА), у двух - вирусный гепатит В (ВГВ). Течение заболевания у одного больного было лёгкое, у 27 - среднетяжёлое, у 2 - тяжёлое.

Вторую группу составляли 38 больных (29 - с ВГА, 9 - с ВГВ), из них 19 женщин и 19 мужчин. У 33 человек отмечалось среднетяжёлое и у 5 тяжёлое течение заболевания.

Возраст больных в первой группе колебался в пределах 5 - 37 лет, во второй от 6 до 73, причём

количество лиц старше 30 лет в первой и второй группах существенно не отличалось (соответственно 33% и 47%).

По степени выраженности клинических проявлений (интоксикация, диспептические явления, боли в правом подреберье, интенсивность желтухи, гепато- и спленомегалия) обе группы были сопоставимы.

Лабораторные показатели у больных первой группы до начала лечения: клинический анализ крови (КАК) - эр. $4,57 \cdot 10 \pm 0,03 \cdot 10^{12}$ /л; л. $4,9 \pm 0,04 \cdot 10^9$ /л; Нв $136 \pm 1,1$ г/л.

Биохимическое исследование крови (БХК) проводилось на биохимическом анализаторе "Cobas - Emiga": у больных первой группы билирубин общий $66,0 \pm 1,5$ мкмоль/л; билирубин прямой $30,1 \pm 0,4$ мкмоль/л; билирубин не прямой $34,54 \pm 1,2$ мкмоль/л; АЛТ $1168 \pm 0,75$ е/л; АСТ $703 \pm 0,24$ е/л; ГГТФ $132,6 \pm 0,61$ е/л; щелочная фосфатаза $231,1 \pm 0,9$ е/л.

Во второй группе: КАК - эр. $6,7 \pm 0,4 \cdot 10^{12}$ /л; л. $5,4 \pm 0,06 \cdot 10^9$ /л; Нв $122,0 \pm 0,9$ г/л. БХК: билирубин общий $98,4 \pm 1,08$ мкмоль/л; прямой $81,5 \pm 0,8$ мкмоль/л; не прямой - $34 \pm 0,35$ мкмоль/л; АЛТ $1329 \pm 0,62$ е/л; АСТ $1044 \pm 0,53$ е/л; ГГТФ $127 \pm 0,96$ е/л; ЩФ $237 \pm 0,84$ е/л.

Больным первой группы проводилась базисная терапия: диета, дезинтоксикация (раствор глюкозы 5%, гемодез, изотонический раствор хлорида натрия и др.), гепатопротекторы (силибор, карсил, эссенциале), ферментные препараты (фестал, солизим и т.д.).

Больные второй группы кроме выше указанной терапии получали преднизолон, начиная с 40 - 60 мг в сутки, с постепенным снижением суточной дозы.

Длительность лечения в стационаре у больных первой группы была меньше, чем во второй (соответственно $19,4 \pm 0,14$ и $22,6 \pm 0,35$ койко-дней, $P < 0,05$).

Уровень билирубина и активность аминотрансфераз

в сыворотке крови обеих групп при выписке были примерно одинаковы: общий билирубин $24,4 \pm 0,79$ мкмоль/л; АЛТ $567 \pm 0,34$ е/л; АСТ $136,5 \pm 0,75$ е/л у больных первой группы. Билирубин общий $24,4 \pm 0,05$ мкмоль/л; АЛТ $281,4 \pm 0,93$ е/л; АСТ $73,5 \pm 0,51$ е/л - у больных получавших кортикостероиды.

Анализ результатов проведенного наблюдения даёт основание следующим выводам:

1. Назначение глюкокортикоидов больным вирусными гепатитами было необоснованным вследствие преобладания среднетяжёлых форм заболевания.

2. Включение гормонотерапии в комплексное лечение вирусных гепатитов привело к увеличению длительности пребывания больных в стационаре.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В ГОРОДЕ СУМЫ

Красовицкий В.И., Троцкая И.А., Клименко Н.В.

Кафедра инфекционных болезней
с курсами эпидемиологии
и детских инфекционных болезней
Областная инфекционная больница

Проблема вирусных гепатитов приобрела важное социально-экономическое значение в связи с широким распространением, а также склонностью к хронизации гепатитов В, С, Д и их ассоциацией с первичным раком печени.

Оправдывает себя система реабилитации больных вирусными гепатитами по схеме: стационар - стационар дневного пребывания - кабинет последующих наблюдений.

В Сумской областной инфекционной больнице 1.03.96 г. открыто диспансерное отделение, где проводится дальнейшее наблюдение за переболевшими и при необходимости осуществляется их лечение после выписки из стационара.

Анализ работы показал, что за 1 год под наблюдением врача диспансерного отделения находилось 170 больных (из них 149 ВГА, 20 ВГВ и 1 ВГС). Полное выздоровление достигнуто у 54 % больных ВГА, 25 % ВГВ. Затяжная реконвалесценция (длительная гипербилирубинемия, гиперферментемия, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта) наблюдались у 17 % ВГА и 50 % ВГВ. Исходов в хронический гепатит за этот период не зарегистрировано.

Таким образом, создание поэтапно-последовательной реабилитации больных вирусным гепатитом позволяет осуществить преемственность по принципу "Единого лечебного учреждения". В результате этого у большей половины больных достигнуто полное выздоровление и отсутствуют исходы в хронические формы. Кроме того, имеется значительный экономический эффект вследствие сокращения сроков пребывания больных в стационаре.

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ

Красовицкий Э.И., Сницарь А.О.,
Троцкая И.А., Клименко Н.В., Кулеш Л.П.
Кафедра инфекционных болезней
с курсами эпидемиологии
и детских инфекционных болезней

До настоящего времени геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) в Сумской области не регистрировалась, в связи с чем настороженность к этому заболеванию со стороны врачей снизилась. Согласно данным Крымской противочумной станции инфицированность грызунов в Сумской области вирусом ГЛПС составляет 0,2 - 0,3 % (Лебединский, Липово-Долинский районы).

Приводим клиническое наблюдение.

Больной Г., 32 лет, проживающий в Тростянецком районе, поступил в СОИБ 21.12.1996 г. Заболевание

началось остро 15.12.96 с озноба, повышения температуры, головной боли, общей слабости. Несмотря на приём жаропонижающих препаратов лихорадка сохранялась. В дальнейшем, в связи с ухудшением общего состояния и зрения госпитализирован в Тростянецкую ЦРБ с диагнозом ботулизм, введена противоботулиническая сыворотка, проведена дезинтоксикационная, антибактериальная терапия. Но несмотря на проводимое лечение состояние ухудшалось. Инфекционистом из г. Сумы больному установлен диагноз ГЛПС и он переведен в СОИВ на 6-й день заболевания. Из эпиданамнеза: проживает в частном доме, где имеются мыши, крысы; в октябре - ноябре занимался скирдованием сена (возможность аэрогенного пути заражения).

При поступлении состояние тяжелое, температура $38,9^{\circ}\text{C}$, больной вял, выражена резкая слабость, сухость во рту, жажда, "сетка" перед глазами, тошнота, икота, рвота. Лицо, шея, верхняя треть туловища гиперемированы, с геморрагическими высыпаниями в виде цепочки. Выражена инъекция сосудов склер и конъюнктив, кровоизлияния в области наружных углов глаз. Пульс 112 в мин. слабого наполнения и напряжения. АД 100/70 мм рт.ст. Живот вадут, при пальпации болезненный по всей поверхности, печень увеличена на 3 см. Резко "положительный" симптом поколачивания с обеих сторон. Рвота "кофейной гущей". Диурез снижен до 300 мл в сутки.

В анализе крови: эр. $5,38 \cdot 10^9$ /л, Нв 170 г/л, Нт 0,48 л/л, тромб. $91 \cdot 10^9$ /л, лейкоц. $22,7 \cdot 10^9$ /л, п. 8%, с. 74 %, лимф. 14 %, мон. 4 %, СОЭ 4 мм/час. В анализе мочи белок 18 г/л, эр. до 20, лейкоц. до 10 в поле зрения, цилиндры гиалиновые, зернистые, эпителий мочевого пузыря, вакуолизованный почечный эпителий. В биохимическом анализе крови повышенное содержание мочевины, креатинина.

На основании клинической картины и лабораторных данных установлен диагноз ГЛПС. Заболевание проте-

кало тяжело, с осложнениями (пневмония, экссудативный уреимический плеврит, отёк лёгких). Отмечена четкая цикличность. Дифференциальная диагностика проводилась с лептоспирозом, который исключен по результатам РАЛ. Для подтверждения диагноза направлена кровь (парные сыворотки) на исследование в Крымский противочумный институт.

Больной получал следующее лечение: режим строгий постельный, диета N 7, антибактериальная, дезинтоксикационная, гормонотерапия, диуретики, гепарин, энтеросорбенты, симптоматические препараты.

Из стационара был выписан 21.01.97 г. в удовлетворительном состоянии. В настоящее время находится под наблюдением врача инфекциониста и нефролога.

ГЛПС у больного установлена клинически на основании типичных признаков заболевания (острое начало, ликорадка, одутловатость, гиперемия лица, геморрагический синдром, нарушение зрения, явления ОПН с массивной протеинурией, гипоизостенурией).

Таким образом диагностика спорадических случаев ГЛПС хотя и представляет определённые трудности, особенно в условиях районных больниц, однако она возможна при учете эпидемиологических данных и характерных клинических признаков.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ "СОВРЕМЕННОЙ" ДИФТЕРИИ

Красовицкий З.И., Сницарь А.О., Минаков Б.В.

Кафедра инфекционных болезней с курсами эпидемиологии и детских инфекционных болезней

К особенностям "современной" дифтерии необходимо отнести три основных фактора:

- 1) чёткая тенденция к "повзрослению" дифтерии;
- 2) преобладание локализованных форм;
- 3) поражение социально неблагополучных слоёв населения (алкоголики, БОМЖи и т.п.).

Поражение дифтерийной инфекцией возрастного контингента преимущественно от 30 до 50 лет связано, прежде всего, с имевшим место в 70 - 80 гг периодом временного благополучия, когда уменьшался коллективный иммунитет. Имел место и срыв календаря прививок. Если в детском возрасте он более - менее соблюдался, то среди людей, достигших к настоящему времени 30 - 50-летнего возраста, активная иммунизация практически не проводилась. Накопленный "горючий материал" дал наблюдаемый сейчас в стране эпидемический подъём заболеваемости.

Преобладание локализованных форм (62 % по нашим данным) уменьшает значимость традиционных дифференциально-диагностических критериев (распространённость, характер налётов, параллелизм между общим состоянием и локальным статусом и т.п.). Необходимо отметить, что в случаях среднетяжёлого "невыраженного" течения дифтерии диагноз весьма затруднителен, и нередко ставится по факту бактериологического исследования.

Микот - формы дифтерии с банальной гноеродной флорой изменяют характер налёта (гнойный, снимающийся, без кровоточивости подлежащих тканей) нередко дают односторонний процесс с выраженной гиперемией, болезненностью и формированием паратонзиллита или паратонзиллярного абсцесса.

Сопутствующий алкоголизм отягощает течение дифтерийной инфекции. На раннем этапе это усиление общей интоксикации, развитие алкогольного делирия, который резко затрудняет курацию больных и способствует развитию ранних осложнений. На поздних стадиях осложнения, как правило, закономерны, причём, наряду с дифтерийными миокардитами часто причиной смерти являются полиневриты с нарушением функции дыхания (на 60-70 сутки болезни).

Диагностический процесс у этих больных затруднён в связи с алкогольным поражением слизистой рта, которая становится весьма уязвимой при дифте-

рии.

Необходимо дифференцировать распространённые формы дифтерии с ожогом ротоглотки, стоматитом, кандидозом и т.п. Нередки нисходящие формы дифтерии гортани, вплоть до вовлечения в процесс бронхиол, что заставляет применять для диагностики и лечения такой небезразличный для больного метод, как бронхоскопию.

Снижение неспецифического иммунитета, наличие раневых поверхностей у этих больных (ожоги, травмы, отморожения), общий низкий уровень гигиены ведёт к появлению забытых форм дифтерии: ран, кожи, глаз, половых органов.

Выводы:

1. Должны госпитализироваться все больные ангинами.

2. Большое внимание необходимо уделять бак. исследованию, в т.ч. бакскопии.

3. Обязательным должно быть исследование противодифтерийного иммунитета в динамике, для дифференциации носительства.

4. Дифтерию должны знать врачи узких специальностей - хирурги, травматологи, комбустиологи, гинекологи, окулисты, стоматологи, не говоря о терапевтах и инфекционистах.

ПОЧЕМУ ИММУНИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИМАЯ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ НЕ ДАЛА ОЖИДАЕМОГО ЭФФЕКТА

Красовицкий З.И., Альперн Е.Г., Шаловал В.В.

Кафедра инфекционных болезней с курсами
эпидемиологии и детских инфекционных болезней

В последние годы увеличилась заболеваемость дифтерией, что связывают со снижением постпрививочного иммунитета.

Вакцинация проведённая для того, чтобы загнать дифтерию в "тупик", не дала ожидаемого эффекта.

Это можно объяснить тем, что для иммунизации использовались вакцины, содержащие никакое количество Lf в прививочной дозе (Lf - флоккуляционные единицы, в которых измеряется масса содержащегося в вакцине дифтерийного анатоксина).

Из числа заболевших дифтерией и поступивших в наш стационар (131 чел) за прошедший 1996 год 73 % были привиты. Многие из заболевших были привиты с нарушением утверждённой схемы. Не соблюдались интервалы между прививками, обычно удлинялись; одному и тому же пациенту прививки проводились разными вакцинами (пр-во США, Франция, Канада, Россия) с различным содержанием Lf в прививочной дозе. Однако и среди тех, которые были привиты в соответствии с утвержденными сроками, мы наблюдали тяжёлое течение болезни с осложнениями.

У 16 заболевших дифтерией и ранее привитых, титры РПГА были отрицательными или ниже 1:40.

В нашем стационаре из числа полноценнопривитых (55 человек) течение болезни было: лёгким - 33 чел-69%; ср.тяжести - 13 чел- 23,6%, тяжёлым - 4 чел- 7,3%.

У 4-х больных, женщины от 40 до 50 лет, которым проводилась 4-я ревакцинация против дифтерии, заболевание протекало крайне тяжело с тяжёлыми осложнениями. Одной из них ввиду резко положительной реакции на разведенную противодифтерийную сыворотку, последнюю вводили под прикрытием калипсола. Очевидно, что 4-ая ревакцинация против дифтерии оказала сенсibiliзирующее действие на организм и явилась причиной тяжёлого течения заболевания.

Среди не привитых (35 чел) заболевание протекало: тяжёлая форма 7 чел - 20%; ср.тяжести 9 чел - 25,7%; лёгкое течение - 19 человек - 54,3 %.

Немалый процент из числа заболевших приходился на лиц из социально неблагоприятных слоёв населения: алкоголики, БОМЖи, наркоманы.

Одной из причин эпидемии дифтерии, надо пола-

гать, является именованное в 1986 году календаря прививок детей, в результате чего у некоторых детей интервал между прививками увеличился до 10 лет. С каждым годом нарастало количество незащищённых детей. Свою роль сыграла публикация в средствах массовой информации ряда статей, авторы которых выступили против иммунизации детского населения, писалось о вреде вакцинации. Выдавались медицинские справки о наличии чаще воображаемых противопоказаний к прививкам.

В среде невосприимчивых людей (привитых детей и взрослых, которые имели естественный иммунитет) циркуляция возбудителя дифтерии резко сократилась. Потеряв постоянный контакт с возбудителем, взрослые постепенно начали терять иммунитет, так как без "подкрепления" он не сохраняется больше 10 лет. Прослойка невосприимчивых среди взрослых, которых тогда не привили, начала постепенно уменьшаться.

Так, в нашем стационаре мы наблюдали, что тяжёлое течение заболевания с осложнениями чаще приходится на возраст от 40 до 50 лет.

Снижение иммунитета у взрослых и уменьшение вакцинации детей привели до общего неминуемого результата - сокращение количества невосприимчивых к дифтерии лиц на больших территориях. Заболеваемость стала нарастать и достигла эпидемического уровня.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДИФТЕРИИ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ

Красовицкий Э.И., Кулеш Л.П., Праведная П.С.,
Демьяненко В.Н., Иванов В.В.

Кафедра инфекционных болезней с курсами
эпидемиологии и детских инфекционных болезней

Нами проведён анализ течения дифтерии за период с января 1994 г по январь 1997 года у 310 больных,

на которых 275 человек находились на лечении в Сумской областной инфекционной больнице и 35 человек - в инфекционном отделении Шосткинской ЦРБ.

Анализируя полученные данные следует отметить, что в последние годы возросла заболеваемость дифтерией среди подростков и взрослого населения и составила 89,6 % (278 человек). Это связано, очевидно, с тем, что в среде невосприимчивых лиц (привитых детей и взрослых) циркуляция возбудителя резко уменьшилась и в последствии привела к снижению естественного иммунитета. Кроме того, были нарушены сроки проведения профилактических прививок против дифтерии, поэтому произошло снижение поствакцинального иммунитета у лиц в возрасте до 30-35 лет, вакцинированных ранее и отсутствие его у более старшей возрастной группе, которым не проводилась вакцинация.

Массовая иммунизация против дифтерии среди взрослого населения способствовала появлению локализованных форм дифтерии ротоглотки, которые протекали легко, под маской "ангины" либо "паратонзиллярных абсцессов". По нашим данным лёгкие формы дифтерии ротоглотки составили 60 %.

Одновременно увеличилось число комбинированных форм дифтерии. У 26 больных (8,4 %) заболевание протекало в самых различных комбинациях. Следует отметить, что эти формы чаще встречались в возрастной группе от 40 до 50 лет и старше, а также у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом (у 19 больных - 76 %).

Чаще наблюдался дифтерийный круп, который развивался, как на фоне поражения ротоглотки, так и в виде изолированной локализации. Поражение гортани сопровождалось развитием стеноза (5 больным из 7 по жизненным показаниям проведена трахеостомия). Круп носил распространённый, нисходящий характер, в 1 случае при патологоанатомическом вскрытии фибриновые плёнки были обнаружены в бронхах и брон-

хиолах.

Следует отметить, что изменился социальный состав больных дифтерией. Среди этой группы больных большое количество БОМЖей и лиц, страдающих хроническим алкоголизмом. У них отмечается в 87 % случаев тяжёлое течение заболевания, причём осложнения регистрировались у 83 %.

Характер осложнений также имеет свои особенности: увеличилось число поражений черепно-мозговых нервов (у 15 больных, 21 %), чаще встречались тяжёлые полиневриты (у 9 больных, 11,8 %), нарушения иннервации межрёберной мускулатуры, приводившие к нарушению дыхания и требовавшие искусственной вентиляции лёгких.

Переболевшие дифтерией находятся под наблюдением опытных врачей диспансерного отделения СОИБ. Это позволяет в более ранние сроки диагностировать поздние осложнения у лиц, перенёсших дифтерийную инфекцию.

Таким образом, дифтерией чаще болеет взрослое население, отмечается более тяжёлое течение с осложнениями у лиц старше 40 лет и страдающих хроническим алкоголизмом, часто диагностируются комбинированные и редко встречающиеся формы, дифтерия гортани сопровождается развитием нисходящего дифтерийного крупа, у привитых дифтерия протекает атипично.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Красовицкий З.И., Сницарь А.О., Клименко Н.В.

Кафедра инфекционных болезней с курсами
эпидемиологии и детских инфекционных болезней

В настоящее время проблема профилактики и лечения инфекционных заболеваний приобретает всё большую актуальность в связи с увеличением количества

антибиотикоустойчивых штаммов, снижением общей и местной иммунологической реактивности организма, ростом числа аллергических реакций на антибактериальные препараты. Поэтому особое внимание в клинической практике отводится поиску новых эффективных средств, по своему воздействию на микроорганизмы близких к окислительной функции нейтрофильных лейкоцитов. Антимикробная активность которых связана со способностью генерировать некоторые активные производные галоидов: гипохлориты, гипобромиты, гипоиодиты, которые являются сильными окислителями.

В 1985 году А.К. Мартыновым был разработан метод непрямого электрохимического окисления, основанный на возможности внедрения в организм человека гипохлорита натрия - NaClO (ГХН), переносчика активного кислорода. Первые исследования метода проведены проф. Ю.М. Лопухиным. Они основывались на принципе работы цитохрома Р-450 печени и фермента миелопероксидазы нейтрофилов. Клиническая апробация метода на базе латвийских и российских ЛПУ показала практически неограниченную возможность применения его в медицинской практике. В основном это связано с детоксикационным эффектом, с улучшением реологических свойств крови, противовоспалительным и антигипоксическим воздействием, подавлением реакции гиперчувствительности замедленного типа.

Выраженное бактерицидное, антивирусное, антигрибковое действие раствора ГХН позволяет применять его в клинике инфекционных заболеваний и в качестве лечебного и в качестве дезинфицирующего средства.

В своей практике мы применяем ГХН в комплексном лечении больных с дифтерией, ангинами, фарингитами, хроническими тонзиллитами в виде полоскания ротоглотки растворами с концентрацией 300 мг/л 4-6 раз в сутки в течении 5-7 дней.

При пищевых токсикоинфекциях показано промыва-

ние желудка раствором ГХН 300 мг/л с последующим приёмом энтеросорбента.

При ожестом воспалении, трофических язвах ГХН применяют в виде примочек, аппликаций в концентрации 800-900 мг/л 2 раза в день, продолжительность лечения определяется индивидуально.

Кроме наружного возможно и парентеральное применение ГХН при септических состояниях, экзо- и эндогенной интоксикациях, кетоацидозе. Внутрисосудистое введение ГХН в концентрации 100-300 мг/л из расчёта 10 мл/кг со скоростью 20-30 капель в минуту мы применяли для купирования делириозного состояния у больных с дифтерией.

ГХН применяют также в гастроэнтерологической, неврологической, акушерско-гинекологической, хирургической, стоматологической, дерматологической, наркологической практике, дезинфекции.

При применении ГХН побочных явлений не наблюдается, если принимать во внимание противопоказания (гипогликемия, нарушение свёртывающей системы крови, кровотечения, эрозивные гастриты, бульбиты и др.) и применять соответствующую данному случаю концентрацию.

Раствор ГХН в концентрации 2600 мг/л - активное дезсредство и может применяться для профилактики внутрибольничных инфекций. К нему чувствительны вирусы гепатитов, ВИЧ, микобактерии туберкулёза и др.

Опыт применения ГХН в клинике инфекционных болезней с учётом дешевизны производства и эффективности при различных патологических состояниях позволяет рекомендовать ГХН для внедрения в практику.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИФТЕРИЕЙ, ЗЛУОПОТРЕБЛЯЮЩИХ СПИРТНЫМИ НАПИТКАМИ

Красовицкий В.И., Троцкая И.А.,
Бороденко В.А., Панченко Е.П.

Кафедра инфекционных болезней с курсами
эпидемиологии и детских инфекционных болезней

Целью настоящей работы явилось изучение целесообразности и эффективности использования метода окислительной детоксикации гипохлоритом натрия у больных дифтерией, злоупотребляющих спиртными напитками. Публикаций на эту тему в литературе последних лет не встречали.

Метод окислительной детоксикации основан на возможности внедрения в организм человека переносчика активного кислорода - гипохлорита натрия (NaClO), который получается с помощью специальных аппаратов - электрохимических детоксикаторов организма (ЭДО - ЭМ). Гипохлорит натрия оказывает выраженное влияние как на общий, так и на местный гомеостаз, связанное не только с детоксикационным эффектом, но и с улучшением реологических свойств крови, противовоспалительным и антигипотоксическим воздействием.

Под нашим наблюдением находилось 22 человека в возрасте от 34 до 59 лет. Диагноз дифтерии установлен на основании клинико-анамнестических и эпидемиологических данных, в 21 случае (95,4 %) подтвержден бактериологически выделением токсигенного штамма дифтерийной палочки типа gravis. 12 больных страдали хроническим алкоголизмом, 10 - бытовым пьянством. Длительность употребления алкоголя составляла от 4 до 35 лет. У 19 больных (86 %) дифтерия протекала тяжело, в 18 случаях (82 %) имели место осложнения, которые зачастую носили угрожающий для жизни характер (инфекционно-токсический

шок, ДВС-синдром, инфекционно-токсический миокардит, поражение нервной системы, поражение почек). У 5 больных (22 %) в ходе наблюдения развился алкогольный психоз, в 15 случаях (68 %) отмечался абстинентный синдром.

15 больных получали традиционную терапию, включающую в себя противодифтерийную сыворотку, антибиотики, дезинтоксикационные средства, препараты, улучшающие реологические свойства крови, гормоны, противовоспалительные препараты, витамины, метаболиты. 7-ми больным наряду с традиционной терапией, применялась окислительная детоксикация гипохлоритом натрия. Инфузии гипохлорита натрия проводились внутривенно, в концентрациях 300-600 мг/л и дозах 200-400 мл ежедневно или через день от 3 до 5 раз.

Во всех случаях комплексной терапии, включающей окислительную детоксикацию, наблюдалось быстрое купирование абстинентного синдрома и алкогольного делирия. На фоне инфузии гипохлорита натрия быстро улучшалось соматическое состояние, отмечалась нормализация протеинограммы, АсАТ, АлАТ, снижение концентрации мочевины, креатинина. Побочные эффекты были небольшими - они заключались в раздражающем воздействии препарата на интиму сосудов и способности его вызывать склерозирование периферических вен в местах введения раствора. Эта проблема легко решается путём использования для инфузии катетеризованных подключичных вен. Учитывая фибринолитическое воздействие гипохлорита, мы исключали его использование при геморрагиях.

В целом же, полученные данные позволяют считать перспективным использование гипохлорита натрия в комплексной терапии больных дифтерией, злоупотребляющих спиртными напитками, особенно с целью купирования абстинентного синдрома и алкогольно делирия.

ПРИМЕНЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ПЛАЦЕНТЫ ЧЕЛОВЕКА В ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

д.м.н. В.И. Красовицкий

кафедра инфекционных болезней с курсами эпидемиологии и детских инфекционных болезней,

Сумская областная инфекционная клиническая больница "Экобинф"

Экологическое неблагополучие, тяжёлое социально-экономическое положение в стране: рост обнищания населения, алкоголизма, наркомании, проституции привели к ухудшению здоровья людей, стремительному росту заболеваний, протекающих на фоне выраженного иммунного дефицита.

Необходимость всё более широкого применения биостимуляторов, обладающих иммунодулирующим действием в этих условиях становится очевидным. К таким препаратам относится амниоцен, изготавливаемый из плаценты человека, в состав которого входит большое количество биологически активных веществ, комплекс аминокислот (16), нуклеиновые кислоты, белок, углерод, фосфор, азот, хлор. Убедительно доказано противовоспалительное, рассасывающее и репаративное действия амниоцена.

В 1986 году по лицензии, приобретённой у Кишинёвцев, Сумская областная инфекционная клиническая больница впервые в Украине (вторыми после Кишинёва) освоила промышленный выпуск амниоцена, получила разрешение на его производство, оптовую и розничную реализацию. Амниоцен - денатуризованная амниотическая оболочка плаценты человека, технология изготовления которого гарантирует абсолютную стерильность и безопасность вирусного и бактериального загрязнения.

До последних лет амниоцен применяли в основном только для лечения половой импотенции у мужчин, в урологической и гинекологической практике. Десяти-

летний опыт применения амниоцена значительно расширил показания к его применению.

Целью нашей работы является обобщение результатов применения амниоцена как иммуномодулятора при самых различных заболеваниях.

Проведён анализ наблюдений над 286 больными, которым применялась монотерапия амниоценом (126 больных) и амниоцен применялся в комплексной терапии (160 больных).

Урологическим больным амниоцен был применён при: а) доброкачественной гипертрофии предстательной железы (I степени - 28 человек, II степени - 34 человека); б) хроническом простатите - 38 больным. У гинекологических больных амниоцен применялся: а) при сальпингите (у 8 больных); б) подостром аднексите (у 20 больных); в) подостром параметрите (у 5 больных); г) хроническом сальпингите (у 16 больных); д) хроническом аднексите (у 11 больных).

Возраст больных колебался от 18 до 79 лет.

У многих урологических и гинекологических больных была сопутствующая патология: а) язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки - у 18 больных; б) сердечно-сосудистая патология (состояние после инфаркта миокарда у 12 больных, из них у 3 - повторного, у 1-го - после 3-х инфарктов); в) нарушение мозгового кровообращения - у 5-ти больных, у 1-го из которых после микроинсульта; г) ладонно-подошвенная экзема у 1-го больного; д) рецидивирующая рожа у 6 больных; е) хронический сепсис - 3 больных; ж) половая импотенция - у 20 больных; з) неспецифический язвенный колит - у 1 больного; и) хронический гепатохолецистит - у 11 больных.

Диагнозы больным устанавливались высококвалифицированными специалистами на основании клинико-лабораторных, бактериологических и инструментальных исследований (УЗИ, урография и т.д.).

У 75 больных прослежены отдалённые результаты исследований (от 8 мес. до 3-х лет). По выработан-

ным для каждой новологической формы тестам проводилась оценка результатов лечения. В группе урологических больных положительный результат лечения достигнут в 67%, без изменений в 31%, ухудшение наблюдалось у 2-х больных.

Из 20-ти больных, страдавших половой импотенцией, значительное улучшение отметили 11 больных; у 4-х больных отмечалось нестойкое улучшение, у 5-ти больных результаты лечения были отрицательными.

Из 60-ти лечившихся гинекологических больных положительные результаты отмечали у 46, без изменений - у 12 больных, отрицательные у 2-х больных.

Четыре женщины, в возрасте - 28, 31, 34 и 36 лет после безуспешного, в прошлом, лечения по поводу бесплодия после амниоцентерапии забеременели и им возвращена радость материнства. При лечении амниоцентром урологических и гинекологических больных выявлены улучшения, а в ряде случаев - полное излечение сопутствующих заболеваний, перечень которых приводился выше.

После этого было начато целенаправленное изучение терапевтической эффективности амниоцена в комплексном лечении ряда терапевтических, инфекционных, неврологических и других заболеваний.

Вывод: амниоцен - является активным иммуномодулятором, широко применяемым в медицинской практике при различных болезнях. В докладе также будут представлены материалы по применению запатентованного нами препарата (патент № 795 2"А") - лактоцена, изготавливаемого из плаценты человека и применяемого для лечения гипогалактии у кормящих матерей.

ПРИМЕНЕНИЕ КИСЛОМОЛОЧНОГО ПРЕПАРАТА "СИМБИТЕР" ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Татаренко С.Д.

Кафедра инфекционных болезней с курсами
эпидемиологии и детских инфекционных болезней

В инфекционно-диагностическом отделении Сумской городской детской больницы был применён новый бактериальный препарат "Симбитер", который представляет собой концентрированную биомассу живых клеток многокомпонентного бактериального симбиоза, он содержит штаммы молочнокислых, пропионовокислых и бифидумбактерий.

Проведено наблюдение за 32 больными с острыми кишечными инфекционными заболеваниями (ОКЗ), получавшими "Симбитер". У 21 ребёнка было клиническое течение ОКЗ средней степени тяжести, у 7 детей - легкое течение, у 4-х - тяжёлое течение.

Применение "Симбитера" начато в первые дни болезни у 26 детей, у 6 детей на 5-7 сутки. Клиническая эффективность оценена по динамике исчезновения основных клинических симптомов.

Положительный результат после лечения "Симбитером" получен в 88,7 % случаев, при условии назначения в первые дни болезни и в 65,6% при назначении детям на 5-7 сутки заболевания. Нормализация стула происходила на 2-3 сутки, при моно-антибактериальной терапии или без неё.

Развитие дисбактериоза отмечалось лишь у 2-х больных, в основном с тяжёлым течением. При наличии у ребёнка получавшего "Симбитер" дисбактериоза исчезновение последнего происходило на 2-3 сутки в 77,6 % случаев.

Таким образом, применение кисломолочного препарата "Симбитер" способствует устранению интоксика-

шонного, диарейного синдромов, підвищенню апетиту, нормалізації травлення, відновленню маси тіла, підвищенню стійкості нормальної кишечної мікрофлори до дії антибіотиків і хіміопрепаратів.

ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДПРОЦЕСУ ПРИ ДИФТЕРІЇ В УМОВАХ ЕПІДЕМІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ І РОЛЬ МАСОВОЇ ІМУНІЗАЦІЇ В ЇЇ ЗНИЖЕННІ

Христенко Г. І., Черняк О. М., Габелюк Т. С.
Обласна СЕС

В 1991 році в області, як і в цілому в країнах СНД, різко ускладнилась епідемічна ситуація з дифтерією і в наступні п'ять років набула епідемічного характеру: було зареєстровано 477 випадків захворювання на дифтерію та 584 випадків носійства токсигенних штамів дифтерійної палички. Особливо епідситуація ускладнилась за останні 3 роки, в які зареєстровано 88,3 % захворілих та 84,1 % носіїв токсигенних штамів. Змін біохімічних властивостей корінебактерії дифтерії не спостерігалось.

При цьому в 1995 та 1996 рр. обласний рівень захворюваності майже в два рази перевищував середньодержавний.

Серед загальної кількості захворілих 30,5 % складають діти, але в окремі роки інтенсивні показники захворюваності серед дітей значно перевищували показники серед дорослих.

Складна епідемічна ситуація з дифтерією підтримується за рахунок втягнення в епідпроцес нещепленого та неправильно щепленого міського населення, питома вага якого від загальної кількості захворілих становила 84,9 %.

Найвищі показники захворюваності реєструвались в Сумах, Шостці, Конотопі.

В результаті проведеної в 1995 - 1996 рр. масо-

вої імунізації дорослого населення області проти дифтерії у 1996 р. визначилась тенденція стабілізації захворюваності з подальшим її зниженням. По м. Суми такої тенденції не спостерігалось: в 1996р. питома вага захворівших по обласному центру від загальної кількості складала 73,2 %, а показник захворюваності на 100000 населення по місту в 3,4 рази перевищив середньообласний (відповідно 40,0 та 11,9). Однією з причин росту захворюваності по м. Суми є повільне проведення масової імунізації населення, де на початок 1997 р. щеплено проти дифтерії лише 78,9 % від необхідної кількості. І навпаки, по м. Шостка організована робота по масовій імунізації дорослого населення з кінця 1995 р. і в 1996 р. сприяла зниженню рівня захворюваності в 7,4 рази (кількість захворівших у 1995 р. - 52, 1996 р. - 7, показник захворюваності відповідно 54,3, 7,3).

Цілеспрямована робота по імунізації населення області сприяла збільшенню прошарка осіб, які мають захисні титри антитіл проти дифтерії. Якщо на початку 90-х років питома вага осіб з захисним титром від загальної кількості обстежених складала 45 %, то в 95-96 р. - 83-89 %.

Якщо в 1991-1994 рр. питома вага нещеплених становила біля 70 %, то в 1996 р. - 27,3 %, але з 95 щеплених 31 (32,6 %) щеплено з порушеннями схеми імунізації.

В динаміці спостерігається зростання серед захворівших питомої ваги осіб з захисним титром антитіл проти дифтерії, що можна пояснити цілеспрямованою роботою по імунізації населення проти дифтерії та в деяких випадках пізнім забором крові від хворих для серологічного обстеження на рівень імунітету (на 5-й день та пізніше від початку захворювання). Але серед захворівших осіб, які були щеплені проти дифтерії за повною схемою та мали захисні титри до дифтерії, 70,5 % осіб мали легкий

перебіг хвороби.

ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ СВЕТА И ТЕПЛА

В.М.Северин, Л.М.Морозова, А.М.Климовицкий,
Л.А.Затула

Научно-производственное предприятие "Тест",
Сумская областная инфекционная больница

Стремительное ухудшение экологической обстановки в мире, бурный рост химической промышленности, появление новых технологий привело к качественным изменениям и количественному росту заболеваний человека.

Все это обуславливает необходимость внедрения в широкую клиническую практику современных методов защиты и коррекции внутренней среды организма. В первую очередь к ним относятся эффективные, то есть выводящие из организма чужеродные вещества, методы, модулирующие естественные методы детоксикации.

Клиническая апробация метода ЭДО-терапии показала практически неограниченную возможность применения его в медицинской практике. В основном, это обусловлено его выраженным влиянием как на общий, так и на местный гомеостаз, связанный не только с детоксикационным эффектом, но и улучшением реологических свойств крови, противовоспалительным и антигипотоксическим воздействием на организм, что сопровождается стабилизацией микроциркуляции и аналгезией.

Гипохлорит натрия (NaClO) широко используется в медицине и имеет широкий спектр показаний к применению в клинической практике: эндогенная интоксикация, экзогенная интоксикация, гнойно-септическая хирургия, пульмонология, неврология, отоларингология, стоматология, офтальмология, дермато-

логия, наркология, дезинфекция.

Поскольку гипохлорит натрия неустойчив во времени и в определенных условиях хранения, то его применение требует точного знания концентрации в зависимости от условий хранения,

Нами было изучено изменение концентрации гипохлорита натрия в зависимости от условий хранения в течение 30 календарных суток.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ДИФТЕРИИ

Красовицкий В.И., Троцкая И.А., Кулеш Л.П.,
Лазарева Л.М.

Кафедра инфекционных болезней с курсами
эпидемиологии и детских инфекционных болезней
Областная инфекционная больница

Проблеме дифтерии, как и проблеме алкоголизма, посвящена необозримая литература. Клинические же особенности этих двух заболеваний при их сочетании изучены недостаточно. Мы нашли лишь две публикации, касающиеся этой темы. Настоящая работа посвящена изучению влияния хронической алкогольной интоксикации на течение дифтерии.

Под нашим наблюдением с января 1994 г. по январь 1997 г. находилось 236 больных дифтерией в возрасте 16-72 лет (мужчин 102 и женщин 134). У всех больных установлена дифтерия ротоглотки, состоявшаяся в 7 случаях с дифтерией носа, в 6 случаях - с дифтерией гортани, в 4 случаях имела место дифтерия ротоглотки, гортани и носа, в одном - дифтерия ротоглотки и глаз, в 2 случаях - дифтерия ротоглотки и ротовой полости, в комбинации с дифтерией раны у одного больного.

Диагноз подтвержден бактериологически у 220 больных (93 %). В 89% случаев выделена токсигенная дифтерийная палочка типа *gravis*, в 3% токсигенная

дифтерийная палочка типа *mitis*, в 1% случаев выделены нетоксигенные штаммы дифтерийной палочки.

Все наблюдавшиеся нами больные были разделены на две группы. В 1-ю группу (213 больных) вошли лица, отрицавшие употребление алкоголя (72 человека) или же принимающие его не чаще 1-2 раза в месяц. 2-ю группу (23 больных) составили лица, страдающие хроническим алкоголизмом (18) и бытовым пьянством (10). В 1-й группе преобладали женщины (125 или 58% против 88 или 42%), во 2-й - мужчины (14 или 60% против 9 или 40%). Больные обеих групп отличались по возрастному составу. Если в первую группу входили больные от 16 до 72 лет, то вторую группу составили больные преимущественно от 40 до 50 лет (18 больных или 78%), минимальный возраст здесь равнялся 34 годам, максимальный - 59.

Отмечена более поздняя госпитализация больных второй группы (в среднем на 5,2 дня), что чаще всего было обусловлено поздним их обращением за медицинской помощью. Так лишь 17% больных обратились за медицинской помощью в первые 2 дня заболевания, 26% - на 3-4 день, 13% за медицинской помощью не обращались вовсе, - они были выявлены активно при обследовании очагов. В одном случае смерть наступила на дому и диагноз дифтерии был установлен посмертно.

Тяжелые формы заболевания в первой группе регистрировались в 7% случаев, а во второй - в 87%. Легкое течение дифтерии среди больных второй группы не наблюдалось, тогда как среди больных первой группы легкие формы составили 48%. У больных второй группы чаще встречались комбинированные формы дифтерии - они составили 39%, в первой группе эти формы регистрировались в 4,6% случаев. Редкие комбинации (дифтерия ротоглотки и глаз, дифтерия ротоглотки и ротовой полости, дифтерия ротоглотки и раны) наблюдались исключительно среди больных, злоупотребляющих спиртными напитками.

Осложнения дифтерии достоверно чаще регистрировались во второй группе, они составили 83%, тогда как в первой группе осложнения отмечались лишь в 8% случаев. Осложнения возникающие у больных второй группы носили угрожающий для жизни характер (инфекционно-токсический шок - 26%, ДВС синдром - 30%, поражение сердца - 65%, нервной системы - 43%, почек - 30%). У 4-х больных после выписки из стационара наблюдалось развитие поздних осложнений, чему, безусловно, способствовал приём больших доз алкоголя. В 3-х случаях это были тяжёлые формы распространённого полирадикулоневрита с бульбарным синдромом, в одном случае - острая сердечно-сосудистая недостаточность, развившаяся после массивного алкогольного эксцесса и приведшая к смерти больного.

Летальные исходы были зарегистрированы у 2-х больных первой группы (0,9%) и у 8-ми больных второй группы (34%). В 2-х из 8-ми случаев смерть наступила на третьем месяце заболевания в результате прогрессирования энцефаломиелополирадикулоневрита.

Осложнения алкогольной интоксикации делирием отмечались у 5-ти больных (21%), у 15-ти больных развился абстинентный синдром. Клинические проявления делирия характеризовались нарушением сна, возникновением чувства страха и беспокойства. При этом наблюдались двигательное возбуждение, эрительные и слуховые галлюцинации, нарушение сознания, агрессивность. Алкогольный делирий, безусловно, способствовал "отяжелению" дифтерийной инфекции и ухудшал прогноз. Кроме того, у 15 больных (65%) отмечались диспептические явления, у 17 (74%) - тремор рук, у 21 (91%) - увеличение печени, диспротеинемия, повышение активности трансаминаз сыворотки крови.

Таким образом, на фоне хронической алкогольной интоксикации дифтерия протекает более тяжело, чаще

развиваются осложнения, имеющие угрожающий для жизни характер, чаще регистрируются летальные исходы. Всё это позволяет говорить о крайне неблагоприятном влиянии алкоголизма и бытового пьянства на течение дифтерии. Реконвалесценты, страдающие злоупотреблением спиртными напитками, нуждаются в тщательном диспансерном наблюдении и проведении антиалкогольного воспитания с полным отказом от алкоголя.

ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ В ДЕРМАТОЛОГИИ

студ. V к. 212 гр. Винник О.В. СумГУ

В дерматовенерологической практике нередко имеют место симптомы, синдромы и отдельные заболевания кожи, в той или иной степени связанные с эндокринологическими расстройствами. В последние годы отмечается увеличение их удельного веса, что может быть связано с неблагоприятной экологической обстановкой в регионах, ошибками в назначении гормональной терапии, тяжелым течением того или иного заболевания кожи и другими факторами.

Под наблюдением находилось 62 больных хроническими дерматозами. У 7 патологическое состояние (или отдельные симптомы) могут быть связаны с функциональными изменениями щитовидных желез (муциноз кожи - 1, гинергидроз - 5), у 10 - функциональными изменениями кортико-адреналовой системы (агрофические полосы кожи - у 5, синдром Иценко-Кушинга - у 5), у 20 - поджелудочной железы (повышенное содержание сахара в крови при упорном зуде кожи), у 25 - нарушением менструального цикла (обострение угревой болезни).

Это свидетельствует о необходимости тщательного обследования эндокринологического статуса у больных дерматозами (особенно - при их хроническом течении) и учета его данных при назначении комплекс-

ного лечения.

АЛОПЕЦИЯ - СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

студ. V к. Приходько Ж.И.,
студ. II к. Бабий Б.Н.
СумГУ

В последние годы отмечается рост заболеваний с признаками диффузного или очагового выпадения волос - алопеции. В отдельных регионах Украины регистрировались массовые вспышки таких поражений (Черновцы, 1988 г.).

Под наблюдением находилось 10 больных алопецией, жителей Сумской области (детей и подростков - 5, взрослых - 5; тотальная алопеция - 2, очаговая - 8). В анамнезе пациентов не выявлено каких-либо "патогномичных" факторов, приведших к выпадению волос. У всех больных были те или иные нарушения органов пищеварения (гастрит, гепатохолецистит и др.), у 6 - выявлена фокальная инфекция (хронический тонзиллит, кариесные зубы).

Ранее больные получали традиционное лечение (местное и общее) однако - патологический процесс прогрессировал. Включение в комплекс лечебных мероприятий иглотерапии обеспечило значительное улучшение течения заболевания у всех пациентов: у больных с тотальной алопецией - отмечен нормальный рост волос на коже конечностей, у остальных - в очагах алопеции на волосистой части головы отмечено появление зон нормального роста волос.

Пациенты получили по 4 курса аурикулярной иглотерапии (по 10 дней с 20-ти дневными перерывами). Их лечение и обследование продолжается.

ФИТОТЕРАПИЯ И ИГЛОУКАЛЫВАНИЕ В ДЕРМАТОЛОГИИ

студенты V к.: Борона Ю.В., Бойко С.В.
СумГУ

Немедикаментозным методам лечения уделяется внимание в дерматовенерологии. Это продиктовано многими обстоятельствами: экономическими, медицинскими и др.

Под наблюдением находилось 12 больных хронической истинной экземой, которым проводилось немедикаментозное лечение - иглоукалывание, в сочетании с фитотерапией. Для аурикулярной иглотерапии использовались акупунктурные точки ушных раковин, воздействие на которые сопровождается седативным и антиаллергическим эффектом (шень-мень, зеро, симпатическая, надпочечников). Для фитотерапии применяли настой ягод шиповника, настойку пиона, мазь из череды.

Немедикаментозное лечение оказывало устойчивый клинический эффект у 9 из 12 больных (нормализовался сон, прекратился зуд, в значительной степени регрессировали высыпания). У 3 больных, несмотря на такое лечение, возникла необходимость назначения медикаментозных препаратов.

Таким образом, иглоукалывание и фитотерапия могут применяться без назначения медикаментов при легких и средних степенях тяжести течения истинной экземы, но должны сочетаться с лекарственной терапией - при тяжелом течении дерматоза.

СЕБОРЕЯ И УТРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ

студенты V к.: Удовник Н.В., Седько Н.И.
СумГУ

Одним из наиболее частых поражений кожи в юно-

шеском возрасте является угревая сыпь. Она обычно локализуется в так называемых "себорейных" местах (лицо, грудь, межлопаточная область), и нередко трудно поддается косметологическому лечению, зачастую оставляя после себя рубцы.

Целью нашей работы было выяснение эффективности применения цзю-терапии (прижигания "китайскими" сигарами) в системе комплексного лечения 30 больных угревой болезнью: 12 - леченных традиционным методом (антибиотики, витамины, УФО, наружные средства), 18 - наряду с таким же лечением (кроме УФО), но получавшим цзю-терапию (в корпоральные акупунктурные точки "общего действия" и местно - на очаги поражения).

Сравнительный анализ показал значительно большую эффективность комплексного лечения в сочетании с цзю-терапией (сокращение сроков регресса высыпаний - на 7 - 10 дней).

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕВРОТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Котик Н.Б.
СумГУ

При комплексном обследовании больных хроническими дерматозами большое значение имеет изучение неврологического статуса.

Под наблюдением находилось 59 больных. У 26 отмечено расположение высыпаний по ходу нервов (опоясывающий лишай - у 7, герпетический дерматоз Дюринга - у 1, псориаз - у 15, красный плоский лишай - у 3). У 33 больных, заболевание которых сопровождалось интенсивным зудом (старческий зуд - у 2, зуд гениталий - у 2, нейродермит - 30) выявлены различные невротические симптомы (преимущественно

астенического и обсессивнофобического характера).

Полученные данные свидетельствуют о необходимости включения в комплекс лечебных мероприятий препаратов, регулирующих функциональное состояние периферических и центральных отделов нервной системы.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У МУЖЧИН

студ. III к. Бочаров Д.В.
ДонГМУ

Урогенитальные инфекции, вызванные уреоплазмами относят к числу наиболее распространенных среди болезней передающихся половым путем.

Под наблюдением находилось 25 мужчин молодого возраста (27 - 30 лет), у которых при лабораторном обследовании выявлена уреоплазма. Клинически, только у 1 отмечено острое течение в виде переднего уретрита. У 20 - заболевание протекало торпидно с симптомами уретрита (у 18), баланопостита (у 9), простатита (у 7), эпидидитита (у 2). У 4 - не отмечалось никаких симптомов поражения половых органов (они обследовались по поводу бесплодного брака).

Таким образом, необходимо тщательное обследование мужчин с торпидно текущей урогенитальной инфекцией, в том числе - и с целью выявления уреоплазмы, так как такое инфицирование часто приводит к ряду осложнений, в том числе - и с целью выявления уреоплазмы, так как такое инфицирование часто приводит к ряду осложнений, в том числе - к мужскому бесплодию.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИММУНОЗАВИСИМЫХ ДЕРМАТОЗОВ

студ. III к. Михайлова О.И.
ДонГМУ

В патогенезе ряда хронических дерматозов (красная волчанка, пузырчатка и др.) ведущее значение имеют нарушения клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Это позволило ряду авторов выделить отдельную группу, так называемых "иммунозависимых дерматозов", к которым относят и атопический дерматит.

Под наблюдением находилось 50 детей, больных атопическим дерматитом. Тщательный анализ анамнестических сведений показал, что у 35 из них отмечались ранее или были выявлены при обследовании и другие "аллергозы" у ближайших родственников.

Полученные данные об особенностях течения атопического дерматита позволяют говорить о возможности выпадения общей "атопической болезни", которая является генетически детерминированным, иммунозависимым, аллергическим заболеванием человека.

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ НЕЙРОДЕРМИТЕ

врач-интерн Бочарова Е.А.
Сумской обл. кож.-вен. диспансер

Диссеминированный нейродермит относится к числу наиболее часто встречающихся дерматозов. Начинаясь чаще в детском возрасте, он в дальнейшем нередко приводит к тяжелому течению процесса не только на коже, но и со стороны нейро-эндокринной системы.

Под наблюдением находилось 35 больных нейродермитом (мужчин - 20, женщин - 25 в возрасте от 20

до 35 лет). Заболевание у всех пациентов было длительным (у большинства с грудного возраста), протекало тяжело.

Радиоиммунным методом у них выявлены функциональные изменения нейро-эндокринных систем (показатели исследовались в крови): гипоталамо-гипофизарно-кортикоадреналовой (увеличение АКТГ в 2,8 раза, уменьшение кортизола - в 1,2 раза); системы эндокринной регуляции кальциевого гомеостаза (увеличение содержания кальцитонина - в 3,1 раза, паратгормона - в 2,2 раза, Ca^{++} - в 1,3 раза); низкомолекулярных пептидов (увеличение содержания β -эндофина - в 2,1 раза, мет-энкефалина - в 2,3 раза, субстанции P - в 3,2 раза).

Эти данные могут свидетельствовать о формировании нейроэндокринного синдрома при длительном течении диссеминированного нейродермита.

АНАЛИЗ РАБОТЫ КАБИНЕТА АНОНИМНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

врач дермато-венеролог Куленза О.Н.
Сумской обл. кож.-вен. диспансер

Кабинеты анонимного обследования в структуре кож.-вен. диспансеров были открыты с целью расширения возможности выявления больных венерическими заболеваниями.

В Сумском областном кож.-вен. диспансере в таком кабинете проводится весь необходимый комплекс обследований на сифилис, гонорею, другие заболевания передающиеся половым путем.

Наиболее частыми причинами обращения пациентов в кабинет явились боязнь возможного наличия у себя венерического заболевания (93,2%), боязнь раскрытия тайны о своем заболевании перед родственниками и знакомыми (72,3%), недоверие к медработникам обычных поликлиник (27,4%), другие причины

(17,2%).

Среди заболеваний, выявленных при обследовании диагностированы: сифилис, гонорея, трихомониаз, кандидоз, чесотка, вшивость, herpes pro genitalis и др.

Таким образом, кабинет анонимного обследования позволяет выявлять целый ряд венерических и контактных кожных заболеваний, своевременно начать лечение и проведение противоэпидемических мероприятий.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ

Емец А.Н. зав. детским
дерматологическим отделением
Сумская детская клиническая больница N 1

Заболеваемость дерматозами (микроспория, трихофития) остается высокой на Украине, в том числе в Сумской области. Необходимость госпитализации детей, последующего диспансерного наблюдения, токсичность применяемого традиционного лечения (гризеофульвин) вызывают ряд организационных и медицинских проблем.

В детском микологическом отделении Сумской детской клинической больницы N 1 в последнее время нами применяется комплексный метод, при котором, наряду с традиционной методикой детям назначают гепатопротекторы (корсил, силибар, солигил), а также - комплекс поливитаминов (B₁, B₆, C и др.).

Применение такой методики позволяет сократить сроки лечения (в среднем - на 7 дней), предупреждает развитие токсичных реакций.

ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НА ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

врач педиатр Циганок В.В.

Сумокая обл. детская клиническая больница

Атопический дерматит является одним из наиболее тяжелых и часто встречаемых дерматозов, начинающихся в раннем детском возрасте и характеризующихся хроническим течением со сменой проявления заболевания на коже (экзема, нейродермит, атопический дерматит и т.п.).

Под наблюдением находилось 170 человек (АтД) в возрасте от 3 до 30 лет. Из анамнеза установлено, что у 82 из 170 больных (48,2%) страдают или перенесли ранее разные аллергические заболевания близкие родственники. Среди сопутствующих заболеваний, перенесенных в прошлом, отмечались: заболевания органов пищеварения - у 127 (74,1%), органов дыхания - у 87 (51,2%), лор-органов - у 91 (53,5%). Аллергический ринит отмечался в прошлом у 15 (8,8%) больных АтД. Таким образом, наличие сочетанных кожных и висцеральных повреждений являются причинами тяжелого течения АтД и диктуют необходимость комплексного подхода к обследованию пациентов, их лечению и профилактике рецидивов заболевания.

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВТОРИЧНЫХ ПОСРЕДНИКОВ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКОЙ ЭКЗЕМОЙ

главный врач Висягин В.Б.

Донецкая областная дерматологическая больница

Циклические нуклеотиды (цАМФ и цГМФ) относятся к важнейшим универсальным внутриклеточным посред-

никам организма. В тоже время существует мнение, что не они, а ионы Са являются основным непосредственным менеджером реализации разнообразных функций клеток организма.

Радиоиммунным методом у 30 больных детской экземой определено содержание в крови ЦАМФ, ЦГМФ, Са⁺⁺. Отмечено увеличение уровней ЦГМФ (в 5,3 раза) и Са⁺⁺ (в 1,5 раза) и снижение - ЦАМФ (в 3,5 раза). Это свидетельствует о серьезном дисбалансе в системе вторичных посредников у больных детской экземой, что может являться важным патогенетическим фактором заболевания.

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА МИКОПЛАЗМОЗА У ЖЕНЩИН

Баркалова Э.Л. врач дермато-венеролог
Донецкий региональный
дермато-венерологический центр

Заболеваемость микоплазмозом у женщин в несколько раз превышает заболеваемость гонореей и трихомонозом.

При обследовании 45 женщин, клинические признаки микоплазмоза выявлены у 37 (вульвовагинит - у 15, эндоцервит - у 29, эндотермит - у 3). У остальных 8 обследованных клинических воспалительных изменений не выявлено (несмотря на обнаружение уреаплазм).

Для диагностики использовался культуральный метод. Последующее лечение с применением доксициклина обеспечивало хороший клинический результат у большинства пациентов. Тщательное диспансерное наблюдение (не менее 3-х месяцев) после заболевания (бесплодие, самопроизвольные аборты и др.).

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОПЕПТИДОВ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ

врач-интерн Клецова Г.В.
Донецкий региональный
дермато-венерологический центр

Красный плоский лишай относится к числу заболеваний, с которыми часто приходится встречаться не только дерматологам, но и стоматологам.

Под наблюдением находилось 27 больных красным плоским лишаем. Радиоиммунным методом у них в плазме крови определялось содержание β -эндоферина, мет- и лей-энкефалина, субстанции P. Выявлено увеличение показателей β -эндоферина (в 2,9 раза). Уровень лейэнкефалина практически не отличался от такового у здоровых лиц ($P > 0,05$).

Таким образом, у больных красным плоским лишаем имеются серьезные изменения как поцицентивных, так и антиноцицентивных систем, что диктует необходимость их дальнейшего изучения не только в крови, но и в коже.

ОПЫТ РАБОТЫ, ЗАДАЧИ И ПЕРСПЕКТИВЫ КУРСА КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ НА МЕДИЦИНСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ СумГУ

д.м.н., профессор Бочаров В.А.
СумГУ

В 1996 г. на медицинском факультете СумГУ открыт курс "Кожные и венерические болезни".

Опыт первого года работы показал хорошую базовую подготовку студентов пятого курса. Они тщательно готовятся к занятиям, проявляют часто инициативу к изучению дополнительных материалов. Сту-

денты, которые планируют в будущем работать невропатологами, эндокринологами, неонатологами и т.п. с интересом разрабатывают дерматологические аспекты соответствующих заболеваний в СНО.

В разработке научных тем принимают активное участие практические врачи Сумской и Донецкой областей (в стадии планирования и выполнения - 5 кандидатских диссертаций).

Основное направление научной работы курса - разработка новых методов лечения больных хроническими кожными, а также - венерическими заболеваниями.

Ведется подготовка к изданию учебных пособий, справочников практического врача, монографий. Планируется укрепление материальной базы курса, его компьютеризация, интеграция преподавания и научной деятельности с другими кафедрами университета.

ВИПАДОК ПОМИЛКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ВТОРИННОГО СВІЖОГО СИФІЛІСУ

А.Г. Сулим

Сумське багове медичне училище

Сумський обласний шкірно-венерологічний диспансер

Помилки, яких припускаються лікарі-дерматовенерологи при діагностиці вторинного сифілісу, мають переважно характер гіподіагностичних, зумовлених або неповним оглядом хворого, внаслідок чого не помічаються вторинні сифіліди, або неправильним тлумаченням виявленого висипу як проявів лишая Жибера, токсидермії, парасоріазу тощо. Випадки ж гіпердіагностики вторинного сифілісу трапляються рідко, через що і викликають певний інтерес.

Проаналізовано випадок хибного встановлення діагнозу вторинного свіжого сифілісу у хворого на краснуху, коли схожих помилок допустилися послідовно декілька лікарів: міської поліклініки, дис-

пансерного відділення та стаціонару облшкірвендис-пансеру. Наслідками помилкової діагностики були госпіталізація хворого, початок специфічного лікування, обстеження членів сім'ї хворого.

Причинами діагностичної помилки, яка завдала моральної шкоди хворому та його родині, стали: недостатня обізнаність лікарів-дерматовенерологів на клініці інфекційних хвороб, невміння провести диференційну діагностику сифілітичної рожеоли і краснушної екзантеми, переоцінка результатів серологічних досліджень (в цьому випадку - псевдопозитивних), поспішність в установленні діагнозу сифілісу і в призначенні протисифілітичного лікування.

ПРО ПОХОДЖЕННЯ СЛОВА "ПЕРЕЛОЙ"

А.Г.Сулим

Сумське базове медичне училище

Версія походження слова "перелой", яка пропонується, може привернути увагу всіх, хто цікавиться історією дерматовенерології чи етимологією медичних термінів.

Вільшість слів-синонімів терміна "гонорея", яким є слово "перелой", в наш час вийшли з користування. Не дивлячись на те, що слово "перелой" безперечно слов'янське, зрозуміти його значення і знайти однокорінні з ним слова в російській та українській мовах не просто. В російськомовній спеціальній літературі початку нашого сторіччя походження терміна "перелой" велося від слова "лить" з префіксом "пере-", тобто "переливать". Аналіз цієї спроби дає підставу для сумнівів щодо її правдоподібності та можливість висунути іншу версію про походження слова "перелой", яка ґрунтується на українській лексиці, зокрема від слова "лій" (діалектні варіанти "лой" і "луй"), що означає "жир з

нутрошів овець" або взагалі "внутрішній жир", та префіксу "пере-", який має також значення надлишку, надмірності. Здається цілком ймовірним, що наші далекі пращури сприймали гонорею як надлишки внутрішнього жиру, які витікають з уретри внаслідок його надмірного утворення. Асоціація стає більш переконливою, коли врахувати, що виділення при свіжій гострій гонореї в чоловіків своїм жовтуватим кольором та вершкоподібною консистенцією нагадують лій - внутрішній жир.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЙСТВИЯ АМНИОЦЕНА

Е.В. Смеянов, В.И. Кравченко, Л.М. Морозова.
Сумская областная инфекционная больница,
Сумская центральная районная больница.

Объектом исследования данной работы явился амниоцен, изготовляемый из амниотической оболочки плаценты человека. Амниоцен является биостимулятором, обладающим иммуномодулирующим действием, имеющий противовоспалительное, рассасывающее и репаративное действие.

До последнего времени амниоцен применялся, в основном, только в урологической и гинекологической практике.

В работе были проведены исследования токсичности амниоцена, а также противовоспалительное и рассасывающее действие на белых мышах, а также исследование эффективности применения амниоцена в сравнении с другими традиционными биостимуляторами в клинике глазных болезней.

Эксперименты показали, что препарат амниоцен относится к малотоксичным препаратам, поскольку при введении белым мышам подкожно в дозе 50 мл/кг не вызывает гибели животных. Амниоцен при введении под кожу белым мышам в дозе 0,2 мл/20 г массы 5 раз с интервалами 2-3 дня в течение 14 дней ста-

гистически достоверно угнетал процесс пролиферации на моделях гранулемы Селье, что подтверждает его противовоспалительный и рассасывающий эффекты.

Впервые амниоцен был применен для лечения глазных болезней. Инъекции амниоцена сочетались с комплексом традиционных методов терапии, предшествующее применение которых само по себе не вызывало стойкого улучшения состояния больных. Лечение проводилось путем введения препарата под кожу лопаточной области в количестве 2-5 мл курсами 4-5 инъекций с интервалами между ними 7-8 дней. Под наблюдением было 43 больных: 30 женщин, 13 мужчин. Возраст от 18 до 75 лет. С целью контроля проанализированы истории болезней 40 человек с такими же заболеваниями. Анализ показал, что в результате лечения амниоценом при миопии и склеротической центральной дистрофии сетчатки острота зрения повысилась на 0,1-0,2 на 32 глазах, на 0,3-0,4 на 7 глазах, осталась без изменений на 4 глазах. Суммарное поле зрения увеличилось во всех случаях на 25-70%, сократились сроки лечения больных. Отмечено, что на глазном дне у больных быстрее рассасываются преретинальные и ретинальные кровоизлияния, экссудаты. В контрольной группе больных острота зрения повысилась на 0,1-0,2 на 29 глазах, на 11 осталась без изменений. Поле зрения расширилось на 10-30% в 30 случаях.

Проведенные исследования показали, что амниоцен при лечении глазных болезней в комбинации с другими видами терапии способствует: рассасыванию инфильтратов; уменьшению рецидивов заболевания; купированию воспалительного процесса; рассасыванию кровоизлияний и помутнений стекловидного тела; улучшению и восстановлению функций сетчатки; восстановлению чувствительности роговицы; улучшению и восстановлению зрительных функций; ускорению эпителизации эрозированных тканей и др.

Морфологическая секция

МЕСТО ПАТАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ДИНАМИКЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СУМСКОЙ ОБЛАСТИ

Романюк А.Н., Доценко А.В., Пятигор В.А.

Заболеваемость и смертность населения нашей области в последние годы имеет четкую направленность в сторону ухудшения основных показателей здоровья. Данная ситуация известна всем. Практически никто не отрицает, что причиной такой ужасной картины является финансово-экономический кризис на Украине. Однако не многие знают, что существует и другая, также очень важная причина учащения смертности заболевших людей - это качество и эффективность медицинской помощи.

Анализ состояния патологоанатомического обеспечения лечебно-профилактических учреждений области в 1996 году указывает на очень плохие цифры. Так, штатно-нормативное обеспечение патанатомической службы на Сумщине сегодня самое низкое по всей Украине, а финансово-экономическая ситуация диктует необходимость сокращения этого показателя. Результатом такой политики являются факты полного отсутствия штатного расписания врачей-патологоанатомов в некоторых ЦРБ Сумской области. В результате снижается объем патологоанатомических вскрытий умерших в стационарах, не раскрываются врачебные ошибки клиницистов, ухудшается необходимый уровень прижизненной патоморфологической диагностики заболеваний.

В то же время анализ нозологической структуры вскрытий в стационарах среди взрослого населения свидетельствует о существенном ухудшении лечебно-диагностического процесса. Среди лечебных уч-

рождений области удельный вес умерших трудоспособного возраста в стационарах с случаями расхождений клинических и патанатомических диагнозов составил в 1996 году 43% и имеет тенденцию к увеличению.

Почти половина всех случаев причин расхождений диагнозов связаны с недообследованием больных, переоценкой данных обследования и неправильной формулировкой диагноза. Наиболее часто диагностические ошибки со стороны клиницистов наблюдаются при онкопатологии, где показатель расхождений диагнозов составил 30%, при заболеваниях органов пищеварения - 15%, мочеполовой системы - 22%.

Следовательно, на современном этапе всеобщего ухудшения всех качественных показателей работы лечебно-профилактических учреждений единственно верным решением будет сохранение и расширение патологоанатомической службы в Сумской области.

СТРУКТУРА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПО ДАННЫМ ОПАВ

Проценко Е.С., Пономарчук Р.
Кафедра патологической анатомии.

Перинатальной смертностью называется мертворожденность и смертность детей в первые 7 дней после рождения.

Проведен анализ данной патологии по материалам ОПАВ за 1994-1995 г.г. Всего за истекший период в Сумах и области умерло 468 детей. Из них 225 случаев приходится на смертность в возрасте от 0-6 суток, что составляет 48% от общего количества умерших. Остальная часть умерших относится к мертворожденным.

Среди причин смерти наибольшее количество приходится на асфиксию и гипоксию - 16% новорожденные и 73% мертворожденные, возникшие в родах вследствие различных нарушений маточно - плацент-

тарного кровообращения.

Следует также отметить, что нами обнаружена тенденция к росту родовой травмы, которая составила 9,4% в 1995 году и 15,8% в 1996 году от общего количества умерших в перинатальном периоде. В то же время инфекционные заболевания перинатального периода за последний год несколько снизились с 9,6% до 2,6% от общего количества перинатальной патологии.

По прежнему высокий процент в структуре перинатальной смертности занимают врожденные пороки развития - 37,0%, среди которых первое место занимают врожденные пороки сердечно-сосудистой системы - 26,0%.

Обращает внимание динамика увеличения количества умерших плодов по сравнению с мертворожденными до 1: 2,6. Этот факт дает основание сомнений в достоверности проведения в родильных домах антропометрических исследований.

Таким образом, из проведенного анализа следует, что внутриутробная асфиксия и врожденные пороки развития занимают наибольший процент в структуре перинатальной смертности.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ НЕКОТОРЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Проценко Е.С. Пономарчук Р.

В тот критический период, когда ребенок переживает внезапный переход от внутриутробного существования к постнатальной жизни, большое значение имеют железы внутренней секреции, в частности состояние тимуса.

Проведено морфологическое и гистохимическое

изучение тимуса плодов и новорожденных от матерей с различной патологией беременности.

В случаях, где женщины страдали гипертонической болезнью и нефропатией, в вилочковой железе обнаруживались дистрофические изменения стенок кровеносных сосудов, иногда плазморрагии, плазматическое пропитывание самих стенок и периваскулярной ткани. В кровеносных и лимфатических сосудах отмечалась пролиферация, набухание эндотелиальных и адвентициальных клеток, сопровождающиеся слушиванием клеток, что расценивается как повышение сосудистой проницаемости.

У доношенных плодов, родившихся от матерей с экстрагенитальной патологией, отмечалось уменьшение коркового слоя, разрушение лимфоцитов, увеличение количества телец Лассалля. В междольковых трабекулах и в стенках сосудов повышалось количество кислых мукополисахаридов, появились одиночные тучные клетки.

В группе, где причиной смерти явилась остро наступившая асфиксия, на фоне нормально протекавшей беременности вилочковая железа имела нормальное строение.

Таким образом, закономерная реакция, развивающаяся в вилочковой железе плодов и новорожденных при различной патологии беременности, свидетельствует об участии данного органа в защитно-приспособительных реакциях организма, еще в антенатальном периоде. По-видимому, развитие вышеуказанных изменений в тимусе является результатом длительной гипоксии, которую испытывает плод при различной патологии беременности.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ

асс. Рынжук Т. Л., вр. Скопук А. В.,
студ. Хлиманцов П. В.

Хондродисплазия - это наследственное врожденное заболевание, для которого характерно нарушение энхондрального окостенения, преимущественно в зонах роста длинных костей. Тип наследования различный: аутосомно-рецессивный или аутосомно-доминантный. Чаще очаги хондродисплазии наблюдаются в длинных трубчатых костях (большеберцовая и бедренная), а также в мелких костях кистей и стоп. Значительно реже отмечаются изменения в костях таза, тазобедренной и пяточной костях. Поражение костей черепа и ключиц не описано.

Редкое выявление этого заболевания и недостаточное знакомство с клинико-рентгенологическими проявлениями его приводят к диагностическим ошибкам. Безошибочное распознавание его возможно только при рентгенологическом исследовании. При этом рентгенологическая картина заболевания патогномична. Пораженные трубчатые кости укорочены, часто деформированы за счет булавовидных вадутий эпиметафизов, слегка искривлены. Структура кости перестроена. Здесь определяются участки просветления костной ткани, иногда сливающиеся между собой.

Нами наблюдался случай врожденной хондродисплазии у плода мужского пола, весом 950 г, длиной 25 см, в сроке гестации 28 недель.

По данным рентгенографии у плода отмечалось уменьшение размеров всех длинных трубчатых костей по сравнению с возрастной нормой, а также увеличение размеров межсуставных щелей. Отмечено расширение метафизов в области коленных суставов и средних фаланг кистей и стоп, а также умеренное уплощение и недоразвитие тел позвонков, что характерно

для метафизарной хондродисплазии типа Мак-Кьюсика. На аутопсии плода отмечено укорочение длинных трубчатых костей (плечевых, бедренных, большеберцовых, локтевых, лучевых, малоберцовых). Надкостница сохранена. Органы грудной и брюшной полости расположены нормально, развиты соответственно сроку гестации. Со стороны внутренних органов аномалии развития не отмечено.

На основании данных пренатального ультразвукового исследования, рентгенографии плода и результатов патологоанатомического вскрытия установлено наличие у плода врожденной метафизарной хондродисплазии, тип Мак-Кьюсика.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ И ПОЛУЧЕНИЕМ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Моисеенко О.С., студ. 211 гр. Гордиенко А.В., студ. 209 гр. Щербак И.А.

Кафедра патанатомии курс судебной медицины

Судебная медицина наука, изучающая как медицинские, так и правовые аспекты деятельности человека и поведение его в обществе. Поэтому одной из задач судебной медицины является изучение причин и условий совершения преступлений и правонарушений. В этой связи мы хотим проследить зависимость между состоянием алкогольного опьянения и насильственными преступлениями.

За последние несколько лет увеличилось количество случаев причинения телесных повреждений неизвестными в общественных местах. Согласно данным судебно-следственных органов в большинстве случаев преступления совершают лица в состоянии алкогольного опьянения. Задачей нашей работы являлось исследование не преступников, а потерпевших, т.е. лиц, которым были причинены телесные повреждения.

Нами было обследовано 62 потерпевших, которым были причинены телесные повреждения неизвестными лицами в разное время суток в общественных местах. Все обследуемые в результате причинения им повреждений находились на стационарном лечении в отделениях городских больниц и СОКБ. На момент поступления в стационар потерпевшим проводилось клиническое обследование состояния алкогольного опьянения и лабораторное исследование крови на содержание алкоголя.

В процессе исследования было выделено несколько групп по характеру и локализации повреждений: 1 ГРУППА - в результате причинения повреждений имела место черепно-мозговая травма в 30 случаях. При этом, у 21 обследуемого было установлено алкогольное опьянение разной степени и у 9 алкоголь не обнаружен. Травма лицевого черепа причинена 9 потерпевшим, которые и составили 2 ГРУППУ, и только 2 человека в момент травмы были трезвы. 3 ГРУППУ составили лица, которым были причинены повреждения в области грудной клетки. Из 10 потерпевших 8 человек находились в состоянии алкогольного опьянения. 7 потерпевшим причинены повреждения брюшной полости, что и составило 4 ГРУППУ. У 5 из них установлена разная степень алкогольного опьянения. В 6 случаях неизвестными причинены повреждения конечностей и позвоночника, которые мы объединили в 5 ГРУППУ. Все потерпевшие в момент получения травмы находились в состоянии алкогольного опьянения.

В результате травмы потерпевшим были причинены телесные повреждения разной степени тяжести. Из 62 обследуемых тяжкие телесные повреждения причинены 27 потерпевшим из которых 2 находились в состоянии алкогольного опьянения тяжелой степени, 13 - средней степени, 6 - легкой степени и у 6 влияния алкоголя на организм не выявлено. Средней тяжести телесные повреждения причинены в 13 случаях: 3 из потерпевших находились в средней степени

алкогольного опьянения, 8 в легкой степени и у 2 алкоголь не обнаружен. Легкие телесные повреждения причинены в 22 случаях и у 5 потерпевших установлена средняя степень алкогольного опьянения, у 8 легкая и у 8 алкоголь не обнаружена. Таким образом, в 62 случаях причинения телесных повреждений 2 потерпевших находились в тяжелой степени алкогольного опьянения (3,4%), 21 потерпевший находился в состоянии средней степени (34,5%), 22 находились в состоянии легкой степени (35,5%) и 16 потерпевших в момент причинения повреждений были трезвы (26,6%).

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что одной из причин нападения со стороны неизвестных лиц в общественных местах является нахождение потерпевшего в состоянии алкогольного опьянения и травматическому воздействию чаще всего подвергаются мягкие ткани головы, кости черепа и головной мозг.

МОРФОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ХИМИЧЕСКИМИ АГЕНТАМИ

Кусков Д.П. - врач Конотопской
отделенческой больницы.

Многочисленные химические вещества способны повреждать стенку желудка при непосредственном соприкосновении, так и в результате последующего всасывания и общего токсического действия на организм. В ответ на воздействие того или иного токсического соединения в желудке развиваются воспалительные и дегенеративные изменения.

При действии токсических химических соединений (в частности солей тяжелых металлов) на слизистую желудка макрокартина соответствует коагуляционному некрозу. Слизистая становится сухой, матового цвета, неравномерного кровенаполнения, складки

неподвижны. После отторжения струпа происходит образование обширных и глубоких язв, дно которых прокрашивается различными пигментами крови (метгемоглобином, геминном и др.).

В зоне непосредственного контакта с химическим веществом обнаруживаются серьезные структурные изменения со стороны железистых клеток, которые постепенно превращаются в клеточные элементы типа индифферентного эпителия. Главные, добавочные и пилорические клетки подвергаются дедифференцировке. Слизистая оболочка пронизана серозным или серозно-слизистым экссудатом. Собственный слой ее полнокровен и отечен, инфильтрирован полиморфноядерными лейкоцитами, со значительной примесью гистиоцитарных элементов, встречаются диапедезные кровоизлияния. Репаративные процессы в слизистой оболочке желудка выражены слабо.

Таким образом, поступающие в организм химические вещества, в том числе и соли тяжелых металлов, безусловно вызывают значительные морфологические изменения слизистой желудка, что приводит к серьезным нарушениям структуры и функции железистого аппарата.

ВЛИЯНИЕ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА СУБМИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ АДЕНОГИПОФИЗА

Полякова В.И., Гайдаш О.
Кафедра нормальной анатомии

Вслед за облучением в железе происходит общее возбуждение функциональной активности. Эта хорошо известная начальная фаза лучевой реакции в эксперименте выражалась в усилении функции выведения секрета из хромофильных клеток. Это внешне выражается дегрануляцией цитоплазмы ацидофилов, снижением интенсивности их окраски и гипертрофией базофилов.

Характерное для аденогипофиза контрольных животных соотношение клеток базофильного ряда по их размерам - преобладание нормальных размеров и сравнительно малое количество гипертрофированных, у облученных животных резко меняется. В аденогипофизах облученных крыс преобладают базофилы крупных размеров. Большинство таких гипертрофированных клеток длительное время не возвращается к исходным размерам. Их цитоплазма переполнена крупными гиперхромными гранулами секрета. Часть гипертрофированных базофилов вакуолизируется. После облучения количество вакуолизированных базофилов возрастает, сохраняясь на таком уровне до конца наблюдений. Цитоплазма этих клеток грубо гранулирована и ярко оксифильна. Ядра обычно несут признаки повреждения разной степени. Часто вакуоли заполняют всю клетку, оттесняя ядро и прилежащую к нему макулу к периферии. Ядра таких клеток имеют признаки повреждения разной степени - от слегка гиперхромных с крупно-зернистым, расположенным у оболочки ядра хроматином, до полностью пикнотизированных.

Клетки поздних фаз вакуолизации необратимо повреждены и не способны к повторным переходам от активного состояния в состояние покоя.

УЛЬТРАСТРУКТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ АДЕНОГИПОФИЗА ИНТАКТНЫХ КРЫС

Полякова В.И.

Кафедра нормальной анатомии

Объектом исследований служили белые крысы - самцы весом 120 - 150 г. Паренхима аденогипофиза интактных крыс дифференцирована на хромофильные и хромофобные клетки. Хромофилы представлены оксифильными и базофильными клетками. Клетки беспорядочно прилегают друг к другу и лишь изредка встречается участок паренхимы с ясно выраженной трабе-

кулярной природой. Межклеточное пространство гомогенно.

Хромофобы составляют $54,5 + 3,3\%$ среди клеток передней доли гипофиза.

Оксифильные клетки, составляющие $37,2 + 2,4\%$ от общего количества железистых элементов всех типов, - овальной или округлой формы. Цитоплазма их окрашена диффузно в ярко красный цвет. Митохондрии рассеяны по всей цитоплазме в виде мелких зерен в небольшом количестве. Ядра оксифильных клеток округлые, расположены эксцентрично. В оксифилах нередко наблюдались фигуры митотического деления клеток.

Базофильных клеток в передней доле гипофиза $8,3 + 1,5\%$ общего количества аденогипофизарных клеток. Для них характерно многообразие форм, размеров и различная локализация в передней доле гипофиза. Базофильные клетки по размерам несколько больше оксифильных.

Преобладание какого-либо типа клеток в паренхиме железы не наблюдается, хотя встречаются участки неравномерного распределения.

Кровеносные сосуды среднего размера с резко очерченными границами. Капилляры в основном прямые, со слабо выраженной извилистостью, расположенные между группами клеток.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЩЕГО ОБЛУЧЕНИЯ ОРГАНИЗМА

Устьянский О. А.

Кафедра нормальной анатомии

У белых крыс изучены морфологические изменения больших и малых слюнных желез при общем облучении организма животного. В работе применен метод серийных полутонких срезов из эпоксидных блоков.

Установлено, что большинство ацинусов слюнных желез увеличены, характеризуются нечеткими границами ацинарных клеток и плохо определяющимися просветами. Отмечается гиперплазия эпителия ацинусов, проявляющаяся увеличением количества ядер в клетке. Система выводных протоков обычно страдала в меньшей степени. В стенках исчерченных и внутридольковых протоков существенных структурных изменений не наблюдали. Однако в участках максимального набухания ацинусов отмечалось сжатие вставочных отделов и слюнных трубок. Кровеносные микрососуды в области концевых отделов не претерпевали существенных структурных изменений. Строма слюнных желез оставалась без изменений.

В более отдаленные сроки исследований в железах отмечали появление небольших размеров периканаликулярных инфильтратов. В клеточном составе инфильтратов преобладали малые и средние лимфоциты, макрофаги, плазматические и тучные клетки. Отмечалась гиперемия микрососудов, отек и инфильтрация периваскулярной соединительной ткани. Эпителиоциты выводных протоков были набухшими, их ядра - отечны, а базальные мембраны - разрыхлены.

ИЗМЕНЕНИЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ХРОМОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА

Л. И. Киптенко, В. В. Сикора
Кафедра нормальной анатомии

Настоящее исследование посвящено влиянию хронической хромовой интоксикации на морфофункциональное состояние надпочечников. Работа проведена на 20 белых крысах. Бихромат калия ежедневно вводился внутрь вместе с водой. Надпочечники фиксировали в соответствии с используемыми методиками: гематоксилин-эозин, ван Гизон, Гордон - Свит на ретикулиновые волокна, судан III, IV, черный "В" на липиды.

поляризаационная микроскопия на холестерин.

В надпочечниках животных, находившихся в условиях эксперимента в течении 4-х месяцев, при изучении обзорных препаратов прежде всего обращало на себя внимание утолщение капсулы надпочечных желез. Капсула становилась массивной с отходящими вглубь ткани железы отростками. Гломерулярная зона варьировала по ширине за счет аденоматозных разрастаний.

Корковое вещество резко сужено за счет пучковой зоны, также имеющей на своей территории поля склероза. На отдельных участках пучковая зона была представлена узкой полосой. Сетчатая зона наименее изменена склеротическими процессами. По территории коркового и мозгового веществ разбросаны аденомы из клеток коры. Некоторые из них состояли из клеток, характерных для всех зон коркового вещества.

Что касается всей остальной коры, то отмечалось опустошение ее от холестерина и нейтральных жиров. Липоидные предшественники кортикостероидов в виде мелких капель сохранялись лишь в аденоматозных участках.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ИНТАКТНЫХ КРЫС

Л. И. Киптенко

Кафедра нормальной анатомии

В проводимых исследованиях по изучению влияния солей тяжелых металлов и радиации на кору надпочечников были использованы интактные животные. Надпочечники белых крыс-самцов фиксировали в соответствии с используемой методикой гематоксилин-эозин.

У интактных животных корковое вещество надпочечников представлено железистой паренхимой - эпителиальными клетками, адренкортикоцитами и эле-

ментами стромы, состоящей из капсулы, с отходящими от нее тонкими прослойками соединительной ткани и заключенными в них сосудами и нервами.

Периферическая часть коркового вещества надпочечника - клубочковая зона. Это самая узкая зона железы. Клетки этой зоны сгруппированы в небольшие неправильной формы гроздья, разделенные капиллярами и широко варьируют по структуре на протяжении слоя.

Самая широкая зона коры надпочечников - пучковая. Клетки ее образующие состоят из крупных адренокортикоцитов полигональной формы. Среди них выделяют две разновидности: 1) имеющие гомогенную оксифильную цитоплазму - "темные клетки", т.к. их ядра меньше и темнее, чем ядро клеток соседней зоны и 2) клетки по форме близки к многогранникам с более светлыми и крупными ядрами, отличающиеся губчатой, пенистой, сильно вакуолизированной цитоплазмой, так как прижизненно содержат много жировых капель - "светлые клетки" или "спонгициты".

Сетчатая зона находится непосредственно близ мозгового вещества. Клетки содержат мельчайшие капельки липидов и много пигмента. Клетки нередко анастомозируют.

ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ОБЩЕМ ОБЛУЧЕНИИ

Л.И. Киптенко, Я.В. Хижня
Кафедра нормальной анатомии

Лучевые поражения организма сопровождаются рядом значительных тканевых реакций, при которых эндокринные нарушения приобретают особое значение.

В экспериментах использовали самцов белых крыс массой 180-190 г. Из надпочечных желез приготавливали парафиновые срезы и окрашивали гематокси-

лин-зоином.

В условиях общего облучения дозой 250p отмечается появление в надпочечниках сильно вакуолизованных клеток с пикнотичными ядрами. Облучение большими дозами приводило к отеку органа, полнокровию сосудов, стазам, кровоизлияниям, дистрофическим, некробиотическим изменениям клеток в пучковой и сетчатой зонах. Для общего облучения характерно увеличение веса железы и расширение коркового слоя, а также зависимость веса надпочечников от дозы облучения.

В условиях длительного облучения (суммарная доза до 100 p) одним из характерных признаков коры надпочечников явилось ее значительное расширение. Гипертрофия коры происходила за счет увеличения размеров пучковой зоны. Признаки активности железы сопровождались увеличением размеров самих адренокортикоцитов и их ядер. Наблюдались признаки повреждения клеточно-тканевых структур. Эти признаки носили однотипный характер. Наиболее характерными были: дезорганизация коры надпочечников и локальные очаги лейкоцитарных инфильтратов. Появляются клетки с пикнотическими ядрами, а также увеличение числа диплоидных и полиплоидных клеток. Эти факты подчеркивают неполноценность и напряженность компенсаторно-восстановительных процессов, происходящих в адреналовой железе.

РЕПАРАТИВНА РЕГЕНЕРАЦІЯ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК ПРИ ДІЇ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ

В. Я. Пак

Кафедра нормальної анатомії

Проводячи досліді на білих щурах, моделювали зерелом великогомілкової кістки, після чого в ра-

ціон 30-ти дослідних щурів вводили комплекс солей важких металів, в кількості що відповідає рівню в ґрунті деяких районів Сумської області. 30 тварин склали контрольну групу. Кожних 10 днів третину дослідних тварин і контрольної групи виводили з експерименту, а моголь піддавали гістологічному дослідженню фарбуючи гематоксилін-еозином та за ван Гізоном.

Рання стадія регенерації характеризується затримкою розсмоктування гематоми, наявністю ниток фібрину, зменшенням товщини окістя, яке має в основному фібробластоподібний вигляд, цитоплазма багата зернистістю. Остеогенні клітини недостатньо диференціюються, в міжклітинній речовині виявляються волокнисті структури при фарбуванні за ван Гізоном. В місцях крововиливів відмічається затримка проростання сполучнотканинними клітинами і судинами. Серед тканини, що заново утворилася, зустрічаються великі скупчення фіброblastів, фіброцитів і гістіоцитів, Гаверсові канали частково резорбуються. В пізніх стадіях формування кісткової моголі її складає губчаста кісткова тканина із різної товщини кісткових балочок і трабекул. Фіброзна тканина, заміщується жировими клітинами та гемопоетичною тканиною. Розміри кісткових островків в різних ділянках моголі не однакові. В центральній її частині вони збільшені, а ближче до периферії зменшуються. Кісткові балочки у дослідних препаратах зтончені, зповільнюється відкладення солей.

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЭРИТРОЦИТАРНОЕ ДЕПО ГОРМОНОВ (ИНСУЛИНА И КАТЕХОЛАМИНОВ)

Мардарь А.И., Кононенко О.С.
Кафедра нормальной анатомии

Целью нашей работы явилось изучение влияния анионных поверхностноактивных веществ (ПАВ) - сульфоната и алкилсульфата, а также солей цинка, меди, свинца, никеля, кобальта, марганца и ванадия в такой концентрации, которая наблюдалась в водоемах пострадавших районов после Чернобыльской аварии.

Опыты проведены на 40 белых крысах самцах, массой 150 г. Десять животных получали чистую воду и составили контрольную группу. Подопытные животные были разделены на три группы: две - получали с водой соответственно алкилсульфат и сульфонат в дозе 1 мг/кг в течение 45 дней, а третья - на протяжении 4 недель получала раствор смеси солей металлов. В конце опытов животных забивали путем декапитации. Цитохимическими методами изучали депо инсулина и катехоламинов в эритроцитах.

Установлено, что ПАВ по разному влияют на уровень инсулина и катехоламинов в эритроцитах. Так, количество инсулинсодержащих эритроцитов повышалось под влиянием сульфоната и не изменялось под воздействием алкилсульфата. Изменения в сторону повышения содержания катехоламинов в эритроцитах наблюдалось под влиянием алкилсульфата. Сульфонат вызывал только тенденцию к повышению катехоламинов в эритроцитах. У животных, получавших соли тяжелых металлов, наблюдали достоверное снижение гормонов в эритроцитах по сравнению с контрольными животными.

РЕАКЦИЯ ЭПИТЕЛИЯ ТОНКОЙ КИШКИ НА КОМБИНИРОВАННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ И МАЛЫХ ДОЗ ИОНИЗИРУЮЩЕЙ РАДИАЦИИ

Белых Т.П., Орловский Ф.В.
Кафедра нормальной анатомии

Исследование было проведено на 80 беспородных белых крысах самцах, которые составили 4 группы: интактные; получавшие соли тяжелых металлов; подвергавшиеся воздействию 1,1 Гр радиоактивного облучения и подвергавшиеся комбинированному воздействию 1,1 Гр радиоактивного облучения и солей тяжелых металлов.

Гистологические и морфологические исследования выявили влияние радиации и солей тяжелых металлов на слизистую тонкой кишки. Количество клеток на ворсинке у интактных крыс составило $51,7 \pm 0,4$; на продольных и поперечных срезах крипты - $31,4 \pm 0,3$ и $22,0 \pm 0,2$; общий пул крипты - $694,8 \pm 9,1$. При действии солей тяжелых металлов эти показатели соответственно равнялись: $48,3 \pm 0,5$; $28,9 \pm 0,3$; $22,0 \pm 0,4$; $635,8 \pm 13,4$. При ионизирующем облучении - $38,5 \pm 0,6$; $20,2 \pm 0,2$; $16,9 \pm 0,4$; $541,3 \pm 10$.

Комбинированные воздействия ионизирующей радиации и солей тяжелых металлов вызывает значительные структурные изменения слизистой тонкой кишки: ворсинки разной величины и формы, большинство их деформировано, на концах отмечаются булабовидные утолщения, выражена складчатость ворсинок. Строма ворсинок отечна, встречаются подэпителиальные отёки. Поверхностный эпителий изменён, межклеточные границы сглажены. Эпителиоциты иногда уплощены, кубовидной формы. Значительно увеличено количество бокаловидных клеток и клеток Панета.

ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОСТРУКТУРЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ИОНИЗИРУЮЩЕМ ОБЛУЧЕНИИ

Болотная И.В. Зякун О. (гимназия N 1)
Кафедра нормальной анатомии

На ранних стадиях поражения после облучения в печени обнаружена активация синтеза информационной РНК. Это связано с активированием системы ферментов, а также проницаемостью клеточных мембран.

Обнаруженные на 15-й день сдвиги, несмотря на нормализацию количества общего белка, свидетельствуют о наличии патологического процесса в печени, что отражается на ее функциональном состоянии. После общего облучения наблюдается гиперплазия купферовских клеток, обнаруживаются некротические очаги, резко выражена жировая дегенерация. Купферовские клетки увеличены в размерах и часто имеют большие ядра.

Особенности кровоснабжения печени приводят к тому, что химические продукты, поступающие в этот орган, имеют возможность более длительно соприкасаться с тканевыми элементами. Поэтому кроме клеток страдают и кровеносные сосуды. Радиальное расположение синусоидов прослеживается только вблизи центральных вен, а на периферии долек все сосуды и синусоиды дезориентированы. Желчные протоки растянуты, просвет свободен. Толщина стенки артерий, диаметр междольковых вен, центральных вен уменьшается, диаметр синусоидов и поддольковых вен увеличивается.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОЙ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ ОРГАНИЗМА

Болотная И.В., Сикора В.Б.
Кафедра нормальной анатомии

В ходе общей дегидратации организма существенно нарушается морфофункциональное состояние печени.

Через сутки после прекращения приема воды в центролобулярных гепатоцитах отмечается разрежение матрикса цитоплазмы, сглаживание крист митохондрий, конденсация ядерного хроматина.

Через 2-3 суток после обезвоживания повреждаются гепатоциты большинства печеночных долек (особенно в центролобулярных и интермедиарных клетках) - конденсирован маргинальный ядерный хроматин, разрежена кариоплазма, разрушены отдельные митохондрии, сильно сглажены кристы.

В последующие 4-7 суток дегидратации клеточный отек сменяется атрофией паренхимы печени, гепатоциты уменьшаются в размерах, расширяются интерцеллюлярные пространства, в центролобулярных зонах появляются мелкие очаги некроза, группы гепатоцитов с последующим рассасыванием тканевого детрита.

В течение 8-12 суток общей дегидратации погибают все экспериментальные животные (крысы), а в печени отмечаются глубокие необратимые изменения со стороны гепатоцитов. Отмечается состояние некробиоза, количественные сдвиги со стороны системы митохондрий и пластинчатого комплекса Гольджи (полностью сглажена внутренняя мембрана).

Таким образом, общая дегидратация организма приводит к деструктивным необратимым изменениям в печени.

МИКРОСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПОД
ВЛИЯНИЕМ НИЗКИХ ДОЗ ИОНИЗИРУЮЩЕЙ РАДИАЦИИ И
ПОВЫШЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ

Л. Г. Сулим, Н. А. Цилжорик

(студ. 604 гр.)

Эксперименты проводились на белых крысах мужских особей, которые получали повышенное количество солей тяжелых металлов и были облучены малыми дозами рентгеновского облучения.

Отмечаются непосредственные изменения паренхимы почек - изменения в канальцах, в сосудистой системе почек и последующая циркуляторная недостаточность. Морфологически это проявляется очаговыми умеренными дистрофическими изменениями канальцевого эпителия. Поражается избирательно концевая часть проксимального канальца нефрона, восходящее колено петли Генле. Изменения в клетках канальцев происходит через стадию отека, исчезновения митохондрий, дегенерации и некроза с гомогенизацией протоплазмы и исчезновением ядра. Почечные канальцы заполняются олушенными клетками, гиалиновыми цилиндрами, позднее появляются отложения кальция и обызвествления канальцев. В нефронах крыс возникают изменения почечных телец в виде уплотнения капсулы клубочков, раздифференцировки эпителия парietального листка капсулы. Капилляры клубочков расширяются, отмечается отек эндотелия капилляров, набухание базальной мембраны.

Следует отметить, что у подопытных крыс микроструктурные изменения почек развивались по типу клубочково-канальцевой недостаточности с последующим переходом в нефросклероз.

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОБЛУЧЕННОМ РЕГЕНЕРИРУЮЩЕМ НЕРВЕ

Васько Л.В., Васько Н.А.
Кафедра нормальной анатомии

Эксперимент поставлен на 10 белых беспородных крысах. Производилось местное гамма-облучение задних конечностей в дозе 20 грэй. Через 1 сутки после воздействия радиации осуществлялась тестовая невротомия седалищного нерва. Морфологические исследования проводились через 14 суток после операций на нерве.

В центральном отрезке нерва животных, облученных за 1 сутки до тестовой невротомии, гораздо меньше плотность расположения групп новообразованных нервных волокон по сравнению с необлученными животными. Некоторые группы аксонов окружены отслоившейся извитой базальной мембраной. Часто наблюдаются аксоны, полностью лишенные окружения шванновскими клетками. Внутренняя структура регенерирующих аксонов различна: встречаются очень темные аксоны с большим количеством нейрофиламентов, светлые с явно уменьшенным количеством нейрофиламентов и нормальные, характерные для необлученных животных.

Среди наблюдавшихся митохондрий в новообразованных аксонах преобладающее количество либо в состоянии деструкции, либо в состоянии гипертрофии. Такие митохондрии имеют просветленный матрикс кристы в состоянии деструкции. В отличие от необлученных животных часто встречаются аксоны, переполненные митохондриями. Эти участки, по-видимому являются задержанными колбами роста. В новообразованных аксонах часто встречаются участки, содержащие миелиноподобные тельца, либо неструктурированное осмиофильное вещество.

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ НА СТРУКТУРУ И МЕТАБОЛИЗМ ПЕЧЕНИ

Болотная И.В., Скоренок М.А. (ЛД-604)
Кафедра нормальной анатомии

При воздействии на организм малых концентраций SO_2 наблюдается поражение печени и ингибирование активности некоторых ферментов. При длительном воздействии малых доз SO_2 наблюдается ингибирование сульфитоксидазной активности печени.

При тяжелой степени переохлаждения наряду с гемолизом эритроцитов развиваются нарушения микроциркуляции в печени, приводящие к тканевой гипоксии и дистрофическим изменениям в гепатоцитах. В таких случаях в печени определяются расширения центральных вен, стаз крови с гемолизом эритроцитов, обнаруживается множество мелких кровоизлияний в центральных отделах печеночных долек.

При избытке в воде солей Mn и Fe активность щелочной фосфатазы в печени снижается. Очаговые изменения структуры гепатоцитах представлены в виде уменьшения объема зернистой эндоплазматической сети, снижение числа рибосом на ее мембранах. Изменяется структура митохондрий, что проявляется в нарушениях их формы, локальном или общем просветлении матрикса, уменьшении количества митохондриальных гранул, декомпенсации крист, увеличении межмембральных промежутков.

При воздействии инфразвука частотой в 5Гу при уровне звукового давления 110-120 дБ происходит умеренно выраженное мозаичное повреждение гепатоцитов, что сопровождается повреждением клеток с последующей диссоциацией.

РЕАКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОНОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА БЕЛЫХ КРЫС В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ

Сенько В.М., Мардарь А.И.
Кафедра нормальной анатомии

В научной литературе недостаточно сведений о влиянии солей тяжелых металлов на морфологию нейронов головного мозга. Учитывая важное значение данного экологического фактора в развитии нейроэндокринной патологии, задачей нашего исследования явилось изучение влияния таких солей тяжелых металлов как соли цинка, меди, свинца, никеля, кобальта, марганца и ванадия в концентрации, соответствующей водоемам районов, пострадавших в связи с Чернобыльской аварией.

Опыты проведены на 30 белых крысах самцах, массой 200 г., которые составили 3 группы: интактные (контроль); получавшие соли в течение 2 недель; получавшие соли в течение 4 недель. После окончания опытов животных забивали путем декапитации.

У подопытных животных отмечали угнетение двигательных реакций и снижение исследовательской поведенческой активности.

Морфометрическим методом у животных, получавших соли на протяжении месяца, по сравнению с контрольными отмечено уменьшение средних размеров нейронов и плотности их расположения на площади среза 10 мм^2 в области двигательной зоны коры больших полушарий и мозжечка. Отмечены поражения мелких кровеносных сосудов, возникновение очагов некроза жировой дистрофии, пролиферации соединительной ткани. Эти изменения свидетельствуют о значительных нарушениях функции центральной нервной системы по типу формирования ее недостаточности.

ИЗМЕНЕНИЯ ОСТЕОГЕНЕЗА ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ПОСТУПЛЕНИИ В ОРГАНИЗМ СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ

Сикора В.З., Погорелов М.Н.
Кафедра нормальной анатомии

Изучались длинные трубчатые кости 80 белых крыс-самцов при заправке солями цинка, хрома, меди, никеля, кобальта и железа в течении одного, двух и трех месяцев.

Установлено, что характер и степень морфофункциональных преобразований костей скелета прямопропорциональны длительности воздействия экстремального фактора. Изменения остеогенеза под действием вводимых солей носят неспецифический характер и проявляются в замедлении эпифизарного и субперистального роста, усилении резорбции костных структур, развитии остеопороза, уменьшении минеральной насыщенности костной ткани, в неблагоприятном преобразовании органического матрикса, потери прочностных свойств.

Компенсаторные преобразования скелета в процессе реадaptации начинаются с усиления внутриклеточной регенерации хрящевых и костных клеток, интенсификации обмена микроэлементов и активизации ферментных систем, участвующих в остеосинтезе. В последующем восстанавливается микроструктура, минерализация, линейные размеры костей и их прочностные качества.

Моделирование экологического фактора некоторых промышленных районов Сумщины на лабораторных животных позволило выявить общебиологические закономерности перестройки тканей организма, знание которых может рассматриваться как морфологическое обоснование проведения лечебно-профилактических мероприятий при профессиональной патологии.

МОРФОСТРУКТУРА ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК ПРИ ОБЩЕМ ОБЛУЧЕНИИ

Л.Г. Сулим, В.В. Сикора
Кафедра нормальной анатомии

Для выявления изменений паренхимы почек при общем облучении проводились эксперименты на белых крысах, которых облучали малыми дозами рентгеновского облучения.

Морфологические изменения паренхимы почек характеризуются развитием дистрофического процесса в эпителии почечных канальцев. При общем облучении ранними и специфическими являются сосудистые расстройства. Капилляры клубочков расширяются, можно встретить выпотевание плазмы в просвет боуменовских капсул. В мозговом и корковом веществе почек появляются кровоизлияния. Канальцы страдают в большей степени, чем клубочки, причем поражается главным образом проксимальный отдел нефрона. Изменения в канальцах могут быть, начиная от поражения перитубулярных мембран, от так называемого мутного набухания клеток и до более дистрофических процессов, как вакуолизация, слущивание.

От отдаленных последствий облучения следует отметить склеротические изменения в почках.

Патология почек, развивающаяся под влиянием внешнего воздействия радиации связана как с первичным прямым повреждающим действием радиации на сосудистую систему и паренхиму почек, так и с опосредованными влияниями, обусловленными дисфункцией эндокринных желез.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ЛЕЙОМИОМЕ У РАБОТНИЦ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Карпенко Л.И., Выходцева Е.В.,
учащиеся 2 гимназии 11 класса.

В эндометрии у больных с лейомиомами матки часто обнаруживаются разнообразные изменения, среди которых преобладают гиперпластические процессы: железистая гиперплазия эндометрия, железисто-кислотная гиперплазия эндометрия, аденоматоз, фиброматоз.

Частота железистой и железисто-кислотной гиперплазии эндометрия у больных с лейомиомой матки по данным разных авторов встречается от 40% до 78%. К числу более редкой патологии эндометрия при фибромиомах относят: полипозные разрастания, атрофию, атипическую гиперплазию, аденокарциному. Нами было изучено изменения эндометрия при лейомиоме матки за 5 лет (1991-1995г.г.). При этом учитывался возраст и частота возникновения этой патологии.

Всего обработано 3680 случаев исследований лейомиомы матки, при этом обнаружено рост лейомиомы матки за 5 последних лет.

Полученные данные совпадают с литературными, которые указывают, что чаще всего эта патология встречается в возрасте от 40 до 50 лет. Нами было изучено частота возникновения лейомиомы матки у работниц ПО "Химпром". Проведена статистическая обработка архивных материалов МСЧ ПО "Химпром" за 1991-1995г.г. Результаты исследований указывают, что уменьшилось количество работающих женщин, однако гинекологическая заболеваемость остается приблизительно на одном уровне с тенденцией к небольшому росту в 1995 году и составляет 2,3% от общей заболеваемости.

При исследовании операционного материала, чаще всего обнаруживалась железистая гиперплазия эн-

ометрия, причем у работниц ПО "Химпром". Она преобладала и составила 67,8%, железисто-кислотная гиперплазия - 28,5%, атрофичный эндометрий - 3,5%.

Таким образом, морфологические изменения эндометрия при лейофибромиомах матки у работниц промышленного предприятия имеют незначительные отличия и требуют более углубленного изучения.

Секция неврологии и психиатрии

ВЛИЯНИЕ РАБОТЫ СУМСКОГО "ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ" НА ДИНАМИКУ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Махлин И.Г., курс психиатрии
СумГУ

В 1995 году на Украине в результате самоубийств погибло 14587 человек (28,3 на 100 тыс. населения), при этом Сумская область заняла первое место (43,0 на 100 тыс. населения) /А. Чуприков, 1996/.

В декабре 1992 года, когда начался неуклонный рост самоубийств на Украине, в г. Сумы был открыт "Телефон доверия", призванный оказывать круглосуточную неотложную квалифицированную психологическую помощь. О результатах работы этой службы можно судить по поступлениям суицидентов в отделение интенсивной терапии и реанимации 5-й городской больницы (парасуициды) и по данным бюро судебно-медицинской экспертизы о завершенных суицидах.

После первых двух лет работы Сумского "Телефона доверия" поступление парасуицидентов в отделение интенсивной терапии и реанимации городской больницы сократилось на 15%; в следующие два года этот показатель стабилизировался. Уменьшение произошло за счет женщин. Имеет место также тенденция к снижению парасуицидальной активности женщин, совершивших суицидальные попытки в состоянии алкоголь-

ного опьянения. В то же время необходимо отметить, что именно женщины очень часто обращаются на "Телефон доверия" (до 70% всех обращений).

По данным областного статистического управления, с 1993 г. наметилось снижение суицидальной активности (завершенные суициды) женщин, проживавших в г. Сумы, при росте этого показателя по области.

Данные бюро судебно-медицинской экспертизы свидетельствуют о заметном отставании роста суицидальной активности в г. Сумы от такового по Сумской области в целом и по Украине.

Приведенные данные говорят о необходимости дальнейшего развития аналогичных служб по всей области.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНГАЛЯЦИОННОГО ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ

Маклин И.Г., курс психиатрии

В настоящее время негаслуженно редко стал применяться ингаляционный путь введения лекарственных веществ в организм человека. Говоря об этом пути, можно выделить три аспекта.

Во-первых, разработка и внедрение ингаляционных форм фармакологических препаратов обеспечит быстрое поступление активных веществ к пораженному органу, минуя желудочно-кишечный тракт; при этом до минимума снижается опасность заражения вирусным гепатитом, СПИДом и др., отсутствует болевая реакция (применение в педиатрии) и т.д.

Во-вторых, возможно применение природных запаховых веществ для воздействия на психику человека. Из древности известно, что в религии, науке любви благовониям отводилась одна из основных ролей. В

настоящее время японские ученые создают целые "запаховые программы" (компании "Сисэйдо", "Каджима", "Канебр" и др.). Доказано, что запах апельсина усиливает образование условных рефлексов и оказывает седативное действие; запах березы и боярышника стимулирует работу сердечно-сосудистой системы; запах жасмина, лаванды, ладана, мяты оказывает антистрессорное действие, уменьшает утомляемость, снижают количество ошибок программистов на 20 - 30%.

В третьих, возможно использовать запахи для диагностических целей: запаховый анализ выделений человека; исследования эмоциональных реакций и представлений человека при предъявлении ему определенных запахов (так называемый "запаховый апперцепционный тест").

Существуют и другие, заслуживающие внимания, аспекты ингаляционного способа введения лекарственных веществ и обонятельного канала коммуникации.

КРИТЕРИИ "ЛИЧНОСТНОЙ НОРМЫ"

Кустов А.В.

СумГУ

Понятие нормы в медицине имеет свою историю и концептуальную основу, включающую в основном нозоцентрическую, нормоцентрическую и вероятностную модели. В психиатрии, главным образом из-за отсутствия медицинской модели концепции личности, понятие "личностной нормы" остается мало дифференцированным.

Понимая под личностью совокупность свойств многоуровневой системы (темперамента, характера, смысловой сферы и Я), обеспечивающих реализацию базовых потребностей в самоосуществлении, сохранении тождества и безопасности и определяющих ее ценностные ориентации, а также способность к адап-

тации, предлагаем рассматривать понятие "личностная норма" через приаму структурного, адаптивного критериев и критерия развития.

Критерий развития позволяет оценить личность по динамике становления (или инволюции) отдельных функций, по уровню синхронности или дизонтогенезу их развития.

Структурный критерий позволяет определить степень интегрированности различных уровней личности, сбалансированность свойств темперамента, отсутствие (или наличие) внутриличностных конфликтов в системе ценностей, адекватность самовосприятия и уровня ее притязаний.

Адаптивный критерий включает в себя оценку адаптивного потенциала личности и ее способности к внутриличностной интерперсональной адаптации.

Уточнение содержания перечисленных выше критериев позволяет определить границы нормальных проявлений личности и облегчить решение многих терапевтических и экспертных задач.

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПСИХОПАТИЧЕСКИХ ЛИЧНОСТЕЙ

Кустов А.В.
СумГУ

Проведенное нами психофизиологическое исследование 107 человек, страдающих психопатией, позволило предложить принципы патогенетического воздействия на личность больного. Первое звено, ситуационный тренинг, включает задачу деактуализации болезненного отношения больных к специфическим дезадаптирующим ситуациям. Врач должен научить больного адекватно понимать механизмы патогенного действия ситуаций, с помощью приемов групповой психотерапии выработать новые стереотипы их преодоления или избегания. Второе звено, интрапсихическая реконструкция, включает круг социальных,

психологических и биологических мероприятий, направленных на гармонизацию внутреннего мира больных: систему воздействия на деформированную самооценку с учетом ее специфических нарушений, коррекцию проективно-рефлексивного соотношения, внедрение приемов, повышающих роль интеллекта и восприятия в адаптивном реагировании, в умении прогнозировать ход событий и результаты собственной деятельности. Необходимо обучить больных приемам самоанализа, умению дифференцировать состояния других людей, что будет способствовать повышению их эмпатического потенциала. Реконструктивная часть терапии включает обучение приемам адекватного общения, тренировку способности к быстрой смене стереотипов и приобретения навыков рационального самоконтроля. Это звено терапии включает также коррекцию патогенного круга отношений больных, имеющего специфическую иерархию. Важно указать на недифференцированность жизненных целей, ограничивающих диапазон взаимодействия больных со средой и возможность их самосовершенствования. Третье звено, адаптационный тренинг, направлено на расширение диапазона адаптивных возможностей и выход за пределы узких, односторонних и слабых механизмов, затрудняющих адаптацию психопатических личностей.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СНОВИДЕНИЙ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Кузцов А.В., Шамрай В.В., Мусияка Е.П.
СумГУ

Несмотря на то, что изучение сновидений, "королевской дороги в бессознательное", позволяет лучше понять внутренний мир больных, работ, посвященных этому вопросу очень мало из-за слабой осведомленности психиатров в теории психоанализа.

Интерпритация сновидений - сложный процесс, основанный нередко на субъективных и умозрительных аналитических построениях исследователя, поэтому нами была поставлена скромная задача изучения феноменологии сновидений у душевно больных. Были обследованы больные, страдающие шизофренией и хроническим алкоголизмом, у которых сопоставлялась клиническая картина, их переживания и феноменологические особенности сновидений. Оценивались также способность больных к ассоциациям с элементами сновидений и их эмоциональное сопровождение. Обследовано 22 человека, из них 13 человек, страдающих параноидной шизофренией и 9 человек, страдающих хроническим алкоголизмом. Всего изучено 32 сновидения.

Результаты показывают, что в сновидениях больных шизофренией отражаются особенности их мышления - склонность к паралогическим, символическим и бредовым построениям, аутистические установки. В символике образов отмечается тенденция к инверсии болезненных переживаний еще накануне рецидивов, встречается символика чисел, выявлена слабая способность больных к ассоциированию с символами сновидений. У больных алкоголизмом в сновидениях отражаются реальные конфликтные ситуации, звучит алкогольная тематика.

Таким образом, изучение сновидений является одним из путей уточнения клиники психических расстройств и глубинных переживаний больных.

ПРИМЕНЕНИЕ РИСУНОЧНЫХ ТЕСТОВ В КЛИНИКЕ ДУШЕВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кустов А.В., Курилова М.А.
СумГУ

Рисуночные проективные методики в последнее время стали очень популярными при исследовании

межличностных отношений и личностных особенностей пациентов. Среди психологов-практиков в 60-70 годах по частоте применения рисуночные тесты уступали лишь тесту пятен Форшаха. Анализ рисунков, как показывает практика, не только расширяет диагностические возможности клинициста, но и способствует более глубокому пониманию душевного состояния человека.

В нашем исследовании использовались 2 рисуночных теста: "Рисунок семьи" и "Дом. Дерево. Человек". Обследовались 2 группы больных: шизофренией (12 человек) и хроническим алкоголизмом (8 человек), всего - 20 человек. Клиническая картина, диагноз, переживания больных сопоставлялись с их системой отношений, выявленных с помощью тестов. Для интерпретации элементов рисунков использовались схемы, предложенные К. Кохом, А.А. Бодаевым, В.В. Столиным.

Исследование показало, что частое изображение в рисунках человека и членов семьи в профиль указывает на ощущение тревоги в социальных отношениях больных. Агрессивность выражается преимущественно в скрытой форме. Ряд рисунков имеют схематическое, инфантильное изображение человека, что в совокупности с другими элементами указывает на нежелание больных раскрывать себя и т.д. У больных хроническим алкоголизмом достаточно четко определялась их ролевая позиция в семье.

Таким образом, использование рисуночных проективных тестов в психиатрической практике позволяет достаточно быстро выявлять актуальные и часто неосознаваемые отношения и установки больных, требующих психологической или терапевтической коррекции.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАННИМИ ФОРМАМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Ф.Г. Коленко

Курс нервных болезней

К ранним формам сосудистых заболеваний относятся начальные проявления неполноценности кровоснабжения головного мозга: первая стадия дисциркуляторной энцефалопатии, перенесенные сосудистые церебральные кризы, переходящие нарушения мозгового кровообращения.

Тактика восстановительного и профилактического лечения больных включает методы немедикаментозного и медикаментозного воздействия. Немедикаментозные: диетотерапия (легкоусвояемая пища), щадящие двигательные режимы, общеукрепляющие физиотерапевтические процедуры. Медикаментозное лечение проводится с учетом основного этиологического фактора, ведущих клинических синдромов. Помимо исключения факторов риска, терапевтический эффект достигается назначением препаратов для нормализации гемодинамики и устранения гипоксии мозга. Лечение вегето-сосудистых нарушений включает вегетотропные, вазоактивные препараты, церебротрофики, антигипоксанты. При лечении больных с артериальной гипертензией предлагается ступенчатая схема: начиная с одного гипотензивного препарата, подобранного в индивидуальной дозе в зависимости от выраженности симпатической активности до достижения стабильного гипотензивного эффекта с последующим переходом на поддерживающие дозы медикамента.

Лечение церебрального атеросклероза предусматривает назначение комплекса, включающего церебротрофики, вазоактивные, липотропные препараты, антиагреганты, а также симптоматические средства в зависимости от особенностей проявления невроподобного состояния.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ НЕЙРОХИРУРГИИ
НА МЕДИЦИНСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ
Ф.Г. Коленко, А.А. Поталов
Курс нервных болезней и нейрохирургии

Состояние нейрохирургической помощи и достижения нейрохирургии требуют совершенствования преподавания курса нейрохирургии в соответствии с задачами подготовки врача общей практики. Знание основ клинического течения нейрохирургических заболеваний, современных методов диагностики и лечения, умение оказать неотложную помощь больным с заболеваниями центральной и периферической нервной системы крайне необходимо врачу любого профиля.

Преподавание нейрохирургии осуществляется после изучения студентами курса неврологии, что облегчает усвоение студентами изучаемого материала, построено по нозологическому принципу. Такая структура обеспечивает более тесную связь и преемственность в преподавании как отдельных разделов, так и нейрохирургии в целом с нервными болезнями, травматологией, военно-полевой хирургией и другими дисциплинами.

Практические занятия проводятся на базе областного нейрохирургического стационара. Студенты знакомятся с основными методами обследования больных, изучают клинику, особенности диагностики и лечения больных с опухолями головного мозга, черепно-мозговой травмой, сосудистой патологией центральной нервной системы.

Основными методами обучения студентов являются: обследование больных под руководством преподавателя, участие в обходах, клинических разборах больных, присутствие на нейрохирургических операциях, перевязках. В конце цикла проводится дифференцированный зачет с контролем обязательных практических навыков.

ДЕЯКІ МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ТРОМБОЦИТІВ ПРИ ВАЖКІЙ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ

Потапов О.О.
Курс нейрохірургії

Нами виконано дослідження на клінічному матеріалі, основу якого склали 15 хворих з гострою важкою черепно-мозковою травмою. У 5 хворих протікання забою головного мозку важкого ступеня ускладнилось формуванням внутрішньочерепних гематом. Метою нашого дослідження було визначення змін тромбоцитарно-судинного гемостазу, для чого вивчалися кількісні та якісні характеристики тромбоцитів, такі як загальна кількість, тромбокрит, середній об'єм тромбоцитів, ширина розподілу тромбоцитів за об'ємом. Дані отримані за допомогою гематологічного аналізатора Cobas Micros.

У більшості хворих визначено значне зниження загальної кількості тромбоцитів [143.10 /л - 178.10 /л], а також зниження показників тромбокриту [0,111.10 1/1 - 0,160.10 1/1]. В той же час, ширина розподілу тромбоцитів за об'ємом перевищувала нормальні показники [18,6% - 23,5%]. Цікаво, що середній об'єм тромбоцитів залишався без істотних змін у порівнянні з таким показником у здорових осіб [7,4 - 9,0]. Таким чином у групі обстежених хворих з важкою черепно-мозковою травмою простежується тенденція до пригнічення активності первинного (тромбоцитарного) гемостазу.

Вивчення тромбоцитарних факторів гемостазу дозволяє зробити висновок, що стан морфологічних та функціональних характеристик тромбоцитів є важливим критерієм оцінки гемостазу у хворих з важкою черепно-мозковою травмою з метою вивчення патогенетично обумовленої профілактики тромбогеморагічних ускладнень.

К ВОПРОСУ КЛАССИФИКАЦИИ ПОСТСОМНИЧЕКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

П.С. Вилецкий
Курс нервных болезней

С момента первой клинической классификации патологии сна предложенной Leshner в начале века (1909 г.), исследователями, детально занимавшимися данной проблемой, вносились изменения на основании накопленного клинического материала и нейрофизиологических данных (А.Л. Эпштейн, 1928; Davis, Loomis et al., 1938; В.М. Шлак, 1968; В.С. Ротенберг 1970; А.М. Вейн 1974; Roffwarg, 1979). Предложенные ими классификации отражают ту или иную направленность исследований и, в то же время, дают возможность сгруппировать большое количество проявлений патологии сна.

Целью нашего исследования было изучение патологии завершающей фазы сна у больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) атеросклеротического и гипертонического генеза. Анализируя данные клинических и полиграфических исследований 100 больных с постсомническими нарушениями при данных видах цереброваскулярной патологии, мы предлагаем выделить в феномене раннего окончательного пробуждения - гиперрефлексивное, гипорефлексивное пробуждение: а) с психическими, б) двигательными, в) вегетативными компонентами и норморефлексивное, т.е. легкое пробуждение.

Принцип деления на гипер- и гипорефлексивное пробуждение оправдан с нейрофизиологической точки зрения, поскольку определяет функциональное состояние синхронизирующих и десинхронизирующих систем в момент пробуждения, а также с клинической, что видно при анализе составляющих компонентов, напри-

ер: миоклонус ног и каталепсия пробуждения, кошмары и феномен " опьянения сном" и т.д.

ПРИМЕНЕНИЕ НООТРОПОВ В ТЕРАПИИ ИНСОМНИЙ

П.С. Билецкий
Курс нервных болезней

Ноотропы и производные ГАМК— относительно новая группа фармакологических препаратов (К. Жиурдееа, 1972), улучшающих когнитивные функции головного мозга, механизм действия которых до конца не изучен. Следует отметить, что эти препараты не обладают сколько-нибудь заметным тропизмом к мозговому кровообращению или снотворным эффектом. В то же время, при хронически протекающих сосудистых поражениях головного мозга возникает дефицит ГАМК, что нарушает интегративные связи многих неспецифических систем мозга.

Мы сравнивали результаты применения ноотропила (10 больных), аминалона (10 больных) и фенибута (10 больных) у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией гипертонического и атеросклеротического генеза в сочетании с патологией сна. Данные сравнивались между собой и с контрольной группой (15 здоровых лиц). Пирацетам назначался по 0,4 г 3 раза в день, аминалон по 0,5 г 3 раза в день, фенибут по 0,5 г 3 раза в день в течение 3 недель. В период лечения исключались препараты седативного, транквилизирующего или снотворного действия. Отмечено достоверное ($p < 0,05$) улучшение характеристик сна за счет увеличения продолжительности сна особенно ФМС дельта-сна. Субъективно больные отмечали удовлетворение сном по сравнению с контрольной группой, причем наилучший эффект отмечен при применении фенибута.

Таким образом, ноотропы можно рекомендовать в плане неспецифической терапии инсомний как сред-

тва, облегчающие функционирование синхронизирующих систем мозга.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТИКЛИДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В.В. Джепа

Областная клиническая больница

Тиклид - таблетки, покрытые оболочкой, 0,25 г, активное вещество - тиклопидина гидрохлорид (производство "Санофи" - Франция) - антиагрегантное средство, удлиняющее время кровотечения. По механизму действия приближается к аспирину, курантилу, тренталу.

В неврологическом отделении СОКБ тиклид применялся в остром периоде ишемического инсульта (12 больных) в суточной дозе 2 таблетки, а также с хроническими проявлениями цереброваскулярной болезни и последствиями перенесенного инсульта (22 больных) в суточной дозе 1 таблетка под контролем реологических показателей крови и состояния больных, которые улучшались уже в первую неделю приема препарата.

В дальнейшем после выписки из стационара тиклид назначался по 1 таблетке в день в течении 2-3 месяцев. Побочных действий и осложнений при приеме препарата у наших больных не отмечено.

Учитывая форму выпуска тиклида, он не может быть применен больным в тяжелом состоянии, но удобен для лечения в амбулаторных условиях. Основным недостатком препарата является его дороговизна, однако учитывая, что поддерживающая доза его 1 таблетка в день (трентала и курантила - 3 таблетки в день), а также длительность приема, то их суммарная стоимость существенно не отличается.

Учитывая вышеизложенное, следует считать, что

Клид является одним из лучших и современных препаратов для лечения и профилактики ишемических нарушений цереброваскулярных заболеваний, особенно в амбулаторных условиях.

СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ТОНУСА И БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ

Студентка V курса Н.Б. Котик
Курс нервных болезней

Неустойчивость сосудистого тонуса является основной клинических проявлений вегетативно-сосудистой дистонии.

Исследованы 3 группы больных (по 10 человек в каждой) с синдромом сосудистой дистонии смешанного характера вследствие перенесенной закрытой черепно-мозговой травмы, нейроинфекции и дегенеративных изменений в шейном отделе позвоночника.

Изучено состояние реоэнцефалографических показателей каротидного и вертебрального бассейнов, биоэлектрической активности головного мозга в сопоставлении с клиническими проявлениями, длительностью патологического процесса, возрастными и половыми особенностями больных. У всех больных выявлены изменения в виде лабильности РЭГ - волны, наличия дополнительных зубцов, асимметрии кровенаполнения, нарушения венозного оттока. В группах больных, перенесших закрытую черепно-мозговую травму и нейроинфекцию на РЭГ преобладали признаки повышения артериального сосудистого тонуса в обоих бассейнах, снижение кровенаполнения. У больных с дегенеративными изменениями шейного отдела позвоночника на РЭГ имели место повышенный тонус мозговых сосудов, снижение кровенаполнения с асимметрией, более выраженной в затылочных отведениях, признаки затруднения венозного оттока. Менее ха-

характерны показатели ЭЭГ у всех групп больных: преобладали диффузные общемозговые изменения биоэлектрической активности головного мозга.

Полученные данные указывают на целесообразность использования РЭГ для объективизации сосудистой дистонии различного генеза, динамики процесса в результате лечебных мероприятий.

ДИАГНОСТИКА НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Студентка IV курса О.И. Коленко
Курс нервных болезней

Проведены клинические исследования 30 больных с начальными проявлениями церебрального атеросклероза с использованием дополнительных методов: ЭЭГ, РЭГ, ЭКГ, электрогустометрии, биохимических и офтальмологических показателей.

Значительный удельный вес занимают жалобы больных: головные боли, головокружение, чувство "тяжести в голове", шум в ушах, голове, раздражительность, чувство тревоги и др.

В неврологическом статусе больных отмечены: снижение зрачковых реакций, недостаточность конвергенции глазных яблок, снижение кожных и асимметрия сухожильных рефлексов, рефлекс "орального автоматизма".

Биохимические исследования свидетельствуют о гиперхолестеринемии, увеличении глобулиновой фракции крови. У большинства больных офтальмоскопически выявлены признаки ангиопатии, ангиосклероза сетчатки. ЭКГ - данные констатируют начальные проявления коронарного атеросклероза.

На ЭЭГ у всех больных выявлены диффузные общемозговые изменения биоэлектрической активности головного мозга, характеризующиеся дезорганизацией альфа-ритма, активностью бета-ритма, появлени-

нием медленных волн. РЭГ-показатели также характерны для атеросклеротического процесса. Проведенная всем больным электрогустометрия (исследования вкусовых ощущений на передних 2/3 языка) выявила повышение порога этих восприятий у всех больных.

Таким образом, атеросклеротический генез субъективных симптомов подтверждается данными дополнительных исследований.

СОСТОЯНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА БОЛЬНЫХ С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Студентка IV курса М.А. Курилова
Курс нервных болезней

Электроэнцефалография (ЭЭГ) занимает особое место в диагностике заболеваний центральной нервной системы.

Проведены клинико-ЭЭГ-исследования 25 больных, находящихся на стационарном лечении по поводу судорожного синдрома различного генеза: последствия закрытой черепно-мозговой травмы (5 человек), последствия нейроинфекции (10 человек), дисциркуляторная энцефалопатия смешанного характера (10 человек).

На ЭЭГ у всех больных зарегистрированы диффузные общемозговые изменения биоэлектрической активности головного мозга. Судорожная готовность и активность выявлены у 10 больных в виде острых высокоамплитудных волн, комплексов пик-волна, острая волна - медленная волна, дезорганизации альфа-ритма. У 3 больных гипервентиляция выявила усиление пароксизмальной активности, которая регистрировалась в отведениях, подтверждавших фокальный характер припадка, а у одного больного спровоцировала эпилептический приступ.

Что касается остальных 15 больных, то данные

ЭЭГ были менее информативными вследствие того, что эпилепсии были редкими, больные принимали противосудорожные препараты, у трех больных эпилепсии возникли впервые. В одном случае имели место приступы функционального характера, где ЭЭГ сыграла ведущую роль в их дифференциальной диагностике.

Таким образом, метод ЭЭГ является важным звеном в диагностике и дифференциальной диагностике судорожных состояний.

РОЛЬ НЕТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Студент V курса С.А. Горячий
Курс нервных болезней

Рефлексотерапия прочно вошла в арсенал лечебно-диагностических методов современной медицины благодаря достаточно высокой эффективности, безвредности и простоте процедуры при различных заболеваниях нервной системы. Рефлексотерапия успешно сочетается с другими методами лечения.

Нами проведено изучение эффективности рефлексотерапии в комплексе с общим и точечным массажем, лечебной физкультурой по различным методикам у трех групп больных с поражением нервной системы: детские церебральные параличи (5 человек), энцефалопатии различного генеза (10 человек), послеродовые травмы позвоночника (5 больных).

Для каждой группы больных подбирались определенные методики ЛФК: корректирующая методика Бобата при детских церебральных параличах, методика Бобата и Войта - при энцефалопатии, Мишеля и Матье, Войта (в зависимости от возраста) - при послеродовых травмах позвоночника. Использовалось классическое иглоукалывание по общепринятой методике.

Анализ результатов лечения показал достаточно высокую эффективность классической рефлексотерапии в комплексном лечении больных с различными заболеваниями нервной системы. Определяющими являются принципы поэтапности и комплексности, правильный подбор методик.

Секция теоретической и экспериментальной
медицины

АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ И ТКАНЕЙ
ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ЦЫПЛЯТ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ
БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ КАРОТИНА

Примова Л.А., Ужако П.В.
кафедра биохимии и фармакологии СумГУ,
кафедра химии СГПИ

Об интенсивности и направленности биохимических процессов в органах и тканях организма можно судить по активности энзимов в клетках и внеклеточных жидкостях. Важное значение приобретают исследования активности ферментов при изучении влияния на организм различных новых препаратов, что позволяет выявить степень энзиматической адаптации при использовании изучаемых препаратов, а также возможные патологические изменения в организме.

В ходе изучения влияния на организм птицы биотехнологических препаратов каротина витатон и витадепо, полученных на основе биомассы мукорового гриба *Blakeslea trispora*, нами исследовалась активность основных ферментов первой стадии окислительного катаболизма аминокислот - аспаратаминотрансферазы (КФ 2.6.1.1, АсАТ) и аланинаминотрансферазы (КФ 2.6.1.2, АЛАТ) сыворотки крови, печени и скелетной мускулатуры цыплят, а также активность суммарных катепсинов (КФ 3.4.) печени и мышечной ткани.

Результаты исследований показали, что в группах, получавших биотехнологические препараты каротина активность АсАТ была выше контроля: в сыворотке крови на 20,0 - 70,3 % ; в гепатоцитах - на 21,1 % (кроме группы с витатоном); в миоцитах - на 30,0 % (кроме группы с витадепсом).

В опытных группах уровень активности АЛАТ также превышал контроль: в сыворотке крови в 2 раза; печени - в 3,4 - 7 раза, скелетной мускулатуре 1,8 - 3,8 раза.

Повышенная активность трансаминаз у цыплят, получавших добавки исследуемых препаратов, сочеталась с более высокой активностью лизосомальных протеаз в гепатоцитах и миоцитах. Данные показатели на 24,2 - 43,9 % и 10,4 % превышали показатели контрольной группы, что свидетельствует об интенсивном белково-аминокислотном обмене в тканях этих органов.

Эти результаты получены на фоне более высоких показателей обмена белков сыворотки крови, скорости роста и развития внутренних органов, живой массы цыплят.

Таким образом, использование препаратов биотехнологического каротина, витатона и витадепса способствовало повышению активности ферментов, интенсивности метаболизма белков в организме цыплят.

СОДЕРЖАНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ СТРЕССЕ

Бугаева Е.Е.

Кафедра биохимии и фармакологии СумГУ

Патогенез атеросклероза является одним из самых сложных и актуальных вопросов современной медицины. Исследованиями, связанными с изучением механизмов формирования заболеваний сердца и сосудов, было установлено, что стресс является одной из основных причин их возникновения (Меерсон, 1984).

Атеросклероз и стресс тесно взаимосвязаны. В основе этой связи лежит стрессорное повреждение центрального органа липидного обмена - печени. В настоящее время имеются данные о роли печени в регуляции всех этапов обмена холестерина, транспорта его к периферическим тканям и обратно в печень, катаболизма холестерина и выведения его из организма.

Сильные и длительные стрессорные воздействия вызывают в организме атерогенные изменения, в основе которых лежит как прямое, так и опосредованное действие стрессорных факторов на печень, вызывая в ней разнообразные изменения.

Учитывая это, целью работы стало изучение влияния стресса на изменение содержания холестерина в гепатоцитах.

Работа выполнена на крысах самцах линии Вистар. Использовались животные 10 - 12 месячного возраста. Животных делили на две группы: 1 - интактные и 2 - крысы, подвергнутые иммобилизационному стрессу путем фиксации на спине в течение 30 минут.

По методу J.Folch (1957) из гомогената печени выделяли общие липиды. Разделение липидов проводили при помощи одномерной тонкослойной хроматографии. Фракцию холестерина соскабливали с пластинок и экстрагировали. Высушенный экстракт использовали далее для количественного определения холестерина.

В результате исследований были получены данные, достоверно свидетельствующие об увеличении количества холестерина в клетках печени при действии стресса. Предполагается, что это явление связано со снижением скорости катаболизма холестерина в печени при ее стрессорном повреждении, которое ведет к ингибированию микросомальных ферментов системы цитохром Р-450, весьма чувствительных к накоплению липопероксидов, образующихся при стрессорном воздействии.

СУТОЧНЫЕ РИТМЫ НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ И ПЕЧЕНИ БЕЛЫХ КРЫС
Зысоцкий И.Ю.

Кафедра биохимии и фармакологии СумГУ

Крыс-самцов линии Wistar, массой 180-220 г. в условиях *ad libitum* питания выдерживали на полусуточном световом режиме (свет с 6 до 18 часов) в течение 15 дней, после чего животных забивали в полутемном помещении с интервалом в 2-4 часа, начиная с 6 часов, с последующим изучением состояния микросомальной системы печени по продолжительности гексеналового сна и содержанию цитохрома P-450, перекисного окисления липидов - по концентрации в печени диеновых конъюгатов (ДК) и сульфгидрильных групп, а также белоксинтетической функции гепатоцитов - по уровню в крови общего белка и его фракций. Установлено, что пик продолжительности гексеналового сна у крыс наблюдался в 10 и 14 часов, минимум - в 20-22 часа и был независим от истинного времени суток, но противоположен пику содержания цитохрома P-450 в печени. Концентрация ДК и сульфгидрильных групп в печени максимальны в 18, 22 часа и 10 часов, а минимальны в 8-10 часов и 22 часа соответственно. Статистически достоверные различия выявлены в колебаниях уровня белков в крови. Акрофаза общего белка, альбумина и -глобулина регистрировались в 2-4 часа.

Ротация светового режима на 180° изменяла изучаемые показатели противоположным образом, с некоторым уменьшением естественных суточных колебаний. Постоянное освещение, как и адrenaлэктомия приводили к заметным нарушениям изучаемых показателей.

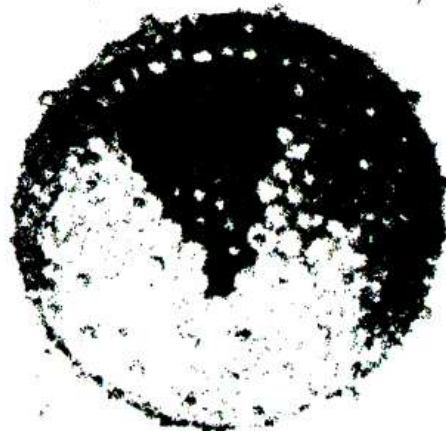
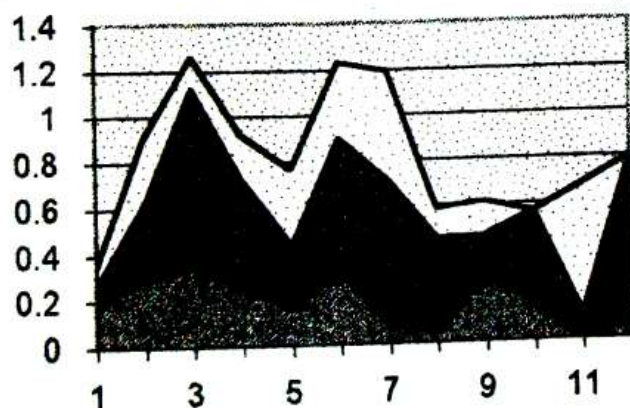
По-видимому, совокупность этих ритмов играет важную роль в изменении реакции организма на внешние воздействия, в том числе лекарственные вещества, включая и его устойчивость к потенциально вредным агентам.

ДИНАМИКА ВЫЯВЛЕНИЯ HBs Ag У ДОНОРОВ

Любчак В.А. Каплин Н.Н. Махно Л.А. Любчак В.В.
Сумокая областная станция переливания крови
Кафедра медбиологии и микробиологии СумГУ

Гепатит В является весьма актуальной проблемой современной вирусной инфекционной патологии и гепатологии. Поверхностный антиген выявляли с помощью иммуноферментной тест-системы. Было обследовано 72028 доноров.

Статистика велась по месяцам в течение трех лет: с 1994 по 1996 годы (положительных проб было соответственно: 60, 105, 32). Результаты исследования показали определенную тенденцию в количестве выявлений HBsAg в зависимости от месяца года. При этом наблюдались пики в 3, 6, 12 и спады в 1, 5, 8 месяцах. Наблюдения за динамикой на протяжении трех лет позволяют с высокой достоверностью говорить о спадах и подъемах процента носительства HBs Ag у доноров. Для создания окончательной диаграммы был взят именно процент носительства, так как он дает наиболее полное представление о данном вопросе, а для облегчения восприятия был выбран тип диаграммы, где, начиная снизу, каждый следующий график является суммой предыдущих:



HBsAg

Таким образом можно сделать вывод: количество носителей HBs Ag у обследованных нами доноров зависело на протяжении трех лет от месяца года.

ПОКАЗАТЕЛИ АНТИТОКСИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ДИФТЕРИЕЙ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

Каплин Н.Н., Черняк А.Н., Габелюк Т.С.,
Христенко Г.И., Кравец Л.А.

Кафедра медбиологии и микробиологии СумГУ

Было обследовано 78 больных преимущественно с дифтерией ротоглотки, выявленных в 1995 г. в г.Сумы и области в возрасте от трех до 57 лет. Кровь для серологического исследования брали в день госпитализации. Титры антитоксина определяли в РНГА. Во всех случаях диагноз был подтвержден бактериологически. Выделены токсигенные штаммы коринебактерий дифтерии биовар *gravis*. Среди больных почти половину составили не привитые - 38 человек (48,6%). Однократно вакцинированных было 12 человек, двукратно - 9 и по полной схеме - 19 (24,3%). У привитых по полной схеме выявлены титры антитоксина от 1:20 до 1:5120, но преобладали высокие и средние титры (у 9 - 1:5120, у 2-х - 1:2560). У вакцинированных двукратно результаты были от отрицательных (2) до 1:5120 (2). У однократно привитых результаты были сходные с предыдущей группой, но у пяти больных выявлен титр 1:5120. У 15 не вакцинированных больных антитоксин не выявлен, у 15 больных титры были от 1:20 до 1:320 и лишь у двух отмечен титр 1:5120.

Таким образом полной зависимости уровня антитоксина в крови больных дифтерией от кратности вакцинации не установлено, что может быть связано с разными сроками взятия крови для исследования, что зависит от обращаемости к врачу. Установлено, что у больных, вакцинированных по полной схеме в большинстве случаев отмечены высокие и средние титры специфического антитоксина, а клинически преобладала локализованная форма дифтерии ротоглотки.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА У
БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Погонцева И.М., Ройко Е.А.,
Марков Л.Л., Каплин Н.Н.

Кафедра медбиологии и микробиологии СумГУ,
Сумская областная больница

В настоящее время считают, что инфицирование *Helicobacter pylori* вызывает антральный гастрит, являющийся благоприятной почвой для того, чтобы другие факторы такие как алкоголь, стресс, курение, привели к язвенной болезни. При инвазивных методах используют следующие методики исследования биоптата: 1) культивирование бактерий *in vitro*; 2) прямое окрашивание на наличие бактерий; 3) определение уреазной активности; 4) мочевиновые тесты определения *H. pylori*. Неинвазивные методы включают тесты выделения мочевины при дыхании и серологические методики. Задача нашего исследования заключалась в определении уровня мочевины в желудочном соке у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Исследование проводилось при помощи стандартного набора химических реактивов Био-Ла-Тест мочевины 150. В тонкостенную пробирку брали 0,01 мл отфильтрованного желудочного сока, добавляли 2 мл рабочего раствора реактива и пробирку помещали на 10 минут на кипящую водяную баню. Затем содержимое пробирки охлаждали и измеряли оптическую плотность. Установлено, что у не инфицированных *H. pylori* больных содержание мочевины в тощакковой порции желудочного сока составило 0,98 - 2,9 ммоль/л, а у больных с *H. pylori* этот показатель был снижен до 0,45 - 0,55 ммоль/л. Параллельно мы проводили экспресс-метод быстрого мочевинового теста (Marshae) определения *H. pylori*, где материалом для исследования был биопсийный материал слизистой оболочки желудка. В рабочий раствор,

состоящий из мочевины, фенола-красного и тетрациклина, вносили кусочек биопсийного материала. Затем проводили учет реакции по окраске раствора от розового до ярко-малинового цвета.

ДИСБАКТЕРИОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Липовская В.В., Гордиенко Е.Н.
кафедра медбиологии и микробиологии СумГУ
Городская диагностическая баклаборатория

Микрофлора толстого кишечника относительно обильна и разнообразна, а качественный состав ее постоянен у человека. Количественный и качественный состав кишечной микрофлоры в значительной мере определяется возрастом, характером питания человека, сезоном, применением антибактериальных препаратов, действием радиоактивного облучения, наличием хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, других острых и хронических заболеваний.

В течение трех месяцев было обследовано 156 человек с различными желудочно-кишечными заболеваниями. У 2/3 обследованных больных с функциональными дискенизиями в кале увеличено содержание золотистого стафилококка, эшерихий, не способных обрабатывать лактозу, бактериоидов. У больных при запорах без органического поражения толстого кишечника общее количество бактерий уменьшается, преобладающими становятся бактериоиды. При хроническом постдиентерийном колите /10%/ в испражнениях обнаружена кишечная палочка с гемолитическими свойствами. Условно-патогенная флора отличалась большим разнообразием: кроме стафилококков и бактериоидов, обладающих гемолитическими свойствами, определялись энтерококк, грибы рода *Candida*, сарцины, лактозонегативные эшерихии, протеи. В настоящее время дисбактериоз кишечника рассматривается как важный интегральный показатель иммунологической реактивности

ти организма. Важное значение приобретает дисбактериоз и в стадии компенсации, являющийся ранним показателем развития вторичного иммунодефицита.

НОСИТЕЛЬСТВО ГРИБОВ РОДА CANDIDA У СТУДЕНТОВ II КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СумГУ В ДИНАМИКЕ

Аспирант Сердюк С.Н.; уч-ся школы №9 Галюнова О.Г.
кафедра медбиологии и микробиологии

В последние годы обращает на себя внимание увеличение частоты выявления условно-патогенных дрожжеподобных грибов рода *Candida* в микрофлоре человека. Одновременно отмечается рост заболеваний, вызванных этими микроорганизмами. Кандидоз является, как правило, вторичной инфекцией. Нами обследовано 173 практически здоровых студента II курса мед. факультета СумГУ на носительство грибов рода *Candida*. Из них у 47 человек выделены грибы *Candida* из ротовой полости (27,2 %); видовой состав различен (4 вида), преобладают условно-патогенные виды. Исследованиями установлено, что: - носительство не зависит от пола; - преобладает у лиц, принимавших антибиотики в течение предыдущего месяца; - у кандидоносителей в 83 % случаев обнаруживаются значительные разнообразные микробные ассоциации в отличие 1-2 видов микроорганизмов у неносителей. Это подтверждает данные литературы о том, что грибы рода *Candida* могут стимулировать инфекционный процесс, вызванный бактериями. Представляет интерес тот факт, что носительство увеличилось в марте месяце по сравнению с данными исследований в октябре, что, возможно, связано с весенним гиповитаминозом. Отсутствие статистической отчетности по кандидозам не позволяет оценить истинную распространенность этой инфекции. Приведенные данные носят предостерегающий характер. Вероятно, обоснована тревога специалистов различного

профиля, т.к. возможны вспышки грибковой инфекции в стационарах различного типа, роддомах; часто встречается микогенная аллергия.

ВЛИЯНИЕ СТОКОВ ГОРОДСКИХ ОЧИСТНЫХ СООРУЖЕНИЙ НА БАКТЕРИОПЛАНКТОН И СТРУКТУРУ РЕСНИЧНЫХ ПРОСТЕЙШИХ

Асп. Бабко Т.Ф., асп. Кузьмина Т.Н.
Каф. медбиологии и микробиологии,
каф. ПЭВЖД СумГУ

В условиях усиливающегося антропогенного влияния водным микроорганизмам принадлежит важная роль в круговороте веществ и процессах самоочищения водоемов. Изучали пространственное распределение, количественное развитие бактериопланктона и планктонных ресничных простейших в реке Псел до и после стоков городских очистных сооружений. Исследования проводили в октябре-ноябре 1996 г. Оценка степени чистоты воды определялась по отношению количества сапрофитов к общему числу бактерий, выраженному в процентах (Романенко, 1971). Общее число бактерий определяли методом прямого счета на мембранных фильтрах "Зупрог", число сапрофитов - посевом на МПА, численности и видовую принадлежность простейших - общепринятыми в гидробиологии методами. Как показали наши исследования, вода в реке Псел до впадения стоков (200 м выше по течению, ст.1) имеет индекс 0,1-0,25 при общей численности бактерий 0,5-0,8 млн.кл/мл. Ниже стоков (100 м после впадения, ст.2) количество бактерий резко возрастает до 10,8 млн.кл/мл, а индекс превышает 5. Заметное снижение численности бактерий (1-2 млн.кл/мл) наблюдается на расстоянии 2 км ниже стока (ст.4). В отношении структурной организации сообществ ресничных простейших выявлены следующие закономерности: на ст.1 - максимальное разнообразие видов - 21

и количество трофических групп - 4 (альгофаги, полифаги, бактериофаги, хищные формы) при общей численности 15 тыс. экз/л; на ст. 2 количество видов - 5, трофическая структура представлена только бактериофагами, общая численность (4-7 млн. экз/л) соизмерима с аэротенками; на ст. 3 (500 м ниже впадения стоков) наблюдается снижение численности простейших вслед за снижением количества бактерий, в трофической структуре появляются полифаги и 1 хищный вид; на ст. 4 трофическая структура представлена 3-мя группами при общей численности близкой к ст. 1. Установлено существование отрицательной корреляционной связи между количеством бактериопланктона и структурной организацией сообществ простейших.

АНТИБИОТИКОГРАММА СТАФИЛОКОККОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ЗДОРОВЫХ НОСИТЕЛЕЙ

Солодовник А.В., Чимирис Н.Д.

Научный руководитель - проф. Каплин Н.Н.

Проблема стафилококкового бактерионосительства является одной из наиболее актуальных в современной медицине в связи с ростом числа носителей. Стафилококки относятся к условно патогенным микроорганизмам и развитие инфекционного процесса связано как с уровнем их патогенности (болезнетворности), так и с иммунобиологическим состоянием организма человека. Носители стафилококков являются источником инфицирования (заражения) окружающих, особенно в хирургических и акушерских клиниках. Кроме того, у самих носителей при снижении их иммунитета может развиваться аутоинфекция.

Известно, что стафилококки вызывают до 120 нозологических форм заболеваний, в частности, карбункулы, фурункулы, ангины, пневмонии, гнойные осложнения ран, сепсис и другие.

Трудности лечения стафилококковых инфекций свя-

заны с тем, что многие штаммы стафилококков являются резистентными к антибиотикам, широко применяемым в лечебной практике. Данные литературы по антибиотикограмме стафилококков, выделенных от здоровых носителей в Украине и, в частности, в нашем регионе являются малочисленными и неполными.

Целью данного исследования было выделение стафилококков от здоровых носителей (студентов 2 курса медицинского факультета СумГУ) с последующим определением чувствительности их к различным антибиотикам, которые используются в медицинской практике, а также выявление зависимости между антибиотикограммой и патогенными свойствами выделенных культур.

Было обследовано 120 клинически здоровых студентов. Материал для посева забирали стерильным ватным тампоном со слизистой носа. Чистую культуру стафилококков выделяли на желточно - солевом агаре (ЖСА), который содержит хлорид натрия (8-10%) и является селективной средой. Кроме того, на ЖСА определяли лецитиназоположительные культуры.

Наличие фермента, расщепляющего маннит, изучали на среде Гисса с индикатором. Для определения плазмокоагулазы использовали плазму крови человека в разведении 1:4. Чувствительность к антибиотикам выделенных стафилококков изучали общепринятым индентным методом бумажных дисков, пропитанных антибиотиками. Стандартные диски накладывали на поверхность плотной питательной среды (питательного агара) равномерно засеянного стафилококками. Антибиотикограмму определяли по размеру диаметра зоны задержки роста микроорганизмов вокруг дисков.

Выявлено, что 55% студентов 2 курса медицинского факультета являются носителями стафилококков на слизистой носовой полости. Наибольшее количество выделенных штаммов стафилококков было чувствительно и высокочувствительно к фузидину (100%), левомицетину (88%), неомицину (85%), олиандомицину (82%).

и эритромицину (79%). Наибольшее количество выделенных культур стафилококков было мало чувствительно и устойчиво к полимиксину (100%), бензилпенициллину (71%) и ристомицину (64%).

Установлено, что количество штаммов, устойчивых к полимиксину, тетрациклину, линкомицину, олеандомицину и эритромицину имело тенденцию к возрастанию (на 11-42%) по сравнению с антибиотикограммой стафилококков выделенных от аналогичного контингента в 1995 году.

Эти результаты свидетельствуют об увеличении у носителей количества штаммов стафилококков, устойчивых к антибиотикам различного механизма действия. Выявлено также, что 48% выделенных стафилококков имели лецитиназу, 12% - плазмокоагулазу, 40% расщепляли маннит, 36% были отрицательны по этим трем тестам. Зависимости между положительными тестами патогенности у стафилококков и их антибиотикограммами не выявлено.

ДИНАМИКА НОСИТЕЛЬСТВА ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СТРЕПТОКОККА У СТУДЕНТОВ 2 КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ЗА 1994 - 1996 гг

проф. Каплин Н.Н.

Ученица гимназии слушатель МАН Троицкая И.А.

Кафедра медбиологии и микробиологии

Стрептококковая инфекция является одной из актуальных проблем современной инфекционной патологии человека. По данным ВОЗ во всем мире ежегодно регистрируется около 100 млн. человек, перенесших первичную стрептококковую инфекцию. Стрептококки вызывают такие заболевания как скарлатина, ангина, тонзиллиты, сепсис, ревматизм и другие. Большое эпидемиологическое значение имеет носительство стрептококков, особенно бета-гемолитических, здоровыми лицами. Это связано с тем, что здоровые но-

ители наряду с больными скарлатиной и ангинами являются основными источниками стрептококковой инфекции для окружающих. Кроме того, гемолитические стрептококки при определенных условиях, приводящих к снижению иммунобиологических свойств организма, могут вызвать аутоинфекцию. Данные литературы о частоте носительства различных стрептококков у здоровых людей являются неполными и противоречивыми.

Целью данного исследования было изучение динамики носительства стрептококков у студентов 2 курса медицинского факультета СумГУ за 1994 - 1996 годы. Было обследовано соответственно по годам 156, 166 и 163 клинически здоровых студентов в возрасте от 18 до 20 лет. Использовали бактериологический и статистический методы исследования. Материал для бактериологического исследования брали стерильным ватным тампоном с зева. Посев производили на кровяной агар (3%). Инкубировали в термостате 24 часа при 37⁰С. При оценке результатов учитывали рост с наличием и характером гемолиза. Полученные результаты обработаны статистически с вычислением коэффициента достоверности t. Выявлено, что общее количество носителей стрептококков среди студентов 2 курса за последние три года достоверно возросло и составляло соответственно 42%, 64% и 75%. Частота носительства альфа-гемолитического и негемолитического стрептококков за это время или повышалась достоверно, или имела тенденцию к увеличению и составила в 1996 г. соответственно 52,5% и 45%. Эти данные позволяют отнести альфа-гемолитические и негемолитические стрептококки к резидентной (постоянной) микрофлоре зева и миндалин здоровых лиц. Количество носителей бета-гемолитического стрептококка к 1995 г. имело тенденцию к возрастанию, однако к 1996 г. отмечено снижение и составило 8,2%. Полученные результаты свидетельствуют о благоприятной динамике носительства стрептококков

среди студентов 2 курса и уменьшении групп риска по стрептококковой инфекции.

АЛГОРИТМ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ И КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЧАСТНОЙ МИКРОБИОЛОГИИ

Н. Н. Каплин, В. И. Федорченко, В. Г. Рачинская,
С. Н. Сердюк, В. В. Липовская, Т. Ф. Бабко
кафедра медицинской биологии и микробиологии
медицинского факультета СумГУ

Во время занятий на курсе медицинской микробиологии студенты осваивают ряд важных практических навыков. Кроме того, студенты овладевают обширным и многогранным теоретическим материалом, таким как:

- название возбудителя на украинском, русском и латинском языках;
- особенности морфологии, физиологии и антигенного строения микробов;
- основные представления об эпидемиологии инфекционных заболеваний;
- спектр возможного материала, который следует взять для микробиологического исследования с целью постановки или подтверждения диагноза инфекционного заболевания;
- возможность использования различных классических методов микробиологического исследования или экспресс-диагностики инфекционных заболеваний и осложнений;
- особенности микробиологической диагностики конкретного заболевания в рамках того или иного метода;
- ворота инфекции и патогенез заболевания;
- особенности иммунных реакций на тот или иной микроорганизм;
- перечень препаратов, применяемых для специфической диагностики, профилактики и лечения инфек-

ционных болезней;

- механизмы профилактического и лечебного воздействия таких препаратов и т.д.

С целью качественного овладения студентами этим материалом, а также с целью глубокого и всестороннего контроля уровня знаний студентов в курсе медицинской микробиологии медицинского факультета Сумского государственного университета используются карты программированного контроля, содержащие перечень основных вопросов и предусматривающие краткий ответ студента. Карты позволяют на протяжении 10 - 15 минут провести контроль знаний студентов. Проверка карт производится в присутствии учащихся, позволяет быстро выявить недостаточность знаний студентов по конкретным вопросам, что в свою очередь облегчает индивидуальную работу с каждым из них, направленную либо на стимуляцию самостоятельной подготовки студента к занятию, либо на разъяснение ему непонятных моментов.

Серьезному осмыслению студентами микробиологической диагностики инфекций способствует составление ими схем микробиологической диагностики в протоколах при подготовке к занятию. Знание схем микробиологической диагностики контролируется на занятиях в письменном виде. Для этого также не требуется много времени и преподаватель имеет возможность получить исчерпывающую информацию о знании студента по этому вопросу.

Третьим важным моментом, способствующим, на наш взгляд, получению студентами качественных знаний по микробиологии, является постановка перед студентами такой задачи, как описание иммунобиологических препаратов с указанием предназначения, способа приготовления и состава, способа использования (для диагностических препаратов с указанием метода диагностики и воспроизводимой реакции, а для лечебно-профилактических препаратов с указанием условий, способа введения и характера возникаю-

щего иммунитета). Описание препаратов студенты производят в рамках выполнения практической работы на каждом занятии по специальной микробиологии. Контроль знания этого материала также производится письменно и тоже является быстрым способом оценки уровня знаний.

Таким образом, карты программированного контроля, схемы микробиологической диагностики и описание иммунобиологических препаратов с одной стороны стимулируют студента к получению конкретных осмысленных знаний, а с другой - позволяют быстро и всесторонне оценить уровень самостоятельной подготовки каждого студента.

ПРОНИЦАЕМОСТЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ БАРЬЕРОВ ЖЕЛУДКА КРЫС ДЛЯ АУТОГЕННЫХ ГЛОБУЛИНОВ ПРИ ХИМИЧЕСКОЙ ДЕСИМПАТИЗАЦИИ

Литовченко Л. Ю.

Сумский Государственный университет.

Целью настоящей работы явилось исследование проникновения нативных аутогенных иммуноглобулинов через биологические барьеры желудка у крыс при фармакологической десимпатизации.

Опыты поставлены на 17 белых беспородных крысах. Десимпатизацию производили путем ежедневного подкожного введения изобарина (Pliva) в течение 30 дней с момента рождения в дозе 20 мг/кг*сут. В качестве контроля были использованы однопометные животные, которым вводили тот же объем изотонического раствора NaCl. Исследование проникновения аутогенных иммуноглобулинов производили прямым методом флуорисцирующих антител Кунса со всеми необходимыми контролями. Для идентификации структур срезы желудка докрашивали гематоксилином-эозином.

У здоровых животных аутогенные нативные иммуноглобулины в желудке определяются в крови (в прос-

вете сосудов), в слизистой оболочке в межклеточных пространствах и в отдельных соединительнотканых клетках. Иммуноглобулины обнаруживаются в цитоплазме некоторых клеток эпителия, в виде узкой полоски сорбированных белков на поверхности эпителия. В мышечной оболочке иммуноглобулины проникают в эндомизий, но не во всех участках мышечной оболочки. Иммуноглобулины проникают также в цитоплазму части клеток мезотелия серозной оболочки желудка.

При десимпатизации аутогенные иммуноглобулины не определяются ни на поверхности эпителия слизистой желудка, ни в цитоплазме клеток эпителия. Наблюдается проникновение иммуноглобулинов в интерстиций слизистой. Много иммуноглобулинов обнаруживается в цитоплазме своеобразных крупных клеток, идущих рядами вдоль эпителия части желез слизистой желудка. В мышечной оболочке желудка иммуноглобулины проникают в эндомизий, но выход белков из сосудов наблюдается в меньшем количестве участков ткани. Наблюдается транспорт иммуноглобулинов в цитоплазму части клеток мезотелия.

Выводы:

1. Десимпатизация крыс приводит к значительному снижению транспорта иммуноглобулинов на поверхность слизистой желудка при увеличении их накопления в клетках соединительной ткани.

2. Наблюдается небольшое снижение транскapиллярного транспорта белков в эндомизий мышечной оболочки желудка.

КАТАЛАЗА МИОКАРДА ПРИ СТРЕССЕ У ВЗРОСЛЫХ И СТАРЫХ КРЫС

Гарбузова В.Ю.

кафедра нормальной и патологической физиологии

Формирование стрессорных повреждений миокарда сопровождается интенсификацией образования актив-

ных форм кислорода в сердце. Важную роль в ограничении их альтерирующего влияния на кардиомиоциты оказывает каталаза. Возрастные особенности функционирования этого фермента при стрессе до настоящего времени окончательно не установлены. Выяснение же их позволит направленно подойти к решению вопроса о причинах снижения устойчивости миокарда к повреждающему действию стресса на сердечную мышцу при старении. Учитывая это, целью работы явилось изучение каталазной активности миокарда при стрессе у взрослых и старых крыс.

Работа выполнена на 50 крысах самцах линии Вистар. Использовались животные двух возрастов: взрослые - (10-12 мес.) и старые - (22-25 мес.). Обе возрастные группы животных в свою очередь делились на 2 подгруппы: I - интактные и II - крысы, подвергнутые иммобилизационному стрессу путём фиксации на спине в течение 30 минут. Определение активности фермента проводилось в гомогенатах левого желудочка сердца по Барабой В.А. и соавт. (1991).

Проведенные исследования показали, что в сердце старых крыс активность каталазы на 55% ниже, чем у взрослых животных. При стрессе независимо от возраста крыс происходит увеличение активности каталазы в сердце: у взрослых - на 176%, а у старых - на 70%. Это несомненно приобретает адаптивное значение, так как в условиях стимуляции образования активных форм кислорода активация каталазы препятствует накоплению перекиси водорода в кардиомиоцитах и предупреждает их повреждение. Ограничение же степени активации каталазы может выступать в качестве одной из причин снижения устойчивости сердца к повреждающему действию стресса при старении.

Оценивая причины стрессорной активации каталазы, можно предположить важную роль в том активных форм кислорода, интенсивно генерирующихся в процес-

де перекисного окисления липидов. Эти активные метаболиты могут оказывать прямое влияние на фермент, взаимодействуя с аминокислотными радикалами полипептидной цепи и тем самым меняя конформацию белковой молекулы. Подобное предположение подтверждается результатами экспериментов с введением диметилсульфоксида перед иммобилизацией животных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАВ ТКАНЕВЫХ БАЗОФИЛОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ У КРЫС

Пышнов Г.Ю., Мишенин М.Е.

Сумский государственный университет

На модели острого инфекционного перитонита изучалось влияние циметидина (блокатора H_2 -рецепторов) и протамина-сульфата (антигепаринового вещества), а также комплекса гистамин-серотонин-гепарин на выживаемость крыс при перитоните, вызванном кишечной палочкой.

Было обнаружено, что применение экспериментально подобранных доз циметидина и протамина-сульфата (блокаторов основных медиаторов тканевых базофилов) в начальные сроки развития перитонита, вызванного летальной дозой *E. coli*, существенно отодвигается время гибели животных. Применение комплекса гистамин-серотонин-гепарин в более поздние сроки от начала инициации воспаления, вызванного LD_{50} , т.е. через 10-15 часов, позволило повысить выживаемость животных в 2 раза, при этом летальность в контрольной группе составила 60%, в опытной 20%. Для изучения некоторых механизмов повышения резистентности исследовали перитонеальный экссудат. Показано, что в опытной группе животных существенно увеличивается количество экссудата, что, очевидно, связано с повышением проницаемости сосудов, а также повышается количество и жизнеспособность фагоцитов.

Полученные результаты показывают, что использование экзогенно вводимых антагонистов и самих БАВ тучных клеток по специальной схеме повышает выживаемость животных и указывает на возможность использования обнаруженных эффектов ТК на лейкоциты при воспалении в модуляции воспалительного ответа, направленной на повышение неспецифической резистенции.

ВЛИЯНИЕ ГИСТАМИНА, СЕРОТОНИНА И ГЕПАРИНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГРАНУЛОЦИТОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ

Пышнов Г.Ю., Мишенин Е.В.

Сумский государственный университет

На модели острого инфекционного перитонита изучалась роль тучных клеток в инфильтративных явлениях при инфекционном перитоните. Было обнаружено, что влияние ТК на инфильтрацию связано с основными тучноклеточными продуктами - гистамином, серотонином и гепарином. С целью изучения модулирующего влияния этих веществ на лейкоциты были использованы различные дозы экзогенно вводимых лекарств.

Показано, что гистамин в дозах 10, 100 и 1000 мкг оказывает тормозящий эффект на накопление нейтрофилов, но повышает секреторную их активность. Введение серотонина в дозе 1 мкг снижает хемотаксис и угнетает секреторную активность, в более высоких дозах не оказывает существенного значения. Гепарин в дозе 30 ЕД обладает тормозящим эффектом на накопление лейкоцитов в очаге и уменьшает секреторную активность гранулоцитов.

Применение комплекса (100 мкг гистамина, 10 мкг серотонина и 100 ЕД гепарина) позволило выявить тормозящий эффект с его стороны на накопление нейтрофилов и уменьшение секреторной и бактерицидной активности нейтрофилов.

Полученные результаты показывают, что каждое из использованных веществ обладает определенным действием на нейтрофилы и это действие во многом определено дозой вещества, и можно говорить о дозозависимости влияния гистамина, серотонина и гепарина в отношении лейкоцитов. Наибольший эффект, подобный влиянию ТК, оказывает комплекс в указанной выше пропорции.

АСКОРБАТ-ЗАВИСИМОЕ ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ В СЕРДЦЕ ВЗРОСЛЫХ И СТАРЫХ КРЫС ПРИ СТРЕССЕ

Зновенко С.А.

Сумский государственный университет

До настоящего времени окончательно не решен вопрос о характере ответа перекисного окисления липидов (ПОЛ) тканей внутренних органов на действие стрессорных факторов при старении. В виду того, что стимуляция ПОЛ представляет суть одного из основных патогенетических звеньев стрессорного повреждения внутренних органов, его решение приобретает особую роль в выяснении механизмов формирования возрастной патологии. Учитывая это, целью работы явилось изучение состояния аскорбат-зависимого ПОЛ в сердце взрослых и старых крыс при стрессе.

Работа выполнена на 50 крысах самцах линии Вистар. Использовались животные двух возрастов: взрослые (10 - 12 мес.) и старые (22 - 25 мес.). Обе возрастные группы животных в свою очередь делились на 2 подгруппы: 1 - интактные, 2 - крысы, подвергнутые иммобилизационному стрессу путем фиксации на спине в течение 30 мин.

Аскорбат-зависимое ПОЛ определялось в 10% гомогената миокарда на 0,1М фосфатном буфере pH 7,4. Свежеприготовленные гомогенаты вносились в пробир-

ки с реакционной смесью, содержащей 0,1М трис-хлоридный буфер (рН 7,4), 0,8 мМ аскорбиновой кислоты и 1,2 мМ соли Мора. Инкубация проводилась при 37°С в течение 60 мин. Через определенные временные интервалы из реакционных смесей отбирались пробы для определения концентрации диеновых конъюгатов и флуоресцирующих продуктов типа шиффовых оснований.

Проведенные исследования показали, что при стрессе у старых крыс происходит ограничение эффективности стимуляции аскорбат-зависимого ПОЛ в миокарде, по сравнению со взрослыми животными. Эффективность же обусловленной стрессом стимуляции ПОЛ в сердце животных разных возрастных групп оказывается неодинаковой, при этом базальный уровень перекисного окисления липидов в сердце взрослых крыс ниже, чем у старых. Предполагается, что в основе обнаруженных сдвигов лежат возрастные изменения со стороны липидной структуры миокарда и мощности его антиоксидантных систем, обеспечивающих торможение процессов инициации свободно-радикальных реакций.

ЖИРНОКИСЛОТНЫЙ СОСТАВ ПОДКОЖНОГО И ВНУТРЕННЕГО ЖИРА НОРКОК

В. И. Киндя, В. Д. Чиванов, Н. В. Пшиченко
СумГУ

Известно, что норковый жир широко используется в фармацевтической и косметической промышленности для изготовления лекарственных и косметических препаратов. Вместе с тем по качеству он может варьировать в довольно широких пределах, что несомненно влияет на качество лекарственных препаратов, изготовленных на его основе. Нами было проведено исследование жирнокислотного состава подкожного и внутреннего жира разных по типу и полу норкок. Отобранные образцы жира исследовались

масс-спектрометрическим методом на времяпролетном масс-спектрометре с ионизацией осколками цезия-252. Выводы о присутствии в пробах жирных кислот делали на основании наличия в масс-спектрах квазимолекулярных ионов.

Проведенные исследования жирнокислотного состава подкожного и внутреннего жира норок свидетельствуют, что основными жирными кислотами изучаемых образцов жира являются пальмитиновая, миристиновая и олеиновая.

Из трех изученных кислот основной (в количественном отношении), являются пальмитиновая, вне зависимости от пола и типа животных у которых отбирались образцы жира. Ее количество было практически одинаковым, как во внутреннем, так и в подкожном жире. Наиболее подвержено колебаниям количество олеиновой кислоты жира норок, из чего следует предположить, что эта кислота метаболически наиболее активна. Наибольшее ее количество обнаружено в жире норок серебристо-голубого типа, а наименьшее в жире пастелевых норок. Отмеченные колебания жирнокислотного состава жира норок свидетельствует о разном его качестве и этот факт следует учитывать при использовании жира, особенно в фармацевтической промышленности.

ТРИГЛИЦЕРИДНЫЙ СОСТАВ ПОДКОЖНОГО И ВНУТРЕННЕГО ЖИРА НОРОК

В.И. Киндя, Е.Д. Чиванов, Н.В. Пшиченко
Сумский государственный университет
Сумский сельскохозяйственный институт

Качество норочьего жира, как сырья косметической и фармацевтической промышленности, зависит не только от его жирнокислотного состава, но и от соотношения различных типов триглицеридов. Нами был

изучен триглицеридный состав подкожного и внутреннего жира норок в зависимости от пола и типа животных.

Триглицеридный состав изучался по наличию фрагментов триглицеридов в жире норок, которые устанавливались на основании наличия в масс-спектрах квазимолекулярных ионов (КМИ) типа $(M+H)^+$ или $(M-H)^-$, где M - молекула анализируемого вещества, а H - протон.

Результаты исследований свидетельствуют, что как во внутреннем, так и в подкожном жире норок имеются следующие фрагменты триглицеридов: пальмито-пальмитиновый (PP), пальмито-олеиновый (PO), пальмито-миристиновый (PM) и стеарино-олеиновый (SO).

Основными по содержанию (в количественном отношении) в жире норок, вне зависимости от пола и типа их являются фрагменты PP и PO триглицеридов. В наименьшем количестве в жире норок содержится фрагмент PM - триглицерида. Его процентное содержание колеблется от 32,5 до 50%, при этом его минимальное количество отмечено во внутреннем жире самцов стандартного типа.

Содержание фрагмента SO - триглицерида варьирует в пределах 50 - 90%, и наибольшее его количество отмечено в жире самок норок серебристо-голубого типа. Полученные результаты исследований могут быть использованы при оценке качества норочьего жира.

Секция акушерства и гинекологии

- АКУШЕРСЬКІ ПЕРИТОНІТИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ
КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ С.С.Шамрай,
І.Н.Шматко, Є.О.Вітер, Я.С.Жерновая 3
- ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ПРИ ПЛАНОВОМУ
КЕСАРСЬКОМУ РОЗТИНІ В УМОВАХ
ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ
ПРЕПАРАТІВ Д.В.Козир, Болотна Н. А.,
В.В.Газій, Я.С.Жерновая 4
- СОСТОЯНИЕ МАТОЧНОГО РУБЦА ПРИ ПОВТОРНОМ
КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ Набхан Е.А., Овчаренко
С.А., Я.С.Жерновая 6
- ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА
МАТКЕ Селютина Н.В., Юрченко О.М.,
Курило Т.Н., Я.С.Жерновая 7
- ПРОБЛЕМА МАКРОСОМІЇ В СУЧАСНОМУ
АКУШЕРСТВІ Н.А.Болотна, Д.В.Козир,
Я.С.Жернова 9
- СОВРЕМЕННАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ А.Б.Сухарев 11
- ЕТИОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ЕКТОПІЧНОЇ
ВАГІТНОСТІ У СУЧАСНОЇ ЖІНКИ
Горячий С.О., Демченко Ю.М.,
Симончук О.В. Сміян С.А. 12
- ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЇ, ЯКА
ВИНИКЛА В УМОВАХ ПРОМИСЛОВОГО
ВИРОВНИЦТВА Л.Л. Семенюк 13

Секция инфекционных болезней
и дерматовенерологии

- ПОРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО
ТРАКТУ ПРИ ГОСТРІЙ ДИЗЕНТЕРІІ
Чемич М.Д. 15
- КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ДИФТЕРІЇ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ
Троцька І.А., Куліш Л.П., Альперн Є.Г. 17
- КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ
ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ
ВСПЫШКИ Чемич Н.Д., Рябиченко В.В.,
Шевченко А.В., Лобода Ю.М., Меринова О.А.,
Газий В.В. 19
- КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ПРИ
СПОРАДИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ Одринская Н.П.,
Седько Н.И., Чемич Н.Д. 22
- ТЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО И РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
Чемич Н.Д., Надточий В.В.,
Сиряченко В.В. 24
- КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА
ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ
Ильина Н.И., Толстунова Д.А.,
Червяченко Л.В. 26
- РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ
ГЕПАТИТАМИ В ГОРОДЕ СУМЫ
Красовицкий З.И., Троцкая И.А.,
Клименко Н.В. 28

ГЕМОГРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА В СУМСКОЙ
ОБЛАСТИ Красовицкий З.И., Сницарь А.О.,
Троцкая И.А., Клименко Н.В., Кулеш Л.П. 29

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ "СОВРЕМЕННОЙ"
ДИФТЕРИИ Красовицкий З.И., Сницарь А.О.,
Минаков Б.В. 31

ПОЧЕМУ ИММУНИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРОТИВ
ДИФТЕРИИ ПРОВОДИМАЯ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ НЕ
ДАЛА ОЖИДАЕМОГО ЭФФЕКТА
Красовицкий З.И., Альперн Е.Г., Шаловал В.В. 33

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
ДИФТЕРИИ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ
Красовицкий З.И., Кулеш Л.П.,
Праведная П.С., Демьяненко В.Н., Иванов В.В. 35

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ В КЛИНИКЕ
ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ Красовицкий З.И.,
Сницарь А.О., Клименко Н.В. 37

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИФТЕРИЕЙ,
ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ СПИРТНЫМИ НАПИТКАМИ
Красовицкий З.И., Троцкая И.А.,
Бороденко В.А., Панченко Е.П. 40

ПРИМЕНЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ
ПРЕПАРАТОВ ИЗ ПЛАЦЕНТЫ ЧЕЛОВЕКА В
ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ З.И. Красовицкий 42

ПРИМЕНЕНИЕ КИСЛОМОЛОЧНОГО ПРЕПАРАТА
"СИМБИТЕР" ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ
Татаренко С.Д. 45

- ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДПРОЦЕСУ ПРИ ДИФТЕРІЇ В
УМОВАХ ЕПІДЕМІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ І РОЛЬ
МАСОВОЇ ІМУНІЗАЦІЇ В ЇЇ ЗНИЖЕННІ
Христенко Г.І., Черняк О.М., Габелюк Т.С. 46
- ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ГИПОХЛОРИТА
НАТРИЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ СВЕТА И ТЕПЛА
В.М.Северин, Л.М.Морозова,
А.М.Климовицкий, Л.А.Затула 48
- ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ
ИНТОКСИКАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ДИФТЕРИИ
Красовицкий Э.И., Троцкая И.А.,
Кулеш Л.П., Лазарева Л.М. 49
- ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ
В ДЕРМАТОЛОГИИ Винник О.В. 52
- АЛОПЕЦИЯ - СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ
КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ Приходько Ж.И.,
Бабий В.Н. 53
- ФИТОТЕРАПИЯ И УГЛОУКАЛЫВАНИЕ В
ДЕРМАТОЛОГИИ Ворона Ю.В., Бойко С.В. 54
- СЕБОРЕЯ И УТРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ Удовник Н.В.,
Седько Н.И. 54
- НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕВРОТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ
И СИНДРОМЫ В ДЕРМАТОЛОГИИ Котик Н.Б. 55
- СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ УРЕАПЛАЗМЕННОЙ
ИНФЕКЦИИ У МУЖЧИН Бочаров Д.В. 56
- КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ИММУНОЗАВИСИМЫХ ДЕРМАТОЗОВ
Михайлова О.И. 57

- НЕЙРОЭНДОКРИННЫЙ СИНДРОМ ПРИ
ДИССЕМИНИРОВАННОМ НЕЙРОДЕРМИТЕ
Бочарова Е.А. 57
- АНАЛИЗ РАБОТЫ КАБИНЕТА АНОНИМНОГО
ОБСЛЕДОВАНИЯ Куленга О.Н. 58
- СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ,
БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ Емец А.Н. 59
- ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НА
ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ
Цыганок В.В. 60
- НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
ВТОРИЧНЫХ ПОСРЕДНИКОВ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКОЙ
ЭКЗЕМОЙ Висягин В.В. 60
- ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА
МИКОПЛАЗМОЗА У ЖЕНЩИН Баркалова Э.Л. 61
- ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОПЕПТИДОВ
ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ Клецова Г.В. 62
- ОПЫТ РАБОТЫ, ЗАДАЧИ И ПЕРСПЕКТИВЫ КУРСА
КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ НА
МЕДИЦИНСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ
Бочаров В.А. 62
- ВИПАДОК ПОМИЛКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ
ВТОРИННОГО СВІЖОГО СИФІЛІСУ
А.Г. Сулим 63
- ПРО ПОХОДЖЕННЯ СЛОВА "ПЕРЕЛОЙ"
А.Г. Сулим 64

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЙСТВИЯ
АМНИОЦЕНА Е.В. Смеянов, В.И. Кравченко,
Л.М. Морозова.

65

Морфологическая секция

МЕСТО ПАТОАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ДИНАМИКЕ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
СУМСКОЙ ОБЛАСТИ Романюк А.Н.,
Доценко А.В., Пятигор В.А.

67

СТРУКТУРА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПО
ДАНЫМ ОПАВ Проценко Е.С., Пономарчук Р.

68

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ
ИЗМЕНЕНИЯ В ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПЛОДОВ И
НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ НЕКОТОРЫХ
ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ Проценко Е.С.
Пономарчук Р.

69

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ВРОЖДЕННОЙ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ Рыжук Т.Л.,
Скопюк А.В., Хлиманцов П.В.

71

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ
И ПОЛУЧЕНИЕМ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ
Моисеенко О.С., Гордиенко А.В.,
Щербак И.А.

72

МОРФОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕУДКА В
УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ХИМИЧЕСКИМИ
АГЕНТАМИ Кусков Д.П.

74

ВЛИЯНИЕ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА
СУБМИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ
АДЕНОГИПОФИЗА Полякова В.И., Гайдаш О.

75

- УЛЬТРАСТРУКТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
АДЕНОГИПОФИЗА ИНТАКТНЫХ КРЫС
Полякова В.И. 76
- СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ
ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЩЕГО ОБЛУЧЕНИЯ ОРГАНИЗМА
Устьянский О.А. 77
- ИЗМЕНЕНИЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ
ХРОМОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА
Л.И. Киптенко, В.З. Сикора 78
- МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
НАДПОЧЕЧНИКОВ ИНТАКТНЫХ КРЫС
Л.И. Киптенко 79
- ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ
ОБЩЕМ ОБЛУЧЕНИИ Л.И. Киптенко,
Я.В. Хижняк 80
- РЕПАРАТИВНА РЕГЕНЕРАЦІЯ ДОВГИХ
ТРУБЧАСТИХ КІСТОК ПРИ ДІЇ СОЛЕЙ
ВАЖКИХ МЕТАЛІВ В.Я. Пак 81
- ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ
СРЕДЫ НА ЭРИТРОЦИТАРНОЕ ДЕПО ГОРМОНОВ
(ИНСУЛИНА И КАТЕХОЛАМИНОВ) Мардарь А.И.,
Конonenko O.C. 83
- РЕАКЦИЯ ЭПИТЕЛИЯ ТОНКОЙ КИШКИ НА
КОМБИНИРОВАННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ СОЛЕЙ
ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ И МАЛЫХ ДОЗ
ИОНИЗИРУЮЩЕЙ РАДИАЦИИ Бельх Т.П.,
Орловский Ф.В. 84
- ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОСТРУКТУРЫ ПЕЧЕНИ ПРИ
ИОНИЗИРУЮЩЕМ ОБЛУЧЕНИИ Болотная И.В.
Зякун О. 85

- МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ
ОСТРОЙ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ
ОРГАНИЗМА Болотная И.В., Сикора В.З. 86
- МИКРОСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПОД
ВЛИЯНИЕМ НИЗКИХ ДОЗ ИОНИЗИРУЮЩЕЙ
РАДИАЦИИ И ПОВЫШЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ СОЛЕЙ
ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ Л.Г. Сулим, Н.А.Цилорик 87
- УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОБЛУЧЕННОМ
РЕГЕНЕРИРУЮЩЕМ НЕРВЕ Васько Л.В.,
Васько Н.А. 88
- ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ НА СТРУКТУРУ И
МЕТАБОЛИЗМ ПЕЧЕНИ Болотная И.В.,
Скоренок М.А. 89
- РЕАКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОНОВ ГОЛОВНОГО
МОЗГА БЕЛЫХ КРЫС В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ
СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ Сенько В.М.,
Мардарь А.И. 90
- ИЗМЕНЕНИЯ ОСТЕОГЕНЕЗА ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ
ПОСТУПЛЕНИИ В ОРГАНИЗМ СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ
МЕТАЛЛОВ Сикора В.З., Погорелов М.Н. 91
- МОРФОСТРУКТУРА ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК ПРИ ОБЩЕМ
ОБЛУЧЕНИИ Л.Г. Сулим, В.З.Сикора 92
- ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ
ЛЕЙОМИОМЕ У РАБОТНИЦ ПРОМЫШЛЕННОГО
ПРЕДПРИЯТИЯ Карпенко Л.И., Выходцева Е.В. 93
- Секция неврологии и психиатрии
- ВЛИЯНИЕ РАБОТЫ СУМСКОГО "ТЕЛЕФОНА
ДОВЕРИЯ" НА ДИНАМИКУ СУИЦИДАЛЬНОЙ
АКТИВНОСТИ Махлин И.Г. 94

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНГАЛЯЦИОННОГО ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ Махлин И.Г.	95
КРИТЕРИИ "ЛИЧНОСТНОЙ НОРМЫ" Кустов А.В.	96
ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПСИХОПАТИЧЕСКИХ ЛИЧНОСТЕЙ Кустов А.В.	97
ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СНОВИДЕНИЙ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ Кустов А.В., Шамрай В.В., Мусияка Е.П.	98
ПРИМЕНЕНИЕ РИСУНОЧНЫХ ТЕСТОВ В КЛИНИКЕ ДУШЕВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Кустов А.В., Курилова М.А.	99
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАННИМИ ФОРМАМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ Ф.Г. Коленко	101
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ НЕЙРОХИРУРГИИ НА МЕДИЦИНСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ Ф.Г. Коленко, А.А. Поталов	102
ДЕЯКІ МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ТРОМБОЦИТІВ ПРИ ВАЖКІЙ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ Поталов О.О.	103
К ВОПРОСУ КЛАССИФИКАЦИИ ПОСТСОМНИЧЕКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ П.С. Билецкий	104
ПРИМЕНЕНИЕ НООТРОПОВ В ТЕРАПИИ ИНСОМНИИ П.С. Билецкий	105

- ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТИКЛИДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И
ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКИХ
ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 106
В.В. Джепа
- СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ТОНУСА И
БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО
МОЗГА ПРИ ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТОЙ
ДИСТОНИИ Н.В. Котик 107
- ДИАГНОСТИКА НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ
ЦЕРЕБРАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА 108
О.И. Коленко
- СОСТОЯНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ
ГОЛОВНОГО МОЗГА БОЛЬНЫХ С СУДОРОЖНЫМ
СИНДРОМОМ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА 109
М. А. Курилова
- РОЛЬ НЕТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ 110
С.А. Горячий
- Секция теоретической и экспериментальной медицины
- АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ И
ТКАНЕЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ЦЫПЛЯТ ПРИ
ИСПОЛЬЗОВАНИИ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ
ПРЕПАРАТОВ КАРОТИНА 111
Примова Л.А., Ужако П.В.
- СОДЕРЖАНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ
СТРЕССЕ Бугаева Е.Е. 112
- СУТОЧНЫЕ РИТМЫ НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ И ПЕЧЕНИ БЕЛЫХ КРЫС 114
Высоцкий И.Ю.

ДИНАМИКА ВЫЯВЛЕНИЯ HVS Ag У ДОНОРОВ

Любчак В.А. Каплин Н.Н. Махно Л.А.

Любчак В.В.

115

ПОКАЗАТЕЛИ АНТИТОКСИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА У
БОЛЬНЫХ ДИФТЕРИЕЙ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ

СООБЩЕНИЕ) Каплин Н.Н., Черняк А.Н.,

Габелюк Т.С., Христенко Г.И., Кравец Л.А.

116

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ

КИШКИ Погонцева И.М., Ройко Е.А.,

Марков Л.Л., Каплин Н.Н.

117

ДИСБАКТЕРИОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ

ЗАБОЛЕВАНИЯХ Липовская В.В.,

Гордиенко Е.Н.

118

НОСИТЕЛЬСТВО ГРИБОВ РОДА CANDIDA У

СТУДЕНТОВ II КУРСА МЕДИЦИНСКОГО

ФАКУЛЬТЕТА СумГУ В ДИНАМИКЕ

Сердюк С.Н., Галонова О.Г.

119

ВЛИЯНИЕ СТОКОВ ГОРОДСКИХ ОЧИСТНЫХ

СООРУЖЕНИЙ НА БАКТЕРИОПЛАНКТОН И

СТРУКТУРУ РЕСНИЧНЫХ ПРОСТЕЙШИХ

Бабко Т.Ф., Кузьмина Т.Н.

120

АНТИБИОТИКОГРАММА СТАФИЛОКОККОВ

ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ЗДОРОВЫХ НОСИТЕЛЕЙ

Солодовник А.В., Чимириш Н.Д., Каплин Н.Н.

121

ДИНАМИКА НОСИТЕЛЬСТВА ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО

СТРЕПТОКОККА У СТУДЕНТОВ 2 КУРСА

МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ЗА 1994 - 1996 гг

Троцкая И.А., Каплин Н.Н.

123

АЛГОРИТМ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ
И КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЧАСТНОЙ
МИКРОБИОЛОГИИ Н. Н. Каплин,
В. И. Федорченко, В. Г. Рачинская,
С. Н. Сердюк, В. В. Липовская, Т. Ф. Бабко

125

ПРОНИЦАЕМОСТЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ БАРЬЕРОВ
ЖЕЛУДКА КРЫС ДЛЯ АУТОГЕННЫХ ГЛОБУЛИНОВ
ПРИ ХИМИЧЕСКОЙ ДЕСИМПАТИЗАЦИИ
Литовченко Л. Ю.

127

КАТАЛАЗА МИОКАРДА ПРИ СТРЕССЕ У ВЗРОСЛЫХ
И СТАРЫХ КРЫС Гарбузова В. Ю.

128

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАВ ТКАНЕВЫХ БАЗОФИЛОВ ПРИ
ИНФЕКЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ У КРЫС
Пышнов Г. Ю., Мишенин М. Е.

130

ВЛИЯНИЕ ГИСТАМИНА, СЕРОТОНИНА И ГЕПАРИНА
НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГРАНУЛОЦИТОВ
ПРИ ВОСПАЛЕНИИ Пышнов Г. Ю., Мишенин Е. В.

131

АСКОРБАТ-ЗАВИСИМОЕ ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ
ЛИПИДОВ В СЕРДЦЕ ВЗРОСЛЫХ И СТАРЫХ КРЫС
ПРИ СТРЕССЕ Зновенко С. А.

132

ЖИРНОКИСЛОТНЫЙ СОСТАВ ПОДКОЖНОГО И
ВНУТРЕННЕГО ЖИРА НОРОК
В. И. Киндя, В. Д. Чиванов, Н. В. Пшиченко

133

ТРИГЛИЦЕРИДНЫЙ СОСТАВ ПОДКОЖНОГО И
ВНУТРЕННЕГО ЖИРА НОРОК В. И. Киндя,
В. Д. Чиванов, Н. В. Пшиченко

134

Итоговая конференция
МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

"Современные проблемы клинической и
экспериментальной медицины"

Редакционная коллегия

В.Э. Маркевич (ответственный редактор),
С.В. Попов (зам. ответственного редактора),
В.Э. Сикора, А.Н. Романюк, А.Г. Дяченко,
П.И. Сичненко

План 1997р.

Підп. до друку 04.08.97.

Тираж 100 прим.

Обл. - вид арк. 7,15.

Безкоштовно.

Формат 60x84 1/16.

Замовлення № 206

СумДУ, 244007, Суми, вул.
Римського-Корсакова, 2

"Ризоцентр" СумДУ. 244007, г. Суми,
ул. Римского-Корсакова, 2