

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 II

Сумы - 1997г

Секция педиатрии

О ДОГОВОРНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПРЕДПРИЯТИЯМИ И ДРУГИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ.

Кравец В. П.

Конотопская центральная районная больница

Привлечение денежных средств промышленных предприятий, колхозов, совхозов и других организаций на нужды здравоохранения способствует улучшению качества медицинского обслуживания населения.

В 1996 году нами заключено 25 договоров с различными организациями по оказанию дополнительной медицинской помощи работающим на общую сумму 50 тыс. гривен. Заключаемые договора были произвольной формы. Оплата основывалась на специально разработанных договорных ценах согласно прейскуранту. Перечисление средств осуществлялось на спецсчет больницы. Средства, полученные больницей, пошли на улучшение материально-технической базы (59.8%), в частности на приобретение медицинской аппаратуры и эстетическое оформление отделений.

Нами разработано положение о премировании медицинских работников ежеквартально и по итогам работы за год из средств, перечисленных промышленными предприятиями, колхозами, совхозами и другими организациями.

Привлечение дополнительных средств способствовало увеличению бюджета здравоохранения города и района на 0.6%.

Таким образом, привлечение дополнительных денежных средств способствует повышению качества оказания медицинской помощи, укреплению материальной базы лечебного учреждения, материальному стимулированию труда медицинских работников и необходимости дальнейшей разработки системы страховых отношений.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ

Кравец В.П., Кравец А.В.

Конотопская центральная районная больница

Анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о наличии различных методических подходов к оценке качества медицинской помощи.

Нами в основу оценки качества положено ряд критериев, включающих: качество обследования и лечения больных, а также состояние пациента при выписке из стационара. Мы считаем, что оценка качества должна носить комплексный характер и состоять из 4 компонентов (адекватность, экономичность, эффективность и научно-технический уровень).

В здравоохранении существует система ведомственного контроля. Однако это не означает, что его интерес не может быть представлен при оценке качества медицинской помощи.

Оцениваем качество оказания медицинской помощи системой экспертных оценок состоящей из 3 этапов. На I-м этапе экспертизу проводит заведующий отделением всех историй болезни и амбулаторных карточек выписанных из стационара больных. На II-м этапе экспертную оценку проводит заместитель главного врача по медицинской части в 50% случаях. На III-м этапе работает независимая экспертная комиссия. В ее состав входит главный врач больницы, заместители главного врача, сотрудники оргметодкабине-

та, планово-экономического отдела, заведующие отделениями и при необходимости различные специалисты. Разработано положение об экспертной комиссии и утверждён график работы.

Главной задачей экспертной комиссии является оценка качества оказания медицинской помощи и воспитание у врачей проведения самоанализа их деятельности.

Нами применяются стандарты качества лечебно-диагностического процесса для различных групп больных. После проведения экспертизы каждая история болезни получает определенный балл. Затем высчитывается средний балл на каждого врача, отделение. Кроме того, обязательной экспертизе подлежат истории болезни умерших больных, вышедших на инвалидность, лечившихся длительное время, имеющих послеоперационные осложнения и др.

Более сложной является оценка качества оказания медицинской помощи амбулаторно-поликлинической сети в силу многообразия и полиморфности видов деятельности. Мы считаем, что раннее выявление наиболее распространенных, социально значимых заболеваний могут достаточно объективно характеризовать качество работы поликлиники. Особое внимание обращалось на полноту и своевременность обследования больных, частоту выявления запущенных случаев заболеваний с глубоким анализом их причин, а также анализ дефектов медицинской помощи при переводе больного на инвалидность. Оцениваем качество работы с часто и длительно болеющими больными, проведение реабилитационных мероприятий и тд.

Применяемая нами оценка качества позволяет персоналу проявлять инициативу, выявлять резервы, совершенствовать работу. В процессе работы происходят определенные изменения и корректировки.

Созданная и внедрённая модель качества позволила обеспечить сокращение доли диагностических ошибок на догоспитальном этапе более чем в 1,0-1,5

раза; уменьшить долю несвоевременного обследования с 25% до 5%; возрастание полноты обследования с 48% до 85%; сокращение числа диагностических ошибок в 0,5 раза; сократить средние сроки лечения больных в среднем на 2-3 дня, что дало определенный экономический эффект.

Таким образом, оценка качества медицинской помощи позволила интенсифицировать труд и повысить его качество, улучшить результаты обследования и лечения больных, получить значительный экономический эффект, подготовить к работе медицинских работников в новых условиях хозяйствования.

БРИГАДНАЯ ФОРМА ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА В ЦРБ

Кравец В.В., Кравец А.В..

Конотопская центральная районная больница

В Конотопской центральной районной больнице имеется определённый опыт бригадной формы организации труда, который используется на протяжении последних 5-ти лет. В составе больницы имеются стационар на 800 коек, поликлиника для взрослых на 600 посещений в смену, поликлиника для детей на 250 посещений в смену, стоматологическая поликлиника, станция скорой неотложной медицинской помощи, станция переливания крови, противотуберкулёзный и онкологический диспансеры и др..

По бригадному методу работает 8 структурных подразделений. Имеются комплексные бригады (весь коллектив отделения) и специализированные бригады (врачей, медсестёр, санитарок, лаборантов, хозяйственной службы) и др..

Нами разработаны критерии для врачей, которые включают количество пролеченных больных, качество обследования, своевременной диагностики и лечения, внедрения новых методов обследования и лечения,

выполнения функциональных обязанностей. критериями для медсестёр являются: качество и количество выполненной работы, выполнение функциональных обязанностей и дисциплина труда.

Для бригады санитарок используем следующие показатели: количество и качество выполненной работы, трудовая дисциплина и культура общения с больными.

Мы разработали перечень необходимых документов и был издан указ по больнице. Ежемесячно проводились собрания коллектива бригады, где обслуживались итоги работы и выводился коэффициент трудового участия (КТУ) каждого сотрудника бригады. На собраниях решается вопрос о размерах доплаты к основной заработной плате или премии за работу по бригадному методу.

КТУ выставлялся по сумме баллов в конце месяца по утверждённым критериям для врачей, медсестер, лаборантов, санитарок, которые изложены выше. Применяли 10-ти бальную оценку по каждому критерию. Порядок применения КТУ определяется на общем собрании бригады.

Внедрение бригадной формы организации труда является важной составной частью нового хозяйственного механизма.

ВСТЕЧАЕМОСТЬ *HELICOBACTER PYLORI* У БОЛЬНЫХ С ДЕСПЕПСИЕЙ ЖЕЛУДКА

В.П. Кравец, В.Ф.Петренко, В.Ю.Герасименко
Конотопская центральная районная больница

В этиологии хронического гастрита особое значение уделяется *Helicobacter pylori* /HP/. Однако, в отечественной литературе мало работ посвященных изучению встречаемости HP в слизистой оболочке желудка при различных её морфологических изменениях. В работе изучены результаты исследований биопсий

слизистой оболочки желудка у больных с диспепсиями желудка в период 1993-1995г.г. Возраст больных от 18 до 70 лет. Мужчин было 71, женщин - 79. Всем больным проводили фиброгастроскопию и иссекали по 2-4 биоптата слизистой оболочки фундального и антрального отделов желудка. Морфологические изменения слизистой оболочки желудка оценивались критериями описанными ранее исследователями. НР выявляли в срезах по общепринятым методикам.

Обследуемые лица были разделены на 3 группы: 1-я группа с нормальной слизистой оболочкой; 2-я группа - лица с явлениями поверхностного гастрита легкой, умеренной или выраженной степени; 3-я группа - лица с явлениями хронического атрофического гастрита легкой, умеренной или выраженной степени.

Из 150 обследованных НР обнаружен у 104 (69%) больных. В 1-й группе обследованных лиц НР в 3 (12%) случаях. Во 2-й группе - 73 (89%). У больных с легкой степенью - 24 (29,3%), с выраженной степенью поверхностного гастрита у 31 (37,8%). В 3-й группе обследуемых лиц НР обнаружены в 12 (27,9%) случаях, умеренной степени - 9 (20,9%), при выраженном хроническом атрофическом гастрите - 7 (16,3%).

Нами, как и другими исследователями, установлена корреляционная связь между числом НР в слизистой оболочке желудка и лимфоплазмоцитарной и нейтрофильной её инфильтрации, выраженностью дистрофии поверхностного фовеолярного эпителия.

Наиболее часто НР регистрировали при хроническом поверхностном гастрите - 73 (89%) случая. У 28 (65,1%) лиц отмечали уменьшение встречаемости НР при хроническом атрофическом гастрите, что можно объяснить появлением кишечной метаплазии эпителия, при которой меняется состав слизи, неблагоприятно влияющий на присутствие НР.

При изучении возрастной структуры больных было

установлено, что у лиц 16-19 лет НР не обнаруживались; 20-29 лет обнаружено в 7 (50%) случаях; 30-39 лет - 12 (30%); 40-49 лет - 20 (95,2%); 50-59 лет - 33 (91,7%); 60-69 лет 32 (86,5%). НР наиболее часто встречаются в возрастной группе 40-49 лет - 20 (95,2%). При определении НР у мужчин обнаружено в 49 (69%) случаев, у женщин - 56 (70%).

Таким образом, у больных с диспепсиями желудка НР встречается в 69% лиц. Пик обсеменения слизистой оболочки желудка выпадает на возраст 40-49 лет. Отмечается также корреляционная связь между числом НР в слизистой оболочке желудка и её лимфоплазмоцитарной и нейтрофильной инфильтрацией.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНЫХ ОТРОСТКОВ СЛЕПОЙ КИШКИ

В.П. Кравец, В.Ф.Петренко, В.Ю.Герасименко
Конотопская центральная районная больница

Важной проблемой неотложной хирургической помощи населению является острый аппендицит - одна из самых частых причин госпитализации больных в стационар. Однако, не во всех червеобразных отростках (ЧО), удалённых по поводу "острого аппендицита", определяется при гистологическом исследовании воспалительный процесс.

Целью нашей работы являлось изучение результатов гистологических исследований ЧО, удалённых во время операции за период с 1957 по 1995 г.г. Нами изучены 7951 гистологических исследований аппендиксов. Лиц мужского пола было - 3848 (48,4%), женского - 4103 (51,6%).

Характеристика состояний червеобразных отростков представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Характеристика состояний червеобразных отростков

№п/п	Состояние червеобразного отростка	Количество случаев	
		абс. число	%
1.	Отросток без воспалительных изменений	167	2,1
2.	Острый простой аппендицит	2144	27,0
3.	Острый флегмонозный аппендицит	3844	49,0
4.	Острый гангренозный аппендицит	273	3,4
5.	Хронический аппендицит	1452	18,2
6.	Опухоли червеобразного отростка	11	0,2
7.	Прочие формы патологии червеобр. отростка	7	0,1
	ИТОГО	7951	100,0

Наиболее часто ЧО удаляется по поводу острых форм деструктивного аппендицита - 4170 (52,4%) случаев, в т.ч. острого флегмонозного аппендицита - 3897 (49%), острого гангренозного аппендицита - 273 (3,4%). Острый простой аппендицит и хронический аппендицит встречались соответственно - 2144 (27,0%) и 1452 (18,2%) лиц.

Воспалительные процессы в ЧО в 93 (1,2%) наблюдениях ассоциировались с глистной инвазией. Во всех случаях в ЧО обнаруживались яйца или особи остриц. Мы не отмечаем четкой корреляции между формой воспалительного процесса в ЧО и глистной инвазией. Так, при остром простом аппендиците глистная инвазия острицами определялась в 29 (1,5%), при остром флегмонозном аппендиците - 42 (1,0%), при остром гангренозном аппендиците - 22 (2,4%). В то же время необходимо отметить, что

глистная інвазія ні в одному випадку не виявлялася в ЧО без запальних змін.

Частота зустрічальності опухолей ЧО виявлена у 11 (0,2%) хворих. Карциноїд зустрічався в 6 спостереженнях. На фоні карциноїдної опухолі у двох осіб було місце гострої флегмонозної запалення, у решти - гострий простий запальний процес. Серед інших форм патології ЧО - хвороба Крона, міксоблобулез і туберкулез зареєстровані по 1 випадку, а в 4-х спостереженнях зміни були викликані системними захворюваннями крові.

Таким чином, ЧО найчастіше видаляється при деструктивних формах апендициту (52,4%). В випадках асоціації глистної інвазії з запаленням в ЧО немає чіткої кореляції її з формою запального процесу.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ТИРЕОЇДНОЇ АКТИВНОСТІ ТА ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ, ЩО ЗАЗНАЮТЬ ВПЛИВУ ПРОМИСЛОВИХ ВИКИДІВ ТА МАЛИХ ДОЗ ІОНІЗУЮЧОГО ОПРОМІНЕННЯ

Маркевич В.Е., Загородній М.П.

Сумський державний університет.

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

В зв'язку з несприятливою екологічною ситуацією, що склалася в більшості областей України, відзначається погіршення показників здоров'я населення, особливо дитячого.

Після Чорнобильської катастрофи екологічна ситуація в Україні стала однією із самих несприятливих у світі (Волосовець О.П. 1995, Rich V.1989).

Вплив антропогенних хімічних забруднювачів і радіації на здоров'я дітей буде посилюватися також по причині економічних умов, що погіршилися в останній час (Вельтишев Ю.Е. 1995).

Актуальною проблемою є гіперплазія щитовидної залози, частота якої в останній час значно збільшилася і по наших даних доходить до 87%. Нами при

обстеженні 1500 дітей, що проживають в різних за екологічною характеристикою районах. У дітей, що зазнають спільної дії промислових викидів та малих доз іонізуючого опромінення виявлені ознаки дезінтеграції гіпофізарно-тиреоїдної системи, порушення неспецифічних факторів захисту та імунітету. Результати проведених нами досліджень дозволяють запропонувати наступні рекомендації:

1. Для більш активного виведення радіонуклідів в харчування дітей раціонально включати багаті пектином продукти. Використовувати ентеросорбенти, харчові добавки з радіопротекторною дією. Ці ж речовини гарно зв'язують також солі важких металів. Враховуючи виявлені порушення обміну гормонів щитовидної залози, для нормалізації його назначаються вітамінні комплекси, включаючи вітаміни Е, А, Д, олію, яка містить поліненасищені жирні кислоти.

2. Для корекції імунних порушень перевагу надаємо препаратам рослинного походження: відвару (настойці) календули, адаптогенам (настойці жень-шеня, елеутерококка, аралії). При відсутності порушень функціональної активності щитовидної залози використовувати вітамін Д, який являється імуномодулятором на рівні інтерлейкінів, контролює диференціювання субпопуляцій лімфоцитів.

3. Враховуючи наявність стресорних факторів (екологічний стрес) і їх роль в розвитку дифузного збільшення щитовидної залози, адаптогени назначаємо з урахуванням матеріальних можливостей батьків. Доцільно включати в комплекс лікування також препарати коріння валеріани в звичайних вікових дозах.

4. Знаючи негативну роль в розвитку гіперплазії щитовидної залози деяких препаратів (пеніцилін, стрептоміцин, сульфаніламід, еритроміцин, левоміцитин, дифенін) їх дітям, що проживають в районах спільної дії малих доз радіації та солей

важких металів, назначати потрібно вкрай обережно.

5. З меню виключаються продукти що мають струмогенний ефект (квасоля, арахіс, ріпа, цвітна капуста, шпинат). Ефективність профілактичних заходів підвищується при збагаченні раціона продуктами, які багаті міддю та кобальтом.

6. Враховуючи, що в осіб, які одержали радіаційне опромінення порушується метаболізм вітаміна А, знижується вміст в крові вітаміна Е, при зростанні в ньому потреби важливим моментом є використання цих вітамінів в звичайних вікових дозах круглорічно.

7. Надзвичайно важливим в підвищенні неспецифічних факторів резистентності є нормалізація функціональної активності щитовидної залози. При зниженні її функції назначається замісна терапія в звичайних дозах.

8. Важливим моментом в проведенні імуномодельючої терапії є диференційовка ланок імунітету, що потребують корекції (клітинний, гуморальний), що вимагає лабораторного обстеження і підбору необхідних модуляторів перед їх призначенням. Препарати тимуса назначати вкрай виважено. Як модулятор використовувати також корінь солодки (глицирам). Пропонуємо препарати, що впливають на клітинну ланку імунітету (метилурацил, пентоксил) назначати які варто під контролем лабораторного обстеження.

9. Важливим етапом в нормалізації імунного стану дітей є санація вогнищ хронічної інфекції. При цьому використовувати стаціонарне, амбулаторне і санаторне лікування.

10. В комплекс заходів бажано включати закаливання, лікувальну фізкультуру, психотерапію, рефлексотерапію.

11. Для профілактики ГРВІ таким дітям обережно назначаються інтерферогени, так як рівень інтерферону в крові у них звичайно вищий, ніж в "екологічно чистих" районів.

ОРГАННЫЙ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ С АНТИБИОТИКАМИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Овечкин В.С.

Областная детская клиническая больница

Проблема лечения перитонитов у детей одна из актуальных. Очевидной необходимостью использования физиотерапевтических методов совместно с антибиотиками. По республике лежало 0.17% и средние сроки пребывания больного 15.6 дня.

Нами изучена антибактериальная активность при органном электрофорезе в лечении аппендикулярного перитонита у 25 детей в возрасте с 1 года до 14 лет. При этом особое внимание уделяли определению возбудителя.

Из гноя выделена: *E. coli* - 11 (44%) больных, *S. aureus* - 6 (24%), *Proteus* - 4 (16%), *P. aeruginosa* - 2 (8%), *S. epidermidis* - 2 (8%), *E. coli* была чувствительной к гентамицину, канамицину, мономицину, цефалатину, рифлину.

S. aureus - к канамицину, гентамицину, левометицину.

Proteus - к цефалотину, рифлину, канамицину.

P. aeruginosa - к гентамицину и рифлину.

Все дети оперированы. После операции им проводим антибактериальную терапию с органным электрофорезом. При этом вводим суточную дозу в/венно. Курс лечения составлял 6-7 суток.

Признаки острого перитонита в среднем через 3-5 суток исчезли, нормализовались температура тела и показатели крови. Сократился на 3 дня срок пребывания оперированного больного.

Все дети выздоровели, осложнений и побочных реакций при применении органного электрофореза не отмечено.

Показанием к органному электрофорезу являлись: общее состояние больного; множественные кишечные абсцессы; прогрессирующий послеоперационный перитонит; ранняя спаечная непроходимость кишечника при выраженных воспалительно-деструктивных изменениях его стенки.

Таким образом, применение данного метода положительно отразилось на результатах лечения.

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Алисиевич Э.А.

Сумская областная детская клиническая больница

В связи с экологическим кризисом в государстве, снижением жизненного уровня населения наблюдается ухудшение всех основных показателей здоровья. Особенно страдают дети, как наименее защищенная часть населения. Система здравоохранения недостаточно финансируется, что вынудило на местах провести значительное сокращение коечного фонда, сократить медицинский персонал. Наиболее пострадало сельское здравоохранение, где врачебная помощь детям становится практически недоступной.

Кризис власти, отсутствие реальной концепции реформирования системы здравоохранения государства повышает роль управления на местах в принятии мер по недопущению значительного ухудшения качества лечебно-диагностического процесса. Вместе с тем такие меры на местах применяются несвоевременно или вообще не принимаются. Финансирование, отпускаемое на здравоохранение государством, не позволяет обеспечить приобретение медучреждениями современного оборудования, медикаментов. Имеющееся диагностическое и лечебное оборудование морально устаревает, выходит из строя. Больше половины выделяемых бюджетом средств уходит на зарплату, что в ближайшее время может привести к значительному

ухудшению качества медицинской помощи населению, потерей тех основных достижений отрасли, которые получены в течение десятилетий.

Медицинские работники понимают трудности государства и делают все зависящее от них по обеспечению населения медицинской помощью. Удалось в 1996 году добиться даже снижения младенческой смертности, но это благодаря тому, что старая система еще продолжает работать по инерции и медработники еще не перешли на "рыночные отношения". Главной задачей системы здравоохранения в этот кризисный период является сохранение здоровья детей, без чего теряет смысл проведение реформ, а государство теряет свое будущее. Но энтузиазм медработников имеет свои пределы. Длительные и постоянные задержки зарплаты, постоянные сокращения штатов лечебных учреждений, отсутствие даже самого необходимого для оказания медпомощи, переход медработников по жизненному уровню за черту бедности - приводит их к апатии. Все это может в ближайшем будущем сказаться на отношении их к работе, которая не обеспечивает даже их минимальные жизненные потребности.

Отношение управленческих структур к системе здравоохранения пока осталось старое: здоровье населения - проблема медработников. Органы власти на местах еще не прониклись ответственностью за состояние здоровья детей. Бесплатное здравоохранение становится только благим пожеланием. Затраты непомерным грузом ложатся на больного.

Основными задачами, стоящими перед органами власти на местах, является недопустить полного развала системы здравоохранения, необоснованного сокращения лечучреждений, после которых станет невозможным их открытие. Обеспечить за счет государства гарантированным минимальным уровнем медицинской помощи, а остальные виды помощи - платные, на принципах страховой медицины и т.д. Вместе с тем необходимо приложить все усилия по сохранению имеюще-

гося кадрового потенциала медработников. Принимать все меры по повышению профессионального мастерства медработников. Пересмотреть работу среднего персонала и шире использовать его для оказания лечебной помощи сельскому населению, где врачебная помощь становится практически недоступной. Для этого необходимо проводить обучение его по специально разработанным программам. Всесторонне повышать роль науки в практическом здравоохранении. Принять все меры по обеспечению бесплатной медицинской помощью детей, беременных.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У ДЕТЕЙ

Вотникова Н.Э., Мазурек А.В., Загородний Н.П.
Кафедра детских болезней СумГУ

После Чернобыльской катастрофы в 2-3 раза стала чаще встречаться гиперплазия щитовидной железы (ГЩЖ) у детей. Чаще диагностируются аутоиммунные тиреоидиты (АИТ).

Нами проведена экспериментальная оценка 29 историй болезни детей от 7 до 15 лет, находившихся на обследовании в СОДКБ в 1992-93 гг. и страдающих АИТ. Контрольной группой взяты 29 детей аналогичного возраста с ГЩЖ. Среди детей с АИТ жалоб не предъявляли 11 человек, в 6 случаев отмечались головные боли, в 7 - слабость, повышенная утомляемость.

У 29 детей, которые госпитализированы по поводу ГЩЖ, головные боли наблюдались у 10 человек, слабость и утомляемость у 6 человек. У 10 из них жалоб на самочувствие не было.

Проведенный анализ свидетельствует, что на основании жалоб дифференцировать АИТ от ГЩЖ не представляется возможным.

При пальпации щитовидной железы у детей с АИТ у



88,8% случаев отмечена неравномерность щитовидной железы (шероховатость ее поверхности), чего не было у детей с ГЩЖ.

При оценке данных ультразвукового (УЗ) сканирование отмечено, что у детей с АИТ наблюдалась неравномерность эхогенной картины, поперечная исчерченность железы.

Нами проведен анализ основных показателей крови детей сравниваемых групп. При этом установлено, что у детей с АИТ более низкие показатели гемоглобина по сравнению с группой детей с ГЩЖ (соответственно 111.2 ± 1.4 г/л, 118.0 ± 21 г/л), более низкие показатели В-липопротеидов ($31.4 \pm 1.9\%$, $35.0 \pm 1.9\%$).

Установлено также, что у детей с АИТ в 30% случаев наблюдалось повышение уровня в крови IgE. Концентрация микросомальных антител у детей с АИТ была на довольно низких цифрах и ни в одном случае не превышала допустимых величин. При анализе тиреоидной активности (ТЗ, Т4) достоверной разницы у детей сопоставляемых групп нами не выявлено. В случае сниженной тиреоидной активности у детей обеих групп наблюдалась сухость кожи, повышенная сухость и ломкость волос, и блеклость, сухость кожи.

Таким образом проведенный анализ позволяет сделать вывод, что клинически дифференцировать АИТ и ГЩЖ очень трудно. Данные пальпаторного обследования щитовидной железы часто носят субъективный характер и только УЗ картина позволяет заподозрить АИТ.

Учитывая это, считаем целесообразным детям с ГЩЖ проводить УЗИ, что позволит своевременно диагностировать АИТ и не допускать выраженных нарушений функциональной активности ЩЖ.

ОСОБЕННОСТИ ОТЕКА-НАБУХАНИЯ МОЗГА ПРИ
БАКТЕРИАЛЬНОМ МЕНИНГИТЕ У ДЕТЕЙ
(К ВОПРОСУ О ДИАГНОЗЕ ГНОЙНОГО МЕНИНГО-ЭНЦЕФАЛИТА)

Л. Р. Биттерлих

Сумская областная детская клиническая больница

С целью изучения клинических особенностей и инструментально - диагностических критериев отека-набухания, осложнившего течение менингита, обследовано 17 детей в "менингитном" отделении инфекционной детской клинической больницы г. Харькова. 14 детей поступили в стационар с явлениями отека-набухания головного мозга, у 3 больных осложнение развилось несколько позднее.

Причиной отека-набухания у большинства больных (12 чел.) являлся менингококковый менингит, сопровождавшийся менингококцемией. В случаях с неуточненной этиологией отек развился на фоне проявлений инфекционно-токсического шока. Таким образом, патогенез осложнения был обусловлен, в первую очередь, воздействием неспецифических инфекционно-токсических факторов. Данное заключение подтверждается тем, что воспалительные изменения в ликворе у больных, поступивших с явлениями отека-набухания головного мозга, в 5 случаях при первой люмбальной пункции отсутствовали и были выявлены только при последующих исследованиях.

Основанием для диагностики отека-набухания и проведения адекватной терапии являлись клиничко-инструментальные данные. У всех детей было зарегистрировано нарушение сознания по типу комы различной степени. Судороги имели место у 12 больных, носили тонический характер в 5 случаях. Выраженные признаки пирамидной недостаточности наблюдались при отеке у 8 больных. Стойкий органический дефект ко дню выписки оставался только у 2 детей.

У детей, поступивших в стационар с явлениями отека-набухания головного мозга, была отмечена специфическая динамика ультразвуковых показателей, отличающаяся от типичной. Ширина желудочков на высоте внутричерепной гипертензии при отеке-набухании не превышала норму, а у больных раннего возраста боковые желудочки были значительно сужены. На фоне проводимой антибактериальной и противоотечной терапии по мере выхода из комы ширина желудочков увеличивалась и достигала максимума на этапе санации ликвора. Отмеченная динамика изменения ширины желудочков при отеке-набухании головного мозга свидетельствует о наличии прямой связи между уровнем внутричерепной гипертензии и степенью сужения желудочков в условиях данного осложнения.

Данные проведенных исследований свидетельствуют о том, что наличие органической симптоматики при менингите не является основанием для постановки диагноза "менинго-энцефалит". Такие критерии дифференциального диагноза менинго-энцефалита и отека-набухания мозга при менингите, как выраженность резидуального дефекта и неравномерность поражения полушарий, также не являются абсолютными. Частота заключений "гнойный менинго-энцефалит" в отечественной патоморфологической экспертизе противоречит отсутствию такого диагноза при ядерной магнитно-резонансной томографии, по данным которой структурное поражение мозга при гнойных менингитах носит локальный характер и описывается, как ишемический инфаркт, эпендиматит, фокальный кортикальный некроз и церебрит (ранняя стадия абсцесса).

ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДА РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТИПА ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ У ДЕТЕЙ

Л. Р. Биттерлих,

Сумская областная детская клиническая больница

Реоэнцефалография (РЭГ), наряду с электроэнцефалографией, до сих пор остается рутинным методом, шаблонно назначаемым в стандартной схеме обследования детей с головными болями.

С целью уточнения диагностической значимости метода нами проведен анализ исследований 21 автора по определению средних значений различных параметров РЭГу здоровых детей дошкольного и школьного возраста (иностранные публикации в обзор не вошли, так как с 1983 года рубрика "rheoencephalography" исключена из "Index Medicus" в связи с прекращением публикаций по этой теме за рубежом).

При визуальном (качественном) анализе большинство авторов отмечает большую изменчивость, неустойчивость реографических волн, отсутствие их регулярности во время исследования, изменчивость результатов при повторных исследованиях. Это объясняется повышенной лабильностью сосудистой системы, характерной для здоровых детей. Большинство авторов отмечает наибольшую лабильность в пубертатном возрасте.

При количественном анализе поражает значительный разброс средних показателей основных параметров (длительность анакротической фазы; амплитуда основной волны; расположение и высота инцигуры) у разных авторов в аналогичных возрастных группах. Динамика изменения амплитуды по отдельным возрастным периодам у разных авторов различна, особенно выражен разброс средних показателей в пубертате. В норме положение инцигуры разные авторы определяют в разных отделах катакроты - выше или

ниже среднего расстояния между изолинией и вершинной РЭГ-кривой. Соответственно различаются данные по нормам дикротического индекса и аналогичных параметров. Большинство авторов с возрастом отмечают снижение дикротического индекса, что свидетельствует о постепенном уменьшении невротического тонуса (периферического сопротивления). Однако, по данным других авторов дикротический индекс остается без выраженных изменений или несколько повышается с возрастом.

Результат проведенного анализа свидетельствует об отсутствии надежных показателей возрастной нормы РЭГ у детей, что не позволяет достоверно отличить здорового ребенка от ребенка с сосудистыми нарушениями с помощью РЭГ.

Несмотря на это, нам удалось найти применение для РЭГ в диагностике типа односторонней головной боли при условии проведения исследования непосредственно во время приступа. При записи РЭГ у 12 детей асимметрия реограмм на "больной" и "здоровой" стороне позволила диагностировать вагоспастический тип головной боли у 7 детей, вагопаралитический - у 5, с последующим эффективным медикаментозным купированием приступа и назначением адекватного препарата для профилактики последующих приступов. Автор регулярно использует данный подход на себе при появлении односторонних височных головных болей.

Данные проведенного анализа свидетельствует о неинформативности использования РЭГ вне приступа головной боли и сомнительной информативности при записи во время двухсторонней головной боли у детей, что на практике приводит к гипердиагностике сосудистого генеза головной боли, венозного застоя и ликворной гипертензии из-за неадекватной возрастной трактовки реограммы. Объем данной публикации не позволяет нам оценить уровень экономического ущерба в масштабах отдельной области и

всей страны, обусловленный шаблонным назначением РЭГ у детей.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТОКА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Попов С.В., Синяк В.В.

Кафедра детских болезней медицинского факультета
СумГУ

Гипоксически-травматическое поражение центральной нервной системы является наиболее частой причиной тяжелого состояния в периоде новорожденности, приводя к летальным исходам и задержке психомоторного развития в более позднем возрасте. Изучение особенностей функционирования органов и систем при данном заболевании является актуальной задачей неонатологии.

Проводилась оценка состояния внутрисердечной гемодинамики у 48 новорожденных детей в возрасте от 3 до 28 дней жизни с гипоксически-травматическим поражением ЦНС. Методом исследования служила доплероэхокардиография, выполняемая с помощью прибора "Алока-630" с доплеровским блоком "UGR-38". Определялись следующие показатели: Vav-средняя скорость кровотока, Ast-время ускорения кровотока в систолу на аорте и на легочной артерии.

По полученным данным средняя скорость кровотока в систолу на легочной артерии была менее высокой, чем на аорте в течение раннего неонатального периода. В позднем неонатальном периоде достоверной разницы в скорости кровотока на магистральных сосудах найдено не было. В то же время показатель Ast был достоверно более низким на легочной артерии.

Учитывая данные, что средняя скорость кровотока отражает объемный кровоток, можно предположить,

что в первые сутки жизни объем кровотока более высок в аорте. Дефицит выброса в малый круг кровообращения восполняется на уровне артериального протока. Возможность лево-правого шунтирования крови через артериальный проток подтверждается сравнительной величиной AoT -более низким значением на легочной артерии.

В позднем неонатальном периоде объемный кровоток сравнивается, что определяется закрытием фетальных коммуникаций.

В то же время у 6 детей (12,5%) отмечено преобладание показателя AoT на легочной артерии. В клинической картине у таких новорожденных отмечено наличие данных за СДР, а в анамнестических-неблагоприятное течение беременности с внутриутробной гипоксией плода.

Наличие ДоЭхоКТ-признаков легочной гипертензии свидетельствовало, по-видимому, об нарушении инволюции мышечного слоя легочных артерий.

ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Попов С.В., Попова Т.Н.

Кафедра детских болезней
медицинского факультета СумГУ,

Сумская областная детская клиническая больница

Гипоксически-травматическое поражение ЦНС является одной из наиболее частых причин, приводящих к утяжелению общего состояния в периоде новорожденности. Изучение особенностей течения данной патологии является актуальной задачей неонатологии по настоящее время.

Проводилось изучение особенностей анамнеза (соматический статус матери, течение беременности и родов) с выявлением факторов оказывающих наиболее

значимое влияние на рождение детей с наличием синдрома дыхательных расстройств (СДР) центрального генеза и которым, в дальнейшем, выставлялся диагноз спинальная (краниоспинальная) родовая травма. Всего исследовано 20 историй болезни новорожденных детей, из них у 7 были выявлены признаки СДР центрального генеза.

Методом факторного анализа выявлялись наиболее значимые причины, способствующие развитию у новорожденных с гипоксически-травматическим поражением ЦНС в раннем неонатальном периоде дыхательных расстройств. Использовалась программа для статистических расчетов "Statgraphics", также ПМК "МК-61".

В результате исследования были получены данные, которые свидетельствовали о том, что наиболее значимыми факторами в развитии у новорожденных детей гипоксического и травматического поражения ЦНС длительность II периода родов более 20 мин (причем воздействие данного фактора примерно одинаково для обоих вариантов), образовательный ценз матери (несколько выше для гипоксического поражения), анемия во время беременности.

В развитии травматического повреждения ЦНС большее значение имели такие факторы как эпизиотомия в родах, применение акушерских пособий, повышающих риск травматизации ребенка. Такой фактор как масса тела не имел значения для развития родовой травмы и СДР центрального генеза.

Таким образом в развитии гипоксического и травматического поражения ЦНС первоочередными факторами являлись те, воздействие которых возможно устранить во время беременности (анемия) и родов (длительность II периода более 20 мин). Низкий образовательный ценз как фактор риска является объяснимым с точки зрения планирования беременности и выполнения всех рекомендуемых мер во время беременности и родов.

Из вышесказанного следует, что уменьшение числа детей, рождающихся с гипоксически-травматическим поражением ЦНС является прежде всего социальной задачей.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У НОВОРОЖДЕННЫХ С СИНДРОМОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАСТРОЙСТВ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Попов С.В., Зинченко С.В.
Кафедра детских болезней
медицинского факультета СумГУ,
Сумская областная детская клиническая больница

Проводилось изучение особенностей церебрального кровотока у новорожденных с гипоксическим поражением ЦНС, а также у новорожденных с травматическим поражением ЦНС и с наличием СДР центрального генеза. Всего было исследовано 48 доношенных новорожденных детей с возрастом от 3 до 28 дней жизни. Основным методом исследования служила доплерография, выполняемая на аппарате "Алока-630" с доплеровским блоком "UGR-38". Определялись следующие показатели: максимальная скорость кровотока (V_{max}), минимальная скорость кровотока в начале (V_{min1}) и в конце (V_{min2}) диастолы, средняя скорость кровотока (V_{av}) на 3-14 и 15-28 день жизни. Процессором аппарата рассчитывались индексы-пульсационный и резистентности. Данные параметры определялись на базилярной артерии (БА), передней мозговой (ПМА), левой (ЛСМА) и правой (РСМА) средних мозговых артериях.

Полученные результаты обрабатывались методами вариационной статистики с использованием электронных таблиц "Excel 7.0" для "Windows 95". Полученные данные показывали, что скорость кровотока на церебральных артериях у новорожденных с травматическим поражением ЦНС и СДР центрального генеза

была ниже, чем таковая у детей с гипоксическим поражением ЦНС. В то же время у последних отмечено большее значение пульсационного индекса и индекса резистентности (достоверно на базальной и передней мозговых артериях). К исходу первого месяца жизни происходило уменьшение разницы между показателями скорости кровотока и индексов резистентности (отсутствовали достоверные различия).

Полученные данные могли свидетельствовать нарушении мозгового кровотока, прежде всего на БА и ПСМА, обусловленным наличием вертебро-базилярной ишемии, как нами отмечалось и ранее. Однако отмечено снижение объемного кровотока на всех мозговых артериях. Последнее могло объясняться феноменом "обкрадывания" - уменьшением выброса крови в каротидные и вертебральные артерии за счет шунта слева направо по артериальному потоку.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАМАЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Железная О.И., Редько Е.К., Шляхетский О.Л.

Тяжелые перинатальные повреждения у новорожденных (гипоксия, травма, инфекция), хирургические вмешательства в раннем неонатальном возрасте сопровождаются выраженным болевым синдромом. Купирование болевого синдрома в комплексной терапии патологических состояний новорожденных играет значительную роль, в первую очередь, в плане защиты центральной нервной системы.

Традиционное применение как обезболивающего средства анальгина (активное вещество - метамизол натрия) в дозе 0,1 мл/кг/сут 50% раствора, в том числе и в сочетании с димедролом, как правило (по опыту работы отделения реанимации новорожденных СОДКБ) не приносит желаемого эффекта, что подтверждается в литературе последних лет. Параллельно

необходимо назначение в достаточно высоких дозах седативных препаратов (оксибутират натрия 120-150 мг/кг, седуксен, реланиум через 3-4 часа). Увеличение суточной дозы анальгина у новорожденных вызывает изменения в крови (лейкопения, агранулоцитоз). По данным ряда исследователей, у детей в возрасте до 3 месяцев метамизол натрия анальгезирующим действием не обладает, но в большей мере, чем у старших, вызывает побочные явления.

С августа 1998 года в качестве анальгезирующего препарата в отделении реанимации новорожденных применяется трамал (активное вещество - трамадола гидрохлорид) - обезболивающее средство центрального действия, воздействующее на опиоидные рецепторы в ЦНС и уменьшающее болевую чувствительность. Сообщений о применении препарата у новорожденных в литературе мы не встречали.

Нами изучено 32 истории болезни новорожденных, находившихся на лечении в отделении реанимации новорожденных СОДКБ и получавших трамал. Препарат назначался внутривенно 2 раза в сутки в дозе 2 мг/кг в виде 5% раствора детям с перинатальным поражением ЦНС и в послеоперационном периоде. Применение препарата в течение 1-1,5 суток вызывало стойкий обезболивающий эффект. Анальгетическое действие наблюдалось через 3-5 минут после введения лекарства и сохранялось до 12 часов, о чем свидетельствуют данные в дневниках наблюдения. Кроме того, применение трамала позволяло уменьшать дозировки назначавшегося с седативной и антигипоксической целью оксибутирата натрия до 50-80 мг/кг. Осложнений от применения трамала в виде угнетения дыхания (что наблюдается иногда при введении стандартных доз оксибутирата натрия), рвоты, аллергических состояний не наблюдалось.

Таким образом, имеется целесообразность в дальнейшем изучении и применении препаратов трамадола у новорожденных.

СОСТОЯНИЕ АДАПТИВНЫХ РЕАКЦИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Овсянникова Л.И.

Кафедра детских болезней
медицинского факультета СумГУ

Вегетативная нервная система является разделом неврологии и в то же время междисциплинарной областью, нарушения функции которой играют патогенетическую роль при всех формах патологии. Цефализация (увеличение роли головного мозга) и централизация регуляторных процессов определяют значение нервной системы в физиологическом обеспечении жизнедеятельности и в то же время в организации патологического процесса (А.М.Вейн, 1991г.).

Структура сердечного ритма является индикатором адаптивной деятельности организма, а ее изменения - показателем напряженности регуляторных систем, в первую очередь вегетативной нервной системы (В.А.Тищенко, 1992г.).

Любое напряжение механизмов компенсации приводит к мобилизации резервов защитно-приспособительных сил организма. Количественное соотношение резервов регуляции и качественная возможность неспецифических механизмов компенсации определяют синхронизированность или диссинхронизированность процессов функциональных систем. (Я.Д.Баргак, 1994г.).

Существует понятие индивидуальной стрессустойчивости. Последняя определяется, в большей степени, врожденными, генетическими факторами (А.М.Вейн, 1991г.).

Стресс - реакция генерализованная, в формировании которой играют роль межсистемные связи между нервной, гормональной и висцеральными системами организма.

Высокая реактивность системы кровообращения, ее

немедленное вовлечение в стрессорные реакции, играет первостепенную роль в адаптационных перестройках функционального состояния организма.

Поражение центральной нервной системы у новорожденных детей представляет собой ту стрессорную реакцию, при которой возникает перенапряжение и истощение компенсаторно-приспособительных возможностей, что приводит к проявлению патологических симптомов состояния.

С целью оценки состояния вегетативной регуляции функциями организма исследовались процессы управления сердечно-сосудистой системой у здоровых новорожденных и детей неонатального периода с перинатальным поражением центральной нервной системы.

Исследовался исходный тонус вегетативной нервной системы в период относительного покоя. Применялась проба, возмущающая вегетативное равновесие, в виде однотипного, дозированного физического воздействия на сегментарный вегетативный аппарат.

Вегетативное обеспечение оценивалось после применения физиологической нагрузки, представляющей собой изменение положения тела, пеленание, взвешивание.

Полученные результаты свидетельствовали о преобладании тонуса симпатической нервной системы и преобладании роли центрального контура регуляции у здоровых новорожденных в раннем неонатальном периоде, снижение активности симпатической нервной системы к концу неонатального периода.

У новорожденных с поражением центральной нервной системы активация симпатической нервной системы и централизация управлением сердечной деятельности были предельно высокими.

Однонаправленность изменения ИН и АМО свидетельствовали о координации центрального и автономного контуров регуляции и их взаимодействия с симпатической нервной системой. Дiskoординированные изменения статистических показателей сердечного

ритма определялись в условиях рассогласованности функционирования различных отделов вегетативной нервной системы, что позволяет предположить гипоталамическую дисфункцию.

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ИНТЕРФЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кривцун С.И., Маркевич И.В.
Кафедра детских болезней

Проблема изучения системы интерферонов в настоящее время является актуальной. Интерфероны относятся к важнейшим факторам резистентности организма. Исследование особенностей системы интерферонов в онтогенезе обусловлено значением его физиологической роли.

Интерфероны - это группа биологически активных белков или гликопротеидов, синтезируемых клеткой в процессе защитной реакции на чужеродный агент.

Известно около 20 интерферонов, различающихся по структуре и биологическим свойствам и составляющим 3 вида (-лейкоцитарный, -фибробластный, -иммунный) и объединенных в 2 типа (I- и II-).

Между иммунной и интерфероновой системами существуют тесные прямые и обратные связи.

Основные эффекты интерферонов можно подразделить на противовирусные, антимикробные, антипролиферативные, иммуномодулирующие, радиопротективные.

Эмбрион, начиная с 10 недели беременности, имеет автономную систему регуляции интерфероногенеза. Если уровень - интерферона достаточно высок и активно функционирует у плода, то интерферон определяется в течении беременности в следовых количествах.

У новорожденных продукция интерферонов найдена уже после репродукции вируса в большинстве орга-

нов. По сравнению со взрослыми отмечено значительное снижение способности лейкоцитов к продукции интерферона. При этом, чем меньше гестационный возраст новорожденного, тем в большей мере снижены эти показатели.

В процессе онтогенеза человека происходит поэтапное становление системы интерферонов. Недовершенство интерфероновой системы раннего периода жизни человека в плане противинфекционной защиты состоит в том, что в этом процессе участвует только функция. Пониженная функция системы интерферонов определяет повышенную заболеваемость новорожденных внутриутробными и постнатальными инфекциями.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ФИБРОНЕКТИНА В РЕГУЛЯЦИИ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ И ИММУННЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИМЕНЕНИЕ ЕГО В ПЕДИАТРИИ

Романюк О.К., Грушко В.В., Бражник А.М.
Кафедра педиатрии, медицинского факультета СумГУ

В последнее время значительно возрос интерес к изучению роли фибронектина (ФН) в патологических процессах. ФН представляет собой высокомолекулярный гликопротеид широко распространенный в жидкостях тела, а также в органах и тканях. Плазменный ФН иммунологически идентичен клеточному, хотя и отличается от него по некоторым свойствам. Взаимодействуя с белками, плазменный ФН выполняет роль универсального опсонина, регулируя функцию ретикулоэндотелиальной системы (РЭС), его уровни коррелируют с фагоцитарной активностью. ФН в значительной мере определяет и модулирует фагоцитарную функцию РЭС в элиминации дегенерирующих тканей и в защите от локальной инфекции. Помимо фагоцитоза, ФН участвует в таких физиологических процессах, как коагуляция, фибринолиз, репарация тканей, восстановление микроциркуляции, регуляция клеточ-

ных взаимодействий.

Вместе с тем установлено, что продукты деградации фибронектина обладают антиопсонической активностью и могут приводить к расстройству опсонизации независимо от уровня иммунореактивного ФН сыворотки. Это приводит к нарушению фагоцитоза и развитию сепсиса. Определение концентрации плазменного ФН является достаточно простым методом оценки состояния гомеостаза. Его дефицит ослабляет фагоцитоз, нарушает клеточные взаимодействия, способствует нарушению других иммунологических функций, что ведет к иммунодефициту. Избыточная продукция ФН может участвовать в формировании различной патологии.

У новорожденных доношенных детей снижена концентрация плазменного ФН (220 мг/л) по сравнению с нормой у взрослых (350 мг/л). Недоношенные дети имеют значительно более низкое количество циркулирующего ФН. Применение очищенного человеческого ФН было предложено в качестве дополнительной иммунотерапии при неонатальных инфекциях.

Много вопросов, которые касаются биологического значения ФН в иммунной защите и нормальной физиологии метаболизма ФН у новорожденных еще не решены.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Марченко О. Н.

Кафедра детских болезней СумГУ

Особенности секреторных и клеточных факторов иммунитета неспецифических факторов резистентности в неонатальном периоде недоношенных детей изучены недостаточно.

Одним из наиболее важных компонентов неспецифической противoinфекционной защиты человека служит система комплемента. Получены данные, которые от-

образуют прямую зависимость уровня комплемента компонентов C₃, C₄, C₅ от продолжительности гестации. Существует также взаимосвязь сывороточной концентрации компонента C₃ от массы тела при рождении.

Введение интравенозного иммуноглобулина вызывает активацию комплемента, продукции лейкоцитомобилизирующих факторов, усиливающих миграцию воспалительных клеток к очагу инфекции, усиливает опсонизацию и предупреждает истощение гранулоцитного пула костного мозга.

Снижение резистентности у детей раннего возраста может быть связано с ИФН недостаточностью.

При большинстве вирусных инфекций отмечается значительное возрастание уровня ____-ИФН. Однако способность к продукции ИФН не снижает чувствительности новорожденных к вирусным инфекциям.

Иммуномодулирующий эффект системы ИФН имеет для неонатологии важное значение, учитывая "физиологический" иммунодефицит у недоношенных новорожденных, а также частоту и тяжесть инфекционно-воспалительных заболеваний. Обнаружена четкая корреляция между титром ИФН и интенсивностью фагоцитоза.

Как известно, фагоцитарная система играет не менее важную роль в антиинфекционной резистентности организма. У новорожденных с низкой массой тела при рождении фагоцитарная функция нейтрофилов понижена в сравнении с доношенными новорожденными. Недостаточность фагоцитоза заключается в нехватке сывороточных факторов (опсонинов), усиливающих фагоцитоз.

Установлено, что лишь новорожденные с массой тела при рождении в 3000 г и больше обладают нормальной фагоцитарной активностью.

Наряду с выраженной незрелостью и отставанием функциональной активности нейтрофилов по всем тестам у недоношенных новорожденных, на 6-7-е сутки жизни у них наблюдается накопление циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Низкое число нейтрофилов в крови недоношенных детей определяет уровень лизоцима в сыворотке.

Таким образом, организм новорожденного является иммунодефицитным как в клеточном, так и в гуморальном звеньях иммунитета.

РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Кривцун С.И.

Кафедра детских болезней

В последние годы проводилось интенсивное изучение перинатальных факторов риска развития перинатальных поражений ЦНС. К ним относят соматические и гинекологические заболевания матери, гормональные расстройства, различные виды патологии беременности и родов (гестозы, угроза прерывания беременности, дородовое излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, патология плаценты и пуповины, хроническая гипоксия плода, острая гипоксия в родах), которые приводят к недоношенности, незрелости, внутриутробной гипотрофии, нарушению метаболических процессов в тканях головного мозга, и как следствие, поражение ЦНС.

Нами проанализировано 112 историй родов и развития недоношенных новорожденных с перинатальным поражением ЦНС. Срок гестации колебался от 28 до 37 недель. Возраст матерей от 16 до 39 лет. Благоприятный для деторождения возраст от 20 до 25 лет имели 48,2% матерей. Возраст до 17 лет имели 3,4% матерей, свыше 25 лет - 27,5%. Обращает на себя внимание высокая соматическая и гинекологическая отягощенность. Так,

пиелонефрит диагностированный у - 15,4% женщин,

аднексит у - 52,2%,

эрозия шейки матки у - 23%,

и анемия у - 32,4% матерей.

Следует отметить высокий процент гистозов (78,2%), которые протекали длительно, носили преимущественно сочетанный характер и закономерно приводили к отклонениям в течение родового акта.

Так, у 58% женщин отмечалось раннее излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности - у 28%. У 5 женщин роды закончились путем операции кесарево сечение.

Таким образом, внутриутробное развитие и постнатальная адаптация недоношенных новорожденных с поражением ЦНС происходит в условиях воздействия разнообразных повреждающих факторов. Наиболее часто отмечается сочетанное влияние нескольких неблагоприятных причин.

СОДЕРЖАНИЕ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ТИРОКСИНСВЯЗЫВАЮЩЕЮ ГЛОБУЛИНА В СЫВОРОТКЕ ДЕТЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕВЛАГОПРИЯТНЫХ РАЙОНАХ

А. П. Лушпа
СумГУ

Сумская областная клиническая больница

Последствие аварии на Чернобыльской АЭС, связанные с действием радиации на щитовидную железу (ЩЖ) является общепринятыми.

Высокая чувствительность ЩЖ, в детском возрасте, к малым дозам радиации проявляется не только и ее функциональным, морфологическим нарушением, но и учащением частоты неопластической трансформации тиреоидных клеток.

В. В. Галантов (1989) отметил, что каков бы не был механизм компенсаторный гиперплазии ЩЖ (ГЩЖ), в основе ее патогенеза лежит гипотиреоз.

На базе областной детской клинической больницы обследовано 66 детей 7-14 лет проживающих в Ямпольском районе (уровень радиации (1.23 - 2.38 Ки км/кв), которые составили опытную группу и 47

детей из "чистых" районов - Белопольского, Краснопольского, Путивльского - составили контрольную группу. Все 113 детей проживали в условиях загрязнения почвы солями тяжелых металлов (содержании микроэлементов (МЭ) в почве: марганца - не превышало фоновых концентраций; медь - в 1.5 раза больше; цинк - 1.5 - 5 раз больше; кобальт - в - 1 - 3 раза больше фоновых концентраций). ПДК ни по одному из МЭ не было превышено. Для определения функции ЩЖ радиоиммунным методом определили в сыворотке крови ТЗ, Т4 (тироксин), тироксинсвязывающий глобулин (ТСГ).

Концентрация ТЗ у детей контрольного района была выше чем у детей опытного района - 2.41 ± 0.13 н моль/л и 1.41 ± 0.03 н моль/л ($P < 0.001$) соответственно.

Среди детей контрольного района у $51.5 \pm 8.5\%$ уровень ТЗ был нормальный (1.2 - 2.2 н моль/л) а у $39.4 \pm 9.5\%$ был повышен (2.3 - 4.0 н моль/л) ($P < 0.01$), у 9.1 ± 11.7 был низким - (1.1 - 1.0 н моль/л). У детей опытного района нормальную концентрацию ТЗ имели $63.1 \pm 7.5\%$ детей, повышенную (2.3 - 2.5 н моль/л) - $10.8 \pm 11.7\%$ и пониженную - (1.1 - 0.7 н моль/л) - $26.1 \pm 10.6\%$, причем у детей имеющих повышенную и пониженную концентрацию ТЗ, эта разница была достоверной ($P < 0.05$). Содержание тирокина в сыворотке крови детей опытного района было выше, чем у детей проживающих в "чистом" районах - 137.5 ± 6.8 н моль/л и 135.4 ± 8.7 н моль/л соответственно.

У детей "опытного" района $51.5 \pm 8.5\%$ детей имели нормальную концентрацию Т4 (62-141 н моль/л), повышенную - (142-284 н моль/л) $9.1 \pm 11.7\%$ ($P < 0.05$) детей, пониженную (61 - 48.2 н моль/л) - $39.4 \pm 9.5\%$.

Дети "контрольного" района в $61.7 \pm 9.0\%$ имели нормальную концентрацию Т4, $6.4 \pm 14.1\%$ ($P < 0.05$), повышенную (142 - - 300 н моль/л), а у 31.9

= 12% - пониженную (61-60 н моль/л).

Таким образом, дети "опытного" района имели пониженную концентрацию Т3 и повышенную Т4 по сравнению с детьми проживающих в экологически "чистых" районах.

Клеточный гомеостаз гормонов Т3 и Т4 характеризуется соотношения Т3/Т4, которое было повышенным у детей "контрольного" района и носило достоверный характер ($P < 0.001$). У большинства детей опытного района ($75.4 \pm 6.1\%$) соотношение Т3/Т4 было меньше нормы ($0.013 - 0.018$) и носило достоверный характер ($P < 0.001$). У детей контрольного района таких детей было только $14.8 \pm 13.4\%$, т.е. у детей "опытного" района имело место явное нарушение клеточного гомеостаза гормонов Т3 и Т4.

Содержание тироксин-связывающего глобулина (ТСГ) у детей обоих районов было одинаковым (22.7 н моль/л) и не зависило от места проживания.

У половины детей обоих районов уровень ТСГ был нормальный ($18.0-22.5$ н моль/л), а у более чем 30% повышенным.

Соотношение Т4/ТСГ характеризует транспорт тироксина т.к. около 60% Т4 связано с ТСГ 30% с тироксинсвязывающим альбумином и 10% с альбумином, оно повышено при гипертиреозе и понижено при гипотиреозе.

Соотношение Т4/ТСГ было выше у детей "опытного" района (6.3 ± 0.3) в отличие от детей проживающих в "чистых" районах (5.4 ± 0.43).

Большинство детей обоих районов имело нормальное соотношение Т4/ТСГ - $74.2 \pm 9.1\%$; у детей "контрольного" района и $56.3 \pm 9.7\%$ у детей "опытного" района. У 39.5 ± 11.2 детей "опытного" района соотношение Т4/ТСГ было повышенным ($6.5 - 11.46$), детей контрольного района имеющих нормальное соотношение было только у $12.9 \pm 16.7\%$ детей.

Таким образом концентрация гормона Т3 у детей

не испытывающих влияние радиационного фактора было ниже, чем у детей контрольного района и носило достоверный характер.

Концентрация T4 у детей "опытного" района была выше, чем у детей "контрольного" района, что, по видимому, связано с влиянием экологических факторов.

У большинства детей опытного района имелась пониженная концентрации гормонов T3 и T4, что характерно для лабораторного гипотиреоза, а также снижение клеточного гомеостаза гормонов T3 и T4.

Соотношение T4/T3 было повышено у детей опытного района.

Наши данные подтверждают, что радиационный стресс, неблагоприятные экологические факторы приводят к напряжению адаптационных механизмов, что ведет к напряжению гипофизарно-тиреоидной системы. В результате высоких потребностей в тиреоидных гормонах и активного их метаболизма возникает несоответствие между их уровнем и потребностью, что ведет к относительному дефициту гормона T3.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ КАРДИОПАТИЯМИ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ.

Зайцев И.Э. Зайцева Г.В.

Сумской государственной университет

Среди поражений сердечной мышцы невоспалительного генеза кардиопатии являются одним из наиболее распространенных патологических процессов. Однако этиологический полиморфизм, неспецифичность клиники, разнообразные симптомы заболевания обуславливают сложность его своевременной диагностики, а в силу этого и своевременность терапии.

Целью настоящей работы явилось выяснение частоты функциональных кардиопатий, а также выявление реабилитационных мероприятий у детей сельской местности.

Исследование проводили в Краснополском районе Сумской области. Обследовано 554 школьника 12-17 лет. Выявлены патологические изменения в сердечно-сосудистой системе у 188 детей (33,9%), из них кардиопатии выявлены у 122 (22,1%), в том числе транзиторная кардиопатия (после частых ОРЗ) - у 38 (31,1%), интоксикационная - у 68 (55,7%), дисметаболическая (анемия, хронические расстройства питания и др.) - у 8 (6,6%), эндокринная (ожирение, сахарный диабет и др.) - у 8 (6,6%).

15% больных предъявляли жалобы на снижение аппетита, периодическую слабость, колющие боли в области сердца после физических нагрузок. Объективно отмечались бледность кожных покровов, периорбитальный цианоз, лабильность пульса, склонность к брадикардии (у 24%), границы сердечной тупости возрастные, аускультативно у большинства детей отмечались ослабление I тона, над верхушкой и в точке Боткина определялся систолический шум разнообразной интенсивности, длительности и тембра, не проводящийся за пределы сердца. ЭКГ-изменения регистрировались в виде нарушения ритма (синусовая аритмия, экстрасистолия, миграция водителя ритма) - 26,5%, нарушения проводимости - 46,3%, гиперфункция левого желудочка - у 19,2%, нарушения метаболических процессов в миокарде - 7,9%, удлинение электрической систолы желудочков - 1,7%, снижение вольтажа - 0,6%.

Объем терапевтических вмешательств подбирался с учетом типа кардиопатии индивидуально каждому больному. Он включал в себя устранение этиологического фактора (источника интоксикации), терапию основного заболевания (в случае сахарного диабета и т.д.), диетотерапию (обогащение солями K, Mg), с целью повышения сократительной способности миокарда применялся рибоксин, для устранения нарушений метаболизма - никотиновая кислота, карнитина хлорид. Фитотерапия включала в себя применение мелис-

сы, желтушника серого, майского ландыша, астрагала, тысячелистника, мяты. Прописи составлялись индивидуально, длительность курса составляла 1,5 - 3 месяца. Проводилась корректировка физических нагрузок, курсы ЛФК, профилактика ОРВИ.

Проведение комплексных лечебных мероприятий в течении года привело к нормализации состояния (отсутствие субъективных ощущений) у всех больных, положительной динамики клинических и ЭКГ-изменений у 96 больных (78,7%), преимущественно в группе транзиторных и интоксикационных кардиопатий.

ПРОБЛЕМА ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Зайцев И.Э., Мирошниченко О.А.
Сумской государственной университет.

Значительная распространенность сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротической природы и их осложнений (инфаркт миокарда, мозговой инсульт и др.), высокий уровень инвалидизации и смертности, недостаточная эффективность от проводимых среди взрослого населения мероприятий, а также наличие убедительных данных, свидетельствующих о значимость наследственной отягощенности в развитии наиболее тяжелых форм у лиц молодого возраста определяет приоритетный характер разработки и осуществления программ первичной профилактики атеросклероза среди широких масс населения, начиная с детского и подросткового возраста.

В настоящее время накопилось достаточно убедительных фактов, что предпосылки к развитию атеросклероза и начальные этапы относятся к детскому подростковому возрасту.

Многолетний разрыв по времени между появлением необратимых морфологических изменений в сосудах и клинических проявлений атеросклероза определяют

недостаточную эффективность профилактических мероприятий у взрослых лиц. Проведение таких мероприятий будет наиболее перспективными, если они начнутся в детском возрасте, поскольку становление и развитие атеросклероза начинается именно в этом периоде.

Все это определяет необходимость совершенствования знаний педиатров, семейных врачей, кардиоревматологов, врачей подростковых кабинетов в области патогенетических механизмов ранних доклинических стадий атеросклероза, факторов предрасполагающих к развитию атеросклероза и прежде всего его основной клинической формы - ишемической болезни сердца. Последняя является одной из актуальных проблем современной кардиологии как в терапевтической, так и педиатрической практике, в связи со значительной распространенностью ИБС и тенденцией к росту заболеваемости и смертности среди лиц молодого возраста. Поэтому прогнозирование возможностей возникновения заболеваний и выявление доклинических стадий атеросклероза имеет чрезвычайно важное значение.

Длительность диспансерного наблюдения детей и подростков с предвестниками атеросклероза определяется индивидуально, но должна быть не менее 3-х лет. Дети из группы высокого риска по атеросклерозу по достижении 15 лет должны быть переданы подростковому врачу, а возраста 18 лет - участковому терапевту и кардиологу, семейному врачу для диспансеризации. Критериями для снятия с диспансерного учета должны быть стойкая нормализация артериального давления, отсутствие кардиографических отклонений в покое и в процессе физической нагрузки, исчезновение кардиальных жалоб, нормализация липидного спектра и системы гомеостаза, повышение адаптационных возможностей организма (толерантность к физической нагрузке).

Таким образом, уровень наших знаний к настояще-

му времени в отношении процессов атерогенеза в детском возрасте, возможность обратного развития атеросклеротических изменений сосудов вселяет определенный оптимизм. Мы разделяем точку зрения Н. А. Белоконов, что педиатры не могут больше не заниматься проблемой атеросклероза, ибо только рано начатая профилактика способна влиять на процессы атерогенеза. Поэтому настало время периорнетировать профилактику атеросклероза и ИБС со взрослых на детей, когда она является наиболее перспективной.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГРАНУЛОЦИТОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ФАКТОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФЕБРИЛЬНОЙ НЕЙТРОПЕНИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ, У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ЛИМФОБЛАСТИЧЕСКОЙ ЛЕЙКЕМИЕЙ

Никитенко Л. К., Цигикал Р. Н., Сапожников А. П.
Областная детская клиническая больница г. Сумы

В последние несколько лет в связи с внедрением практику лечения больных с острой лимфобластной лейкемией (ОЛЛ) "жестких" немецких протоколов особенно остро стал вопрос обеспечения этих пациентов сопроводительной терапией.

Одним из самых грозных осложнений у больных, получающих протокольную терапию, является фебрильная нейтропения, индуцированная действием цитостатиков.

Абсолютно все цитостатики (винкристин, доксорубин, L-аспарагиназа, цитовар, циклофосфан, меркаптопурин, метотрексат), которые применяются для лечения ОЛЛ, обладают костномозговой токсичностью, что выражается в развитии тромбоцитопении, лейкопении, нейтропении, анемии.

До внедрения гранулоцитостимулирующего фактора смертность среди этого контингента достигала высо-

как шифр. Причиной смертей в большинстве случаев являлся сепсис, вызванный смешанной грам-отрицательной флорой.

Наиболее важным прогностическим критерием среди детей с ОЛЛ является количество нейтрофилов в периферической крови. У пациентов, имеющих 1000 гранулоцитов в 1 мкл при проведении цитостатической терапии в течение недели шанс возникновения инфекционных осложнений равнялся 50%, при прогрессировании нейтропении, риск возрастал до 100%.

Учитывая трудности в лечении таких больных нами сделана попытка применения гранулоцитостимулирующего фактора у больных ОЛЛ при возникновении фебрильной нейтропении.

Рекомбинантный человеческий гранулоцитостимулирующий фактор (Human-G-CSF) является гемопоетическим ростовым фактором, который стимулирует пролиферацию и дифференцировку нейтрофилов, как *in vitro*, так *in vivo*. Он также способствует функциональному созреванию клеток, повышая их фагоцитарную активность, стимулирует антителообразование и показан для снижения длительной нейтропении и в случаях нейтропенической лихорадки у пациентов с немеллоидными злокачественными опухолями, получающих цитостатическую химиотерапию.

С октября 1996 года в отделении нефрологии Сумской областной клинической больницы для нивелирования отрицательного действия цитостатиков на костномозговое кроветворение применялся рекомбинантный гранулоцитостимулирующий фактор (лейкомакс) для лечения 5 больных в возрасте от 3 до 14 лет (средний возраст - 8 лет), у которых диагностирована острая лимфобластная лейкемия, по FAB-классификации L₁ вариант.

На момент назначения лейкомакса больные получали лечение по первому протоколу VFM-ALL. Нейтропения развилась после 2-4-х кратного введения винкристина и рубомицина, L-аспарагиназы, цитозара, в

среднем на 28 день лечения.

Лейкомакс применялся ежедневно в дозе 2-5 мкг/кг массы тела в течении 5-7 дней. Длительность проводимой терапии была индивидуальна, в нашем случае полный курс лечения препаратом получили двое, остальные 2 - 4 раза.

Показатели лейкоцитов у детей во время введения препарата колебались от $0,3 \times 10^9$ /л до $0,9 \times 10^9$ /л, количество нейтрофилов колебалось от 20 до 33 в 1 мкл.

У все детей наблюдалась высокая лихорадка, которая сочеталась с гайморитом, бронхопневмонией и у 3-х с генерализованным менингитом. В бак. посевах мочи, мазках из носа и зева выделялись *St. aureus*, *St. pyogenes*, *E. coli*.

В крови больных патогенных микроорганизмов не выделено. Это связано, вероятнее всего с тем, что в моменту манифестации фебрильной нейтропении 4 ребенка получали в течении нескольких недель про- и антибактериальную терапию, включающую такие антибиотики, как фортум, тиенам, ципробай, антимикотические антибиотики (дифлюкан, амфотериин, фунгизон), бисептол, метрагил, полимиксин, антистафилококковый иммуноглобулин. Инфузионная терапия в объеме 3 литра на метр поверхности (5% глюкоза, физиологический раствор), позволяющую предотвратить токсикосептический шок.

У всех больных на 6-7-е сутки улучшилось самочувствие, нормализовалась температура, через 6-10 дней после введения лейкомакса наметился рост нейтрофилов, но стойко нормализовались гранулоциты через 14 дней, лишь у одного ребенка, которому препарат вводился при уровне гранулоцитов 600 в 1 мкл и где концентрация лейкоцитов в периферической крови, за счет нейтрофилов, отмечена на 3-й день лечения.

Из побочных действий препарата наблюдались остро-мышечные боли, которые снимались анальгени-

Вам.

В настоящий момент все дети живы, продолжают лечение по протоколам ВФМ.

Таким образом, анамнестические, клинические и лабораторные данные свидетельствуют, что применение гранулоцитстимулирующего фактора для лечения фебрильной нейтропении при цитостатической терапии имеет положительный эффект, позволяет предотвратить инфекционные осложнения, сократить сроки назначения а/терапии, соблюсти временные интервалы, предусмотренные протоколами лечения ОЛЛ.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НА ОСНОВАНИИ ИЗУЧЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Шкатула Ю.В.

Сумская областная детская клиническая больница.

Среди детей, находившихся на стационарном лечении в ортопедическом отделении Сумской областной детской клинической больницы, дети с переломами головки лучевой кости составили большую часть среди всех госпитализированных. В условиях ортопедо-травматологического отделения СОДКБ проведено изучение отдаленных результатов лечения переломов головки и шейки лучевой кости у 28 детей, лечившихся с 1994 по 1998 гг. Целью исследования был выбор оптимального метода лечения при различной степени смещения. Детей с повреждениями головки и шейки лучевой кости были разделены на три основные группы:

- Первую группу составляют дети с повреждениями без смещения или с незначительным смещением, не требующие репозиции. Такие больные наблюдались амбулаторно и не учитывались при нашем исследовании.

- Во вторую группу отнесены больные со значительным смещением отломков с различными видами смещения.

В основном переломы детей второй группы вправлялись по методике Н. П. Свинукова, с некоторыми на-
шими изменениями.

Сочетание тракции по оси с чередующимися прона-
цией и супинацией и одновременным пальцевым давле-
нием на место расположения головки лучевой кости
приводит к расклиниванию отломков и устранению бо-
кового и углового смещения. Вправление заканчивали
в положении супинации и сгибании в локтевом суста-
ве под острым углом. Придавая острый угол, мы соз-
давали более надежный блок в плечелучевом и лу-
че-локтевом сочленениях, что способствовало удерж-
анию отломков.

- В третью группу отнесены дети с полным смеще-
нием головки и ее вывихом в плечелучевом и луче-
локтевом сочленениях. При таких видах смещения мы
применяли 1-2 кратную попытку вправления по Свину-
кову. Противопоказаниями к использованию методики
по Свинукову в таких случаях служило позднее обра-
щение с наличием выраженного отека, неудачная по-
пытка вправления в условиях ЦРБ, значительное сме-
щение головки с ее разворотом.

Если сопоставления отломков было не достигнуто
применялось открытое вправление с фиксацией спицей
по типу тормоза по Н. П. Новаченко или фиксацией
трансартикулярно.

При анализе пролеченных больных установлено,
что в первые сутки после травмы в больницу обрати-
лось - 16 детей, на вторые сутки - 8 человек, свы-
ше трех суток - 4 ребенка. Из всей группы 9 детей
поступило с иммобилизацией, 2 рентгенобследованы.
Преимущественный возраст лечившихся детей от 7 до
12 лет, самому младшему из них 4 года.

Рентгенологическая картина поступивших больных
следующая:

- перелом с незначительным смещением - 1
- переломы со значительным смещением - 21
- переломы с полным смещением - 6

Среди полученных больных закрытое ручное вправление производилось 23 детям по методике Свинцова. В 4 случаях больным произведено открытое ручное вправление по Новаченко. В связи с тем, что при полностью отделившейся головке лучевой кости удерживать фрагменты спицей тормозом не удалось, 1 ребенку произведена трансартикулярная фиксация.

Прослежены отдаленные результаты лечения у этих детей. При контрольных осмотрах учитывались изменение формы конечностей, жалобы на болезненные ощущения при движениях, сила кисти на больном и здоровой стороне, антропометрия, производилось рентгенологическое обследование локтевых суставов, измерялся объем движений в этих суставах.

На основании изучения полученных данных мы избрали критерием оценки отдаленных результатов функцию конечности, форму ее и Ro-графические показатели.

Получены следующие отдаленные результаты лечения:

- хорошие (в эту группу отнесены дети у которых все показатели соответствуют норме, а также те дети, у которых при нормальной форме, функции и силе конечности Ro-графическое обследование показывает нерезкое изменение формы кости) - 22 ребенка.

- удовлетворительные отдаленные результаты (у этих детей сохранена в полном объеме функция и сила конечности, но имеется отчетливое изменение формы сустава, а Ro-графически прослеживается более отчетливое (до 1/4 диаметра) нарушение взаимоотношений между головкой и метаэпифизарной частью. Болей при движении в суставе нет) - получены у 6 детей.

- плохие отдаленные результаты (дети у которых отмечены значительные изменения формы сустава, имеется ограничение движений в локтевом суставе и периодические боли в нем) - нами не зарегистрированы.

На основании изучения отдаленных результатов мы стали более объективно судить о рациональности применяемых методов лечения, наметили пути профилактики некоторых осложнений.

После анализа наших наблюдений можно сделать следующие выводы:

- Лечение детей с переломами головки и шейки лучевой кости можно считать успешным, так как при изучении отдаленных результатов получено 22 случая хороших и 6 случаев удовлетворительных результатов.

- Применение метода закрытого ручного вправления, при условии, что он не будет травматичным и многократным, в большинстве случаев приводит к хорошему исходу.

Даже переломы головки лучевой кости с полным ее смещением можно вправить закрыто при обращении таких детей в первые сутки, без значительного отека и явлений неврита.

Однако следует, также помнить, что излишняя травматизация ростковой зоны часто приводит к нарушению развития лучевой кости.

АКТИВНОСТЬ СУПЕРОКСИДИСМУТАЗЫ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА И РАЗВИТИЯ

А. И. Смиян, А. Е. Курило, О. И. Завора.
СумГУ, медицинский факультет.

Центральным звеном патогенеза многих патологических процессов является нарушение окислительно-восстановительных систем и их компонентов, вследствие этого изменяется снабжение ткани кислородом. Система, которая защищает клетку от повреждения супероксиданион - радикалом, представлена супероксиддисмутазой (СОД). Обследовано 25

здоровых нормотрофичных новорожденных, которые родились от матерей, с физиологическим течением беременности и родов. Кроме этого, обследовано 48 детей с внутриутробной задержкой роста и развития (ВЗРР). Масса тела при рождении составила от 300 до 2450 гр., гестационный возраст - 25-36 нед.

Изучение СОД в плазме крови, которая представляет первое звено защиты от токсического действия кислорода, выявило достоверное повышение энзиматической активности по мере снижения гестационного возраста и массы тела при рождении.

В наших исследованиях активность СОД в раннем постнатальном периоде у новорожденных основной и контрольной группы была выше в сравнении с дальнейшими периодами жизни. Это, возможно, обусловлено инициацией СОД в первые дни жизни, что связано с переходом на легочное дыхание и с повышением кислорода в крови.

Таким образом, увеличение содержания СОД у недоношенных с ВЗРР является приспособительной реакцией в первые дни внутриутробной жизни. Она направлена на устранение цитотоксических веществ и предупреждает образование метгемоглобина в эритроцитах. Полученные результаты указывают на определенную диагностическую значимость активности этого фермента при ВЗРР.

СТРУКТУРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, НАХОДИВШИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В СУМОКОЙ ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Роденко Е.С., Сичненко П.И.
СумГУ, медицинский факультет

Нами проведено исследование характера и спектра сенсibilизации у 30 детей с аллергическими заболеваниями. В основу исследований вошел анализ историй болезни детей, находившихся на лечении в Сумо-

кой городской детской клинической больнице по поводу астматического бронхита, бронхиальной астмы и atopического дерматита за период 1990 - 96г. Возраст детей колебался от 1 года до 14 лет. Отягощенность наследственности по аллергическим заболеваниям отмечалась у 56% детей.

В ходе проведения анализа выявлена взаимосвязь характера сенсибилизации с возрастом ребенка, длительностью заболевания и социальными условиями жизни семьи ребенка. Так, у детей в возрасте до 3 лет (n=16) в 84% случаев преобладала непереносимость пищевых продуктов - коровьего молока, цитрусовых, яиц. У таких детей как правило отмечен ранний перевод на искусственное вскармливание коровьим молоком, в анамнезе - у родителей непереносимость коровьего молока. Бытовая сенсибилизация к аллергенам домашней пыли была отмечена преимущественно у более старших детей. Возрастной зависимостью у детей с преимущественно грибковой сенсибилизацией (анамнестически) у исследуемых детей выявлено не было, но имелась взаимосвязь с жилищно-бытовыми условиями ребенка - чем более неудовлетворительные жилищные условия (большая скученность, сырость в квартире), тем большую значимость в развитии болезни имела грибковая сенсибилизация. Было отмечено увеличение спектра сенсибилизации с временем от начала заболевания, так у 90% детей с длительностью болезни свыше 3-х лет выявлена поливалентная сенсибилизация, тогда как моновалентная сенсибилизация была отмечена только у одного ребенка. Значимой взаимосвязи характера заболевания и характера сенсибилизации в ходе исследования выявлено не было.

ВЛИЯНИЕ СТАНОВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ (ЗВУР)

Романик О.К.

СумГУ кафедра педиатрии

Одним из наиболее существенных факторов, осложняющих течение неонатальной адаптации детей на первом месяце жизни, является задержка внутриутробного развития (ЗВУР). По данным M.L.Chizwick (1985), перинатальная смертность при синдроме задержки роста плода в 4-10 раз выше, чем при несложном течении беременности. У половины из выживших новорожденных регистрируются тяжелые острые и хронические заболевания.

По данным К.А.Остниковой и соавтора (1984) дети с задержкой внутриутробного развития составляют 40% от общего числа умерших в перинатальном периоде.

Частота рождения детей с задержкой внутриутробного развития достаточно велика, особенно среди недоношенных. Дементьева Г.М. (1984) в своих исследованиях выявила, что новорожденные со ЗВУР составляют 30,1% от общего числа новорожденных с низкой массой тела (менее 3500г), а в общей популяции - 67,4 на 1000 родившихся живыми в срок и 179,5 на 1000 родившихся преждевременно. К настоящему времени частота рождения детей со ЗВУР не имеет тенденции к снижению.

В осуществлении процессов адаптации новорожденных с задержкой внутриутробного развития в постнатальном периоде важное значение имеет состояние иммунной системы и особенности ее становления.

В литературе описываются определенные сдвиги клеточного и гуморального иммунитета у новорожденных с внутриутробной гипотрофией по сравнению с аналогичными показателями у здоровых новорожденных

детей. Выявлена зависимость степени иммунологической реакции от тяжести ЗВУР. У детей со ЗВУР I и II ст. отмечается повышение уровня Т-, В-лимфоцитов и Т-хелперов, снижение Т-супрессоров, и IgG, обнаруживались IgM, и IgA. Появление на мембране В-лимфоцитов иммуноглобулинов всех 3-х классов не характерно для здоровых недоношенных и свидетельствует об активной антигенной стимуляции лимфоидной ткани. У недоношенных со ЗВУР III степени уровень Т-и В-клеток, а также Т-супрессоров ниже, уменьшается содержание IgG и IgM, а IgA вообще не определяются. Общий фенотип лимфоцитов соответствует фенотипу тимоцитов плода, так как включает маркеры, характерные для всех стадий внутриутробного созревания. Все приведенные показатели свидетельствуют о дисбалансе Т-лимфоцитов. Это является фактором, способствующим развитию инфекционного процесса и замедлению выздоровления.

Снижение супрессивной активности обуславливает наряду с нарушением выработки специфических антигел синтез аутоантител и развитие аутоиммунных болезней.

Известно, что у новорожденных многие показатели неспецифической защиты (комplement, пропердин, фагоцитоз, система интерферонов и др.) снижены. У новорожденных по сравнению со взрослыми отмечено значительное снижение способности лейкоцитов к продукции интерферона альфа и гамма. При этом, чем меньше гестационный возраст новорожденного, тем в большей мере снижены эти показатели. Различия в способности к продукции интерферона альфа у недоношенных выражены меньше, хотя имеется тенденция к его возрастанию по мере увеличения гестационного возраста.

Фагоцитарная система играет не менее важную роль в антиинфекционной резистентности организма. У новорожденных с низкой массой тела при рождении фагоцитарная функция нейтрофилов понижена в срав-

нении с доношенными новорожденными. Недостаточность фагоцитоза заключается в нехватке сывороточных факторов (опсоинов) усиливающих фагоцитоза. Титр сывороточных опсоинов увеличивается по мере роста массы тела при рождении.

Исследования о состоянии основных неспецифических факторов защиты у детей со ЗВУР проводились эпизодически, поэтому комплексной оценки до настоящего времени не разработано.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Редько Е.К., Демченко Ю.Н.

Перинатальные поражения ЦНС - одна из основных проблем неонатологии. Нами проанализировано 42 истории болезни новорожденных, перенесших сочетанную гипоксию тяжелой степени и краниоспинальную родовую травму. Изучалось состояние сердечно-сосудистой системы у детей на основании записей о клиническом состоянии, электрокардиографии и эхокардиографии. В 1 (25 новорожденных) группу вошли дети, анамнестические, клинические и данные дополнительных исследований которых свидетельствовали о перенесенной сочетанной гипоксии тяжелой степени, во 2 (17) - дети с диагнозом краниоспинальная родовая травма.

В клинической симптоматике у детей обеих групп преобладал синдром общего угнетения, судороги, дыхательные расстройства.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (признаки нарушения микроциркуляции, приглушенность тонов сердца, нарушения ритма) наблюдались у всех детей, но нарушения ритма сердца в два раза чаще отмечалось у детей 2 группы, у 60 % из них

регистрировалась стойкая брадикардия (ЧСС 115-90 уд./мин); у двух детей из 2 группы зарегистрирован приступ пароксизмальной тахикардии, у троих - частые экстрасистолы.

По данным ЭКГ у новорожденных обеих групп выявлены нарушения процессов реполяризации, более выраженные в 1 группе.

При эхокардиографическом исследовании у детей 1 группы сократительная способность миокарда была снижена на $24,7 \pm 2,2\%$ от нормы, у детей 2 группы определялась только тенденция к снижению, но регистрировалась гиперкинезия сокращения миокарда левого желудочка. Увеличение объемов полости левого желудочка у детей 1 группы на $25,7 \pm 2,1\%$ превышало норму, у детей с родовой травмой - только на $6,6 \pm 2,2\%$. Гиперкинезия левого желудочка у детей 2 группы, вероятно, играет положительную роль в поддержании гемодинамики.

ХРОНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

Баргак Я.Д., Охалкина О.В.

Харьковский институт усовершенствования врачей

Целью наших исследований было выявление патогномоничного для рецидивирующего бронхита / РБ / десиндрома. Для этого мы обследовали 20 детей в возрасте 3-6 лет, страдающих РБ и 10 практически здоровых детей того же возраста. Исследования проводили каждые 3 часа в течение суток. Ребенок за 30 сек. делал 20 приседаний, до и после чего подсчитывали пульс, частоту дыханий, измеряли артериальное давление, отслеживали исходные кардиоинтервалографические показатели. На 3-й и 5-й мин повторяли подсчет этих параметров для выяснения про-

должительности восстановительного периода.

При этом выявлено, что наименьшая толерантность к физической нагрузке в обеих группах отмечается в 6 часов утра. Но при этом в контрольной группе повышение исследуемых параметров не превышало 15% от исходных данных / $P < 0,05$ / и восстановление функций происходило не более, чем за 3 мин, а у больных детей увеличение этих же параметров в среднем составило 20-22% от исходного уровня / $P < 0,05$ /, а продолжительность восстановительного периода - 6-7 мин.

В течение суток у детей контрольной группы толерантность к физической нагрузке повышалась и достигала максимума в 12-15 час с минимальным восстановительным периодом в это же время и с дальнейшим снижением резистентности к 18-21 час. У больных максимальная толерантность - в 18-21 час с минимальным восстановительным периодом в 18 часов.

Таким образом, у детей с РБ выявлено смещение максимальной активности исследуемых функций к 18 час, увеличение амплитуды оцениваемых показателей и более высокий их уровень. Все это позволило сделать вывод о том, что у детей с РБ имеет место специфический вегетативный десинхроз.

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ ПАТОГЕНЕЗА РЕЦИДИВИРУЮЩИХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Баргак Я.Д., Охалкина О.В.

Харьковский институт усовершенствования врачей

С целью изучения автономного компонента патогенеза рецидивирующего бронхита / РБ / у детей в периоде ремиссии нами был оценен вегетативный тонус покоя, который дает представление о гомеостатических возможностях организма.

Исследование проведено у 90 детей 3-6 лет, страдающих РБ. Контрольную группу составили 25 практически здоровых детей. Вместе с общеклиническими исследованиями проводилась оценка вегетативного тонуса, основным параклиническим методом исследования которого является расчет показателей вариационной пульсометрии.

При анализе полученных клинико-кардиоинтервалографических показателей обследуемой группы больных РБ выявлено смещение вегетативного равновесия в сторону преобладания тонуса эрготропной системы у 65% и трофотропной - у 35% детей. Клинически это проявлялось эмоциональной лабильностью, гиподинамией, вялостью, сонливостью. Признаки патологии вегетативной нервной системы заключались в повышении потливости, лабильности пульса и артериального давления, в появлении стойкого белого дермографизма. Индекс напряжения /ИН/ кардиоинтервалограмм колебался в пределах от 50 до 95 усл.уд. / $P < 0,05$ / у больных с эрготропным преобладанием, и от 20 до 25 усл.ед. / $P < 0,05$ / у больных с трофотропным преобладанием. В контрольной группе данные свидетельствовали о вегетативном равновесии / эйтонии /, а ИН находился в пределах 35-45 усл.ед. / $P < 0,05$ /

Наличие вегетативных девиаций у детей с РБ в периоде ремиссии доказывает значение нарушений вегетативной регуляции функций как существенного звена патогенеза рецидивов бронхита.

ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИКВОРОДИНАМИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Клименко Т.М.

Харьковский институт усовершенствования врачей

Высокая частота дисциркуляторных расстройств головного мозга гипоксического генеза, тяжесть

неврологическим последствием свидетельствуют о сохраняющейся актуальности исследования закономерностей их формирования.

Изучались особенности формирования ликвородинамических синдромов у доношенных новорожденных с водянкой с учетом полового фактора. Исследован характер клинико-нейрофизиологических нарушений у новорожденных с гипоксически-ишемическим поражением головного мозга с момента рождения и в катамнезе. Среди 148 обследованных новорожденных мальчиков было 76 / 52% /, девочек - 70 / 48% /. Проводилась детальная оценка неврологического статуса, в том числе и надсегментарного отдела вегетативной нервной системы. Нейросонографический мониторинг, измерение внутричерепного давления, компьютерная томография, эхоэнцефалография, электроэнцефалография позволяли оценить тяжесть структурных изменений и темп развития гемоликвородинамических синдромов. Риск пренатального поражения ЦНС плода и новорожденного и частота задержки развития плода были одинаковы в обеих группах.

Отмечена четкая достоверная взаимосвязь пола ребенка со степенью тяжести поражения и темпом формирования гемоликвородинамических синдромов у новорожденных с гипоксически-ишемическим поражением головного мозга, развитие которых протекало на фоне хронической гипоксии плода. Явления внутричерепной гипертензии у мальчиков в первые дни жизни более выражены и наблюдались дольше, чем у девочек. Характер гидроцефальных изменений у мальчиков характеризовался большей выраженностью и продолжительностью во времени. Наиболее характерным для них является ассиметричный вариант внутренних гидроцефальных изменений и большая частота наружных гидроцефалий.

ПОЛОВЫЕ АСПЕКТЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ ИНТРАНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Клименко Т.М.

Харьковский институт усовершенствования врачей

Степень выраженности интранатальной гормональной адаптации плода во многом определяет течение процессов становления функций новорожденных в раннем неонатальном периоде.

Проведено определение гормонов и биогенных аминов в пуповинной крови у доношенных новорожденных разного пола с целью оценки реактивности и адаптационных возможностей при физиологических родах. Под наблюдением находилось 54 ребенка. Из них 38 девочек / 52% / и 26 мальчиков / 48% /. Все дети родились в головном предлежании от здоровых матерей, гладко протекающей беременности и родов. Родовая деятельность протекала малоболезненно, без назначения обезболивающих лекарственных средств. Продолжительность родов составила 10 ± 2 часов. Физическое развитие детей соответствовало сроку гестации 38 - 40 недель, оценка по шкале Апгар составила 8 - 9 баллов, период ранней адаптации протекал гладко.

В группе девочек имел место более высокий уровень концентрации кортизола и мелатонина, что указывало на повышенную резистентность организма на интранатальный стресс. Повышенный уровень серотонина и, в большей степени, гистамина в группе девочек подтвердили важное значение биогенных аминов в процессе родоразрешения и указывали на более высокие адаптивные возможности новорожденных девочек.

Таким образом, достоверная разница в величинах кортизола и мелатонина, гистамина и серотонина в исследуемых группах свидетельствует о более высо-

чувствительности к физиологическому родовому стрессу у новорожденных девочек.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЭМ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ АВАРИИ НА ЧАЭС

Федорова Л.Н., Федоров В.А.

Сумская областная детская клиническая больница.

Состояние здоровья детей значительно ухудшилось после Чернобыльской катастрофы. В настоящее время является актуальным вопрос диспансеризации и контроля за здоровьем детей, пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС. Трудность контроля возникает из-за обширности данной группы детей. Так в области проживает 4663 детей, пострадавших от аварии на ЧАЭС, что составляет 1,8% от общего количества детского населения. По сравнению с 1995 годом данный контингент детского населения увеличился на 334 ребенка (за счет родившихся после аварии).

Удельный вес детей, признанных здоровыми с каждым годом уменьшается: (1994г- II группа здоровья - 6,2%, III гр. - 20,8%, IV гр. - 36,2%; 1995г соответственно: 2,5%, 9,9%, 27,6%; в 1996г: 2,4%, 8,6%, 32,8%) Это связано со сложными экономическими проблемами (несвоевременное оздоровление, ухудшение условий жизни населения и т.д.). Амбулаторное оздоровление детей также снижается с каждым годом по тем же причинам (1994г.-74,4%; 1995г.- 62,8 %; 1996г. 55,6%). Уровень заболеваемости на 1000 детского населения в области в 1996 году составил 3295,1%, а в 1995г.- 2122,7 %. В структуре заболевания ведущее место занимают следующие группы:

-Заболевания органов дыхания 77,1%;

-Болезни крови и кроветворных органов 21,3%;

-Болезни нервной системы и органов чувств 25,9%;

-Болезни пищеварительного тракта 24,7%.

Как показывают данные лабораторного обследования 70% детей имеют изменения в иммунной системе.

Таким образом уровень здоровья детей, состоящих в национальном регистре Украины ухудшается с каждым годом. В 1996 году на учете у специалистов Сумской областной детской клинической больницы (СОКДБ) находится 43 ребенка-инвалидов с детства, 6 инвалидов по связи с аварией и 40 с заболеванием в связи с аварией на ЧАЭС.

Все это требует от медработников совершенствования системы диспансерного наблюдения, что позволит повысить качество обслуживания данной группы детского населения, а также снизить процент хронизации заболеваний и выход на инвалидность.

Под наблюдение областных специалистов состоит 355 детей, пострадавших в результате аварии на ЧАЭС. СОКДБ оказывает квалифицированную медицинскую помощь специалистами различного профиля.

Учитывая экономический кризис, обнищание населения пришли к выводу, что эту проблему невозможно решить без использования выездной формы обслуживания. Дети сельской местности осматриваются выездной бригадой врачей-специалистов СОКДБ. В 1996 г. врачами при выездах в районы осмотрены 1781 детей, которым даны рекомендации по оздоровлению и лечению.

Для улучшения охвата и качества осмотра детей врачами специалистам СОКДБ в больнице разработана и внедрена база данных диспансерных больных, пострадавших в результате аварии на ЧАЭС. База данных создана на основе интегрированного пакета "Works". На настоящий момент в базу заложена информация о 360 диспансерных больных. Нами разработана специальная форма наблюдения, которая позволяет опера-

тивно получать информацию о каждом больном, по группам больных, состоящих на учете у каждого специалиста, группировать больных по районам и т.д. Благодаря использованию базы данных появилась возможность при выезде бригады в районы оперативно подготовить информацию о больных, а также обеспечивать своевременный контроль за обследованием, лечением и диспансерном наблюдении детей.

Таким образом, использование ЭВМ позволяет улучшить качество обследования и своевременное лечение больных, пострадавших от аварии на ЧАЭС. А также оперативное получение информации врачами специалистами.

ИЗМЕНЕНИЯ ХОЛЕСТЕРИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИРЕОИДНОЙ АКТИВНОСТИ

Ковтуненко Н.Б., Загородняя Ю.Н.

Сумский государственный университет

Сумская областная детская клиническая больница

После Чернобыльской катастрофы у детей в несколько раз чаще встречается гиперплазия щитовидной железы, которая, по мнению большинства авторов, является реакцией на недостаток тиреоидных гормонов. Кроме того у детей с гиперплазией щитовидной железы более часто наблюдаются нейроциркуляторные дистонии (Журавель А.А., 1996).

Целью нашего исследования было изучение уровня холестерина у детей школьного возраста в зависимости от тиреоидной активности.

Нами проведена экспертная оценка историй болезни детей 7-15 лет, находившихся на обследовании или лечении в Сумской областной детской клинической больнице зимой 1993 года. Все дети были из одного места проживания, не загрязненного радионуклидами, а суммарный уровень загрязнения промышлен-

ными выбросами расценивался как слабый или средний. О тиреоидной активности судили по уровню в крови трийодтиронина и тироксина, определяемых радиоиммунным методом.

Нами взяты две группы детей. Проанализированы истории болезни детей со сниженной тиреоидной активностью (12 детей) у которых уровень трийодтиронина крови составил 1.01 ± 0.04 нмоль /л, а тироксин сыворотки крови 98.7 ± 6.1 нмоль/л. Во второй группе (11 детей) уровень этих гормонов был соответственно 2.28 ± 0.34 нмоль /л и 154.1 ± 13.2 нмоль/л.

У детей первой группы часто отмечались жалобы на повышенную утомляемость (33,3%), а во второй группе эти жалобы были только в 18,2% детей, но у них чаще отмечалась лабильность характера (плаксивость), тахикардия.

Уровень холестерина крови у детей первой группы составлял 3.7 ± 0.2 ммоль/л при 4.3 ммоль/л у детей второй группы, у которых наблюдались признаки субклинического тиреотоксикоза. Случаев превышения допустимых величин уровня холестерина в крови нами не установлено.

Таким образом, можно думать, что дети с нейроциркуляторными дистониями, могут быть угрожаемыми по развитию у них в дальнейшем гипертонической болезни. Данный вопрос, по нашему мнению, требует дальнейшего изучения.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ МЕСТНОСТИ

Журавель А.А.

Сумский государственный университет
Сумская областная детская клиническая больница

Проведено изучение внутрисердечной гемодинамики и сократительной способности миокарда методом по-

эктокардиографии у 216 детей, проживающих на территории, загрязненной малыми дозами радионуклидов и солями тяжелых металлов. Контрольную группу составили 88 детей из экологически чистой местности.

В 2,8 случаев изменения касались двух-трех, реже четырех фаз сердечного цикла, которые происходили как в направлении увеличения, так и уменьшения в сравнении с нормой. Изменения длительности фаз, свидетельствующих о нарушении метаболических процессов в миокарде и приводящих к снижению его сократительной способности достоверно чаще встречались у детей из экологически загрязненного района. Наиболее неблагоприятный в прогностическом аспекте синдром гиподинамии выявлен только в опытной группе - у 15 детей ($6,94 \pm 1,72\%$). Обнаружена достоверная корреляция основных фаз сердечного цикла с показателями вегетативного гомеостаза.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АКТИВНОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ И ГИПОФИЗАРНО - ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМ У ДЕТЕЙ ИЗ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ МЕСТНОСТИ

Маркевич В.Э., Журавель А.А.

Сумский государственный университет

Сумская областная детская клиническая больница

Обследовано 216 детей 6 - 15 лет, испытывающих длительное воздействие малых доз радионуклидов ^{137}Cs и ^{134}Cs ($1,01 - 1,35 \text{ Ки/кв.км}$) и техногенного загрязнения (свинца, хрома, цинка, никеля). Большая распространенность вегето - сосудистых дистоний ($68,52 \pm 1,67\%$) и диффузного увеличения щитовидной железы ($45,85 \pm 1,79\%$) у детей из указанной местности, высокая радиочувствительность тиреоидной и симпато - адреналовой систем потребовали поисков взаимосвязи между вегетативным гомеостазом и активностью гипофизарно - тиреоидной

системы.

Нами не обнаружено связи клинических признаков вегетативных дисфункций со степенью увеличения щитовидной железы. Динамика основных показателей кардиоинтервалограммы подтверждала достоверное различие только у детей с зобом. При этом отмечено нарастание активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС) на фоне усиленного функционирования гуморального канала регуляции в управлении сердечным ритмом. Это свидетельствует о недостаточном уровне адаптации у детей с 3-й степенью увеличения щитовидной железы.

Анализ корреляции между показателями вегетативного гомеостаза отметил зависимость ее от исходного вегетативного тонуса, а также ее усиление по мере удаления от эйтонического состояния. При активации симпатического отдела ВНС (индекс напряжения Баевского составляет 500 усл. ед. и более) выявлено достоверное ($P < 0,01$) уменьшение содержания трийодтиронина в плазме крови.

ГУМОРАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ И ТИРЕОИДНАЯ АКТИВНОСТЬ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РАЙОНАХ

Загородний Н. П.

Сумская областная детская клиническая больница

После аварии на ЧАЭС значительно ухудшилась экологическая ситуация в Украине. Радиационное воздействие на организм осуществляется чаще всего совместно с действием промышленных выбросов.

Нами обследовано 136 детей 7-15 лет, проживающих в районе загрязненном радионуклидами (1,01-2,34 Ки кв км) и сильным суммарным загрязнением солями тяжелых металлов и 82 ребенка такого же возраста, проживающих в районе не загрязненном

радионуклидами, а суммарное загрязнение промышленными выбросами рассценивалось как слабое и среднее.

Обнаружено, что у детей, проживающих в экологически неблагоприятной местности, при неизменной функциональной активности щитовидной железы, уровень IgM выше на 39%, чем у детей из экологически чистого района ($P < 0,05$).

Установлена зависимость содержания IgM сыворотки крови от тиреоидной активности. Достоверной разницы у детей обеих групп между IgA и IgG не выявлено. У детей из экологически неблагоприятного района имеется повышенная потребность в тиреоидных гормонах. Эти нарушения связаны с изменением внутриклеточных и нейрогуморальных механизмов.

Установлена тенденция к более высокому уровню кортизола у детей, проживающих в районах сочетанного воздействия ионизирующего излучения и солей тяжелых металлов.

Имеется сильная прямая корреляция между уровнем кортизола крови и тиреоидной активностью ($R_{xy} = 0,75$, $P < 0,001$), подтверждающее зависимость тиреоидной активности от "экологического стресса".

Таким образом, у детей, подверженных воздействию малых доз ионизирующего излучения и солей тяжелых металлов имеется повышение IgM в сыворотке крови, зависящее от тиреоидной активности. У детей, подверженных воздействию неблагоприятных экологических факторов, возникает повышенная потребность в тиреоидных гормонах.

По-видимому, повышение IgM в сыворотке крови детей подверженных воздействию неблагоприятных факторов, можно считать маркером воздействия на иммунную систему.

Секция терапевтических и профилактических дисциплин

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНОТИПИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ
ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС

А. Г. Дьяченко

Исучено 13 случаев лимфопролиферативных заболеваний, выявленных у ликвидаторов аварии на ЧАЭС в течение 1994-1996гг, - из них 8 случаев лимфоаденопатии, один лимфогранулематоз (ЛГ) и 4 случая неходжкинской злокачественной лимфомы (НЗЛ). Из 8 случаев лимфоаденопатии гистологически в четырех наблюдался фиброз и клеточная деплеция, в трех - фолликулярная гиперплазия и в одном - диффузная гиперплазия. Из четырех случаев НЗЛ дважды наблюдался иммунобластный морфологический вариант и дважды - лимфоцитарный.

В трех из четырех случаев НЗЛ бластные клетки экспрессировали пан-Т клеточные антигены CD2, CD3, общий лейкоцитарный антиген CD45R. В двух из этих случаев наблюдался фенотип хелперов CD4+CD8- и в одном - незрелый фенотип CD4+CD8+. Лимфомы со зрелым фенотипом экспрессировали антиген CD29, который в норме экспрессирует субпопуляция индукторов на Т-хелперах. При ЛГ и одном из случаев НЗЛ (иммунобластома) опухолевые клетки экспрессировали пан-В лимфоцитарные антигены CD19, CD20. Клетки лимфом с высокой частотой экспрессировали активационные антигены - рецептор трансферина CD71 (10-30% клеток) и рецептор интерлейкина 2 CD25R (5-20% клеток). При ЗЛ с незрелым фенотипом 3% клеток экспрессировали антиген стволовых клеток CD10.

В одном из восьми случаев лимфоаденопатий обнаружена поликлональная реаранжировка гена Т-клеточ-

ного рецептора TCR-бета. В остальных случаях имела место родительская конфигурация генов иммуноглобулинов и T-клеточного рецептора. При НЗЛ с В-клеточным фенотипом обнаружена реаранжировка гена тяжелой цепи (H) иммуноглобулина. Во всех случаях T-клеточных вариантов ЗЛ выявлена реаранжировка гена TCR-бета. При лимфоме с фенотипом CD4+CD8+ обнаружена также реаранжировка гена иммуноглобулина H. В последнем случае, а также при B-клеточной лимфоме реаранжирован онкоген c-myc. При T-клеточных лимфомах реаранжировки наблюдались сразу в двух онкогенах - Ha-гас и N-гас. В одном из этих материалов была выявлена реаранжировка в bog-области.

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ФОРМИРОВАНИИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

В. И. Щербак

Курс реабилитации и спортивной медицины
кафедры соцмедицины и организации здравоохранения

Хронической болью страдают люди разных возрастных групп, независимо от материального положения, представители различных слоев общества, культурного и интеллектуального уровней.

В последние годы научными исследованиями, проведенными американскими медиками Герольдом Гельбом, Джексоном Тэном и Паулой М. Бигелем было установлено, что в 90% случаев источником вышеназванного страдания у пациентов является мышечная боль, обусловленная длительной дисфункцией в височно-челюстном суставе (ВЧС) - центре равновесия всего тела. Нарушение положения одной челюсти относительно другой приводит к перенапряжению мышц, которое и вызывает хронические боли: головы, шеи, плеч, спины, ног и других частей тела. Кроме того, такие явления, как закладывание ушей, звенящие или

свистящие шумы в них, нарушения гормонального равновесия, головокружения и многие другие, также связаны с положением челюстей, составляя в целом ВЧС-синдром хронической боли.

Поскольку причина хронической боли лежит за пределами знаний терапевта или другого специалиста, множественное сочетание жалоб, исходящих от пациента, приводит в замешательство врача, незнакомого с симптоматикой ВЧС-синдрома и легко принимается им за симптоматику других заболеваний.

Так, например, очень часто головную боль, которая так обычна при ВЧС-синдроме, принимают за мигрень; боли в спине (пояснице), иррадиирующие в ноги - за выпадение межпозвонкового диска.

ВЧС-синдром не так часто путали бы с другими хроническими заболеваниями, если бы хотя бы врачи-стоматологи не считали его сугубо зубной проблемой, затрагивающей только ротовую полость.

Из вышесказанного следует, что пациенты с хронической болью, обусловленной ВЧС-синдромом, прежде всего должны лечиться у стоматолога, специализирующегося на заболеваниях челюстей.

После проведенной им коррекции смещения челюстей специальным приспособлением, успех лечения должен быть закреплен у специалиста по мануальной терапии, путем применения постивометрической релаксации перенапряженных мышц - источника хронической боли.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КАРДИАЛГИИ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ТОРАКАЛГИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

В. И. Щербак

Нередки еще случаи, когда на прием к мануальному терапевту приходят больные с нераспознанной вертебродогенной кардиалгией, длительно и безуспешно

лечившиеся у терапевтов поликлиник.

Мануальная терапия является высокоэффективным методом лечения вертеброгенной рефлекторной торакалгии. Однако, учитывая большие трудности в дифференциальной диагностике последней с заболеваниями сердца, не следует спешить с приемами мануального воздействия при кардиалгии. Вначале необходимо провести тщательное обследование больного с целью исключения микроинфаркта и ишемической болезни сердца (ИБС). Особенности кардиалгии при вертеброгенной торакалгии и ИБС представлены в таблице:

ПРИЗНАК	ОСОБЕННОСТИ КАРДИАЛГИИ	
	ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ТОРАКАЛГИИ	ПРИ ИБС
Характер боли	Отличается многообразием: ноющая, сжимающая, жгучая	Сжимающая, за грудиной, сопровождающаяся чувством страха смерти
Продолжительность	Бывает как кратковременная, так и длительная, держится в течение нескольких часов и суток	Кратковременная в течение нескольких минут
Влияние изменения положения туловища и шеи	Изменение положения, часто провоцирует боль	Не влияет

1	2	3
Отношение к физ. нагрузкам	Исменяется в покое, часто исчезает после физ. нагрузки	Возникает, как правило, после физ. нагрузок, в покое обычно проходит
Влияние приемов нитратов и анальгетиков	Прием нитратов не приносит облегчения. Может уменьшаться после приема анальгетиков	Нитраты купируют болевой синдром
Реакция на мануальную терапию	Значительно уменьшается уже по 1-2 процедурам	Нестабильное улучшение

Специфичными для вертеброгенной торакалгии считаются функциональные блокады позвонково-двигательных сегментов (ПДС) грудного отдела позвоночника - ПДС Т4-5 при разгибании, шейно-грудного перехода (ПДС С6-Т2) и нарушения реберно-поперечных суставов на уровне ПДС Т3-6 слева, выраженная болезненность при пассивных движениях и резкая болезненность при пальпации межостистой связки на уровне перечисленных ПДС. Наиболее часто отмечаются локальные повышения тонуса в области грудных мышц и мышц, поднимающих лопатку, которым принадлежит значительная роль в формировании торакалгии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ТОРАКАЛГИИ

В.И. Щербак

Курс реабилитации и спортивной медицины
кафедры соцмедицины и организации здравоохранения

Оценку эффективности мануальной терапии проводили на примере лечения этим методом 11 больных с диагнозом вертеброгенной торакалгии, связанной с функциональными нарушениями верхнегрудного отдела позвоночника.

До и после процедуры мануальной терапии, а также повторно (через три месяца от начала лечения) у больных определялись следующие показатели: частота сердечных сокращений, артериальное давление, физическая работоспособность (по величине пороговой физической нагрузки с использованием велэргометра), величина двойного произведения по методике Робинсона-Голмберга (произведение показателей пульса и систолического артериального давления в мм.рт.ст. делили на 100) и индекс напряжения системы кровообращения по методике Р.М.Баевского, который вычисляли по следующему уравнению:

$ИН = 0,011 (ЧП) + 0,014 (САД) + 0,008 (ДАД) + 0,014 (Возр.) + 0,009 (МТ) - 0,009 (Рост-0,27)$,
где:

ИН - индекс напряжения (адаптационный потенциал) системы кровообращения в баллах;

Возр. - возраст в годах;

САД и ДАД - систолическое и диастолическое давление в мм.рт.ст.;

ЧП - частота пульса в ударах в минуту;

МТ - масса тела в кг;

Рост - в сантиметрах.

После 1-3 процедур постизометрической релаксации, направленной на восстановление нормальной

функции мышц (ротаторов грудного отдела позвоночника, мышц, поднимающих лопатку и грудных мышц) у всех больных было отмечено уменьшение или исчезновение боли в области сердца, увеличение пороговой физической нагрузки, уменьшение двойного произведения и индекса напряжения системы кровообращения.

Положительная реакция со стороны названных показателей сохранялась и при повторном обследовании больных через 3 месяца после первого курса мануальной терапии.

Таким образом, возрастание толерантности к физической нагрузке, нормализация гемодинамических показателей и улучшение регуляции сердечно-сосудистой системы свидетельствуют о высокой эффективности применения мануальной терапии у больных с вертеброгенной торакалгией.

АНАТОМ ПРОФ. Е. П. МЕЛЬМАН

М. П. Старкив

Кафедра социомедицины и организации здравоохранения

Ефим Петрович Мельман родился в Одессе в семье аптекаря 1 апреля 1913 г. по новому стилю. Закончил семилетнюю школу, затем поступил в медучилище в г. Луганск. В 30-х годах начал работу фельдшером сельской амбулатории в Донбасе. Позднее поступил в Харьковский медицинский институт. В 1938 г. закончил институт и поступил в аспирантуру на кафедру анатомии человека Харьковского мединститута. Учебу прервала война. Всю войну молодой хирург прошел в медсанбате на передовой на I Украинском фронте. С тех пор - 4 ордена, 12 медалей. После войны работает ассистентом кафедры Одесского мединститута. Здесь начал свою научную деятельность, защитил в 1946 году диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему "Артериальные анастомозы седалищного участка бедра человека". /научный руководитель - проф. Ф. А. Волюнский/.

В 1949 году Ефим Петрович был направлен на работу в Конкарпатые, в Ивано - Франковский медицинский институт, где проработал более 40 лет, тридцать из которых возглавлял кафедру анатомии, а с 1980 по 1989 год был научным консультантом кафедры. В 1953 году им была защищена докторская диссертация "Материалы к иннервации толстой кишки у человека /макро-микроскопическое исследование/" В 1955 году утверждён в учёном звании профессора. В 1974 году ему присвоено звание заслуженного деятеля науки Украины. Умер 15 июля 1994 года в Ивано-Франковске, где и похоронен. Основные научные работы Е.П.Мельмана посвящены морфологии периферической нервной системы, ангиологии. Созданное им научное направление касается исследований коллатерального кровообращения, проблем нейро-вазальных отношений микроциркуляции. Разработал подчревную новокаиновую блокаду, предложил способы реваскуризации органов. Опубликовал около 300 научных работ, в том числе 5 монографий. Его монография "Функциональная морфология иннервации органов пищеварения" /М., 1970/ удостоена премии им. В.П.Воробьева АМН СССР /1971/. Создал научную школу морфологов. Подготовил 16 докторов и 50 кандидатов наук. Его ученики: М.Н.Вережинский, М.Г.Гончар, И.Г.Дацун, Е.И.Дельцова, В.Л.Зеляк, В.И.Клипыч, А.Ю.Сопильник, Г.Х.Хаимов, Л.И.Хананаев, М.Г.Шевчук., Б.В.Шутка.

ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ВРАЧИ ЗА РУБЕЖОМ:

ВЕЖЕНЦЫ И ВЫСЛАННЫЕ

Васильев К.К.,

Кафедра, соцмедицины и организации здравоохранения

Патологоанатом и судебный медик

проф. Д.Д.Крылов /1879-1945/

75 лет тому назад - 10 августа 1922г. - Всероссийский ЦИК принял декрет "Об административной

осылке". Такой же закон, причем на 4 дня раньше 6 августа - принят был Всеукраинским ЦИК. После этого без всякого суда, одним лишь решением ГПУ были высланы из страны около 200 писателей и ученых. Среди них был Дмитрий Дмитриевич Крылов.

Как следует из метрической книги Ярославской градской Сретенской церкви он родился 6 ноября 1879 года в семье священника этой церкви Дмитрия Платоновича и законной жены его Елизаветы Алексеевны. Получив аттестат зрелости в Ярославской гимназии, Дмитрий Дмитриевич поступил в Петербургскую военно-медицинскую академию. Студентом он специально занимался на кафедре патологической анатомии и под руководством профессора А.И.Моисеева выполнил свою первую научную работу "Случай саркомы твердой мозговой оболочки" (1903). По окончании академии за пользование стипендией Крылов обязан был отслужить три с половиной года военным врачом. Принимал участие в русско-японской войне.

В 1907 году Дмитрий Дмитриевич был прикомандирован к Военно-медицинской академии для научного усовершенствования, где на кафедре патологической анатомии у профессора А.И.Моисеева провел работу об экспериментальном атеросклерозе. Это исследование, удостоенное премии имени М.М.Руднева, было Крыловым оформлено как диссертация на степень доктора медицины и успешно защищено им в 1910 году. После этого он работает на той же кафедре патологической анатомии сначала прозектором, а затем и приват-доцентом. И, наконец, в 1917 году Д.Д.Крылов избирается заведующим кафедрой судебной медицины медицинского факультета Новороссийского университета. А потом - изгнание. В 1925-1934 г. Д.Д. Крылов возглавлял кафедру патологической анатомии на медицинском факультете Софийского университета, много сделал для становления преподавания этой дисциплины в Болгарии. В 1934 г. он работал патолого-анатомом в Пловдиве, где и скончался 5 октября

1945 года. В опубликованной диссертации Д. Д. Крылов в исчерпывающей полноте собрана обширная литература о состоянии учения об атеросклерозе вообще и об экспериментальном в частности, а также и литература о токсикологии спорыньи. В собственных исследованиях автор изучил патологоанатомические изменения сосудов, вызванные отравлением спорыньи. Ряд его работ посвящен патологоанатомической казуистике. Так, им были описаны четыре редких случая заболевания надпочечников у человека, из которых один - липомы надпочечников - являлся третьим в литературе. Им был составлен обстоятельный обзор деятельности экспертов Медицинского совета МВД за 1904-1911 гг. В болгарский период его работы посвящены исследованию патологоанатомии старости.

Терапевт профессор А. И. Игнатовский /1875 - 1955/

Среди беженцев периода гражданской войны был Александр Иосифович /Осипович/ Игнатовский. Он родился 4/16/ марта 1875 г. в г. Смоленске в семье дворянина. Окончил Новгородскую гимназию. В 1894-1899 гг. обучался в Военно-медицинской академии в Петербурге и затем был оставлен при академии для усовершенствования на кафедре проф. М. В. Яновского. В 1902 г. защитил диссертацию на степень доктора медицины /"К вопросу о влиянии на тепловой обмен водных ванн и душей различной температуры у здоровых и лихорадящих"/. В 1908-1911 гг. заведующий кафедрой частной патологии и терапии Новороссийского университета, с 1911 г. - терапевтической клиникой Варшавского университета. Во время первой мировой войны был консультантом Красного Креста, а после октября 1917 г. вернулся к преподавательской деятельности. /К этому времени Варшавский университет был эвакуирован в Ростов-на-Дону и функционировал как Донской университет/. В годы гражданской войны вынужден был покинуть Родину. В

1922-1941 гг. возглавлял терапевтическую кафедру в Белградском университете, а в 1947 г. назначен заведующим кафедрой в Скопье /Македония/. Скончался 18 августа 1955 г. Похоронен в Белграде на русском участке Нового кладбища в семейную могилу, где была ранее похоронена его первая жена Анастасия Николаевна урожд. Ковалева /умерла в 1933 г./.

В Югославии А.И.Игнатовский создал свою терапевтическую школу. Он автор около 80 научных трудов. На русском языке увидел свой учебник "Клиническая семиотика и симптоматическая терапия" /1919 и 1923 г./ После дополнений этот учебник был дважды издан в Белграде /5 томов суммарно 1633 стр./ Это один из первых учебников изданных на сербско-хорватском языке. В 1952 и 1954 г. в Скопье вышли первая и вторая части учебника "Основы пропедевтики внутренних болезней". Третья часть издана уже после смерти профессора с участием его сотрудников из медицинских факультетов Белграда и Скопье.

Терапевт проф. А.И. Щербаков (1858-1944):
начало научной деятельности.

Незаслуженно предана забвению жизнь и деятельность беженца периода гражданской войны Алексея Ивановича Щербакова - профессора Варшавского, Новороссийского и Белградского университетов, попечителя Рижского и Одесского учебных округов.

Он родился 5 (17) января 1858 года в Москве в семье титулярного советника, "из приказного звания" Ивана Ивановича Щербакова (ум. 1867 г.) женатого вторым браком на "московской купеческой дочери" Клавдии Петровне (урожд. Быльева). Среднее образование получил во 2-ой московской гимназии, которую окончил в 1875 г. в этом же году был принят в число студентов Московского университета по ст-

делу естественных наук физико-математического факультета. На втором курсе А.И. Щербаков перешел в кафедру органической химии проф. В.В. Марковникова, в лаборатории которого началась его научная деятельность. Тогда же Алексей Иванович издал литографический курс лекций органической химии своего учителя, который затем несколько раз переиздавался. В бытность студентом четвертого - последнего-курса исполнял обязанности лаборанта лаборатории органической химии, а в 1879 г. - в год окончания университета - получил официально должность сверхштатного лаборанта с содержанием 800 руб. А.И. Щербаков занимался изучением циннпропила. На VI Съезде русских естествоиспытателей и врачей в декабре 1879 г. в Петербурге предварительные результаты были доложены В.В. Марковниковым от имени А.И. Щербакова, получившего вторичный спирт в тех условиях, при которых до него получали только третичные спирты. Затем в 1881 г. результаты этих работ были Алексеем Ивановичем сообщены на заседании отделения химии Русского физико-химического общества, действительным членом которого он состоял с 1880 г., и опубликованы тогда же в "Журнале Русского физико-химического общества".

А еще до этого он оставил должность лаборанта и поступил сразу на третий курс-как имеющий диплом естественного отделения-медицинского факультета. В летнее вакационное время 1882 и 1883 г. работал по приглашению Таврического земства при Сакской грязелечебнице. Опыт своей работы в течении двух сезонов обобщил в статье "Сакские грязи в Крыму", в которой подробно описал историю применения этих грязей, их физико-химический состав, постановку грязелечебного дела в Саках, привел показания и противопоказания к применению грязей. Об этом же им был сделан доклад на проходившем в 1883 г. в Одессе VII Съезде русских естествоиспытателей

и врачей. В 1884-1887 гг. в Московском университете А.И. Щербаков состоит сверхштатным ординатором пропедевтической клиники проф. М.П. Черинова.

Хирург профессор В.Н. Новиков

Всеволод Николаевич Новиков родился 29 мая (10 июля) 1887 г. в г. Уфе в семье учителя русской словесности Николая Фомича и жены его Анны Яковлевны (в девичестве Бек-Булатова). Н.Ф. Новиков из купцов, окончил Казанский университет. В 1883 г. семья переезжает в уездный город Оренбургской губернии Троицк, куда Николай Фомич был назначен директором местной гимназии. В Троицкой гимназии Всеволод обучался с 1886 по 1888 г., а с 1888 по 1890 г. - в связи с переводом отца директором Оренбургской гимназии в последней. С 1890 г. он снова учится в Троицкой гимназии. Получив аттестат зрелости в 1896 г. он поступил в Военно-медицинскую академию в Петербурге, которую окончил через пять лет со степенью лекаря с отличием. В 1900 г. еще будучи студентом, Всеволод Николаевич женился на "дочери потомственного дворянина девице" Ольге Васильевне Рязанцевой. 16 февраля 1905 г. у них родился сын Владимир. Первоначально В.Н. Новиков служит младшим врачом второго медицинского участка Оренбургского казачьего войска (как стипендиат Военного министерства должен был отслужить стипендию). Одновременно он занимается в хирургическом и гинекологическом отделениях Оренбургской Александровской больницы в качестве сверхштатного ординатора. По выходе в отставку в 1906 г. В.Н. Новиков работал в клинике проф. Вергмаппа и проф. Виега в Берлине, а в январе 1908 г. назначается сверхштатным ординатором факультетской хирургической клиники Новороссийского университета к проф. К.М. Сапежко. Со следующего года он штатный ординатор этой клиники. Летом 1909 г. В.Н. Новиков работал в

лаборатории пропедевтической хирургической клиники Военно-медицинской академии проф. В.А. Опделя. В 1910 г. он переходит сверхштатным помощником профессора при кафедре оперативной хирургии с топографической анатомией. В этом же году в Военно-медицинской академии он защитил диссертацию на степень доктора медицины под заголовком "Экспериментальные данные к вопросу о разрывах почки и лоханки". Работа была начата в лаборатории кафедры проф. В.А. Опделя, а продолжена и закончена в лаборатории хирургической факультетской клиники проф. К.М. Салежко. В 1912 г. В. Новиков назначен штатным помощником профессора и одновременно принят в число приват-доцентов по кафедре оперативной хирургии с топографической анатомией. В 1918 г. он избран штатным доцентом кафедры хирургической патологии по предмету десмургии и ортопедии с учением о вывихах и переломах.

Весной 1919 г. до прихода Красной Армии, заведующий кафедрой хирургической факультетской клиники проф. К.М. Салежко эмигрировал. С этого времени доцент В.Н. Новиков был назначен исполняющим обязанности заведующего этой кафедрой, но в начале следующего года, до окончательного установления советской власти в Одессе, он эмигрирует также. В.Н. Новиков обосновался в Белграде, где стал профессором медицинского факультета университета. Кроме того, в 20 - 30 годах он работал заведующим медицинской частью поликлиники Российского общества Красного Креста (старой организации). Наступили годы оккупации Югославии немцами. В эти трудные дни для русских изгнанников при "Русском бюро" весной 1942 г. был создан отдел социальной помощи, которым стал заведовать проф. В.Н. Новиков. В 1942 г. в Белграде скончалась его супруга Ольга Васильевна.

Дальнейшая судьба В.Н. Новикова не известна. Возможно он скончался в Югославии после окончания

второй мировой войны, либо - что более вероятно - ему в 1944 - 1945 пришлось покинуть страну и еще раз стать эмигрантом.

Психиатр и невропатолог
проф. Н.М. Попов (1854-1939).

Первенцом высшего медицинского образования в Болгарии является медицинский факультет Софийского университета, созданный в 1918 г. Его открытие совпало с массовым бегством из Российского государства. Болгария предоставила изгнанникам возможность преподавать и проводить научную работу в организованном университете. Только на медфакультете около 10 кафедр возглавили беженцы и высланные из нашей страны, много сделавшие для становления высшего медицинского образования в Болгарии: анатом проф. И.Ф. Шапшал, гистолог проф. А.Ф. Маньковский, физиолог В.В. Завьялов, патолог и микробиолог С.С. Абрамов, биохимик А.К. Медведев; патологоанатом и судебный медик проф. Д.Д. Крылов, акушер-гинеколог проф. Г.Е. Рейн, невропатологи и психиатры проф. А.Э. Янишевский и проф. Н.М. Попов.

Николай Михайлович Попов родился 30 июля (11 августа) 1854 г. в Вятке в семье священника Михаила Александровича и "законной жены его" Анны Ивановны. В 1865-1873 гг. обучался в Вятской гимназии, а в 1873 - 1878 гг. - в Императорской Петербургской медико-хирургической академии. Начал заниматься научной работой под руководством проф. И.П. Мержевского. В 1882 г. защитил диссертацию на степень доктора медицины. С 1888 г. - профессор в Императорском Варшавском университете, с 1894 г. - профессор по кафедре душевных болезней в Императорском Казанском университете, а в 1903 г. перемещен в Новороссийский университет (Одесса) профессором по кафедре нервных и душевных болезней, став организатором и первым заведующим этой кафедрой.

ры. Одновременно в 1908 - 1909 гг. был членом организационного комитета Одесских высших женских медицинских курсов. В 1909 - 1920 гг. - членом педагогического совета этих курсов, являясь в 1913 - 1917 гг. председателем педагогического совета. В 1913 - 1920 гг. заведует кафедрой нервных и душевных болезней курсов (с 1917 г. преподавал только нервные болезни). С 1905 - действительный член Общества русских врачей г. Одессы (с 1909 г. - Общество русских врачей при Новороссийском университете). В 1909 - 1912 гг. состоял деканом медицинского факультета и в 1913 г. утвержден в звании заслуженного профессора. В 1919 г. при кратковременном установлении советской власти в Одессе был уволен "от службы и исключен из списков преподавателей", а в начале следующего года эмигрировал в Болгарию, где в 1922 - 1936 гг. возглавлял кафедру психиатрии Софийского университета. Н.М. Попов заложил основы болгарской клинической психиатрии и создал в Болгарии свою научную школу. Среди ранних его работ выделяется монографическое исследование "Материалы к учению об остром миелите токсического происхождения. Об изменениях в спинном мозгу при острых отравлениях мышьяком, свинцом и ртутью" (1882), представленное им в качестве докторской диссертации. Н.М. Попов - автор исследований по проблемам неврозов, спинной сухотки, острого де-лирия, бешенства, а также нормальной гистологии мозга. Научные работы болгарского периода посвящены преимущественно проблемам прогрессивного паралича и шизофрении. Его перу принадлежат первые болгарские руководства по психиатрии: "Основы общей психопатологии" (1923) и "Основы частной психопатологии" (1925).

Невропатолог проф. Янишевский (1873 - 1936).

Эмиграцию начала XX столетия из Российского государства отличает значительная концентрация куль-

турных сил, вытесненных из страны. Это ставит ее в особое положение в ряду других примеров массового беженства. Достаточно благоприятные условия для работы создались для нашей научной медицинской интеллигенции на Балканах - в Софии, в Белграде, в Загребе, где начали функционировать молодые очаги высшего медицинского образования и не хватало, а чаще не было вообще своих научных кадров. Профессор Алексей Эрастович Янишевский получил кафедру в Софийском университете.

Он родился 12 (24) апреля 1873 в Казани. Среднее образование получил сначала в Пермской гимназии, а затем в 3-й Казанской гимназии, где в 1892 г. окончил курс с золотой медалью. В этом же году поступил на медицинский факультет Казанского университета. Через пять лет получил диплом лекаря с отличием. В 1898 г. избран в действительные члены Общества невропатологов и психиатров при Казанском университете. С 1898 по 1901 г. был сверхштатным (одно время штатным) ординатором при кафедре психиатрии (заведующий-проф. Н.М. Попов), а в 1901 г. оставлен при Казанском университете "для приготовления к профессорскому званию" по кафедре психиатрии сроком на два года с назначением стипендии. В январе 1903 г. получил разрешение остаться еще на один год, но уже в марте защитил докторскую диссертацию, в августе был назначен ассистентом при нервной клинике Новороссийского университета в Одессе и в декабре этого же года, кроме того, принят в число приват-доцентов. Переезд Алексея Эрастовича был связан с тем, что его учитель Н.М. Попов, возглавивший кафедру в Новороссийском университете, предложил ему место на своей новой кафедре в Одессе. В 1916-1920 гг. А.Э. Янишевский - профессор по кафедре нервных и душевных болезней Новороссийского университета. Вынужденный покинуть родину, он в 1922-1933 гг. возглавлял кафедру нервных болезней на медицинском факультете Софийс-

кого университета. Скончался на чужбине 9 сентября 1936 г. А.Э. Янишевский автор около 40 научных работ. Диссертационная работа "О комиссуральных системах мозговой коры (мозолистое тело, передняя спайка и Давидова лира)" (Казань, 1902, 124 с.) была выполнена им под руководством проф. Н.М. Попова, который предложил ему эту тему, и проф. Н.А. Миславского, в лаборатории которого были проделаны опыты. Алексеем Эрастовичу удалось во многом объяснить противоречия между взглядами различных исследователей, дать подробное и обстоятельное описание хода и распределения мозолистых волокон, существенно дополнив, таким образом, сведения, имевшиеся до него. Им в 1909 г. и 1914 г. описан "рефлекс схватывания" ("хватательный рефлекс") известный в литературе под его именем. А.Э. Янишевский описал также дистонический симптом при поднятии рук (1925), симптом *protractio linguae* при летаргическом энцефалите. Он автор учебника "Симптоматология заболеваний нервной системы" (Одесса, 1918) и опубликованного на болгарском языке учебника по нервным болезням (София, 1929).

ФАКТОРЫ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СУМСКОЙ ОБЛАСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

И. В. Чернобров
Сумской государственной университет

В последние годы туберкулез оказывает все более отрицательное влияние на состояние здоровья населения области, приобретая характер эпидемии. По сравнению с 1991 г., когда началось ухудшение эпидемиологической ситуации, заболеваемость населения туберкулезом увеличилась на 32,2%, смертность на 58,7%. Отмечается рост заболеваемости трудоспособного насе-

ления в более молодом возрасте. Наиболее высокий ее уровень в возрастной группе 45-49 лет.

Изменения в эпидситуации обусловлены, в первую очередь, кризисными явлениями в экономике, недостатком материально-технических ресурсов для проведения в полном объеме противотуберкулезных мероприятий. При этом важное значение в формировании заболеваемости туберкулезом имеют медикосоциальные факторы риска заболевания. Проведенный анализ причин заболеваемости туберкулезом легких 282 больных подтверждает тенденцию к преимущественному заболеванию лиц, имеющих факторы повышенного риска, доля которых (при $t=2$) составила $57,8 \pm 5,8 \%$, в том числе имеющих 2 и более фактора - $20,6 \%$. В своей структуре факторы риска распределяются:

- лица злоупотребляющие алкоголем - $23,6 \%$
- больные ХНЗЛ - $13,1 \%$
- имевшие плохие жилищно-бытовые условия - $9,7 \%$
- работавшие в животноводстве - $10,1 \%$
- находившиеся в исправительно-трудовых колониях - $6,6 \%$
- больные сахарным диабетом - $5,0 \%$
- навенной болезнью - $4,7 \%$
- мигранты - $5,4 \%$
- психические больные - $3,1 \%$
- проживающие в общежитиях - $2,7 \%$ и другие.

При этом доля больных из числа городских жителей, имевших факторы повышенного риска заболевания туберкулезом, составила $51,9 \pm 8,0 \%$, а среди сельских жителей - $63,7 \pm 8,6 \%$ (при $t=2,1$, $p < 0,05$).

У больных с распространенными поражениями легких туберкулезным процессом доля факторов риска более значительная. Так, у больных диссеминированным туберкулезом она составила $71,2 \pm 10,6 \%$, а при инфильтративном - $57,5 \pm 8,4 \%$, очаговом туберкулезе - $42,0 \pm 11,0 \%$ (при t - соответственно $2,1$ и $3,7$, $p < 0,05$).

Поэтому одной из важнейших задач амбулаторно-поликлинических учреждений является обеспечение выявления, строгого учета таких лиц и максимального формирования групп повышенного риска заболевания туберкулезом, своевременного и полного охвата этих контингентов рентгено-флюорографическим обследованием в целях раннего выявления больных туберкулезом.

УРОЖЕНЦЫ СУМЩИНЫ - СОЗДАТЕЛИ
НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ШКОЛ И ОСНОВОПОЛОЖНИКИ
ОТДЕЛЬНЫХ РАЗДЕЛОВ МЕДИЦИНЫ

И. В. Чернобров
Сумской государственный университет

Сумщина является родиной многих видных ученых-медиков, чьим трудом создан ряд известных научных медицинских школ и получили развитие соответствующие направления в науке. Однако, деятельность некоторых из них освещена как русских ученых, других - недостаточно.

Развитие медицинской науки в Российской империи во многом определено организацией в начале 18-го столетия оригинальной системы высшего медицинского образования - госпитальных школ, реорганизованных затем в медико-хирургические училища. Но в первые десятилетия было сплошное засилье иностранцев, которые крайне отрицательно относились к медикам России. И. А. Полетика первый преодолел это сопротивление и занял в 1756г одну из высших медицинских должностей в стране, возглавив Петербургский главный сухопутный госпиталь и госпитальную школу. До этого ученый был избран и руководил кафедрой в иностранном университете, что также являлось тогда небывалым случаем.

Г. И. Базилович в 1795 г. стал первым профессором-клиницистом, руководителем кафедры терапии и

патологии Петербургского медико-хирургического училища. Ученый был инициатором реорганизации высшего медицинского образования в России, одним из организаторов Петербургской медико-хирургической академии. Его первым избрали ученым секретарем Медицинской коллегии.

Г.Ф. Соболевский является первым ученым-фармакологом. В 1779 г. впервые описал более тысячи российских лекарственных растений, а затем издал двухтомное руководство о их лечебном применении.

Первым отечественным историком медицины стал В.Я. Джунковский, в последующем один из первых ректоров Харьковского университета. Одним из первых ученых-анатомов России был А.И. Федоровский, составивший рукописный учебник анатомии.

И.О. Калиниченко организовал в 1836 г. в г. Харькове первую в Украине (вторую в России) кафедру нормальной физиологии, которой руководил четверть столетия.

П.П. Заболотский-Десятковский создал в середине 19-го столетия в Петербурге научную хирургическую школу, стал одним из основоположников в России урологии, анестезиологии, отоларингологии, челюстно-лицевой хирургии, венерологии. Был избран первым председателем хирургического общества имени Н.И. Пирогова.

А.А. Бобров создал во второй половине 19-го столетия хирургическую научную школу мирового значения, которая стала ведущей по своим научным достижениям в области клинической хирургии.

И.Г. Савченко провел в 1893 г. опыт на себе, приняв внутрь большую дозу живой культуры холерного вибриона для подтверждения искусственного иммунитета. Является основоположником ряда научных направлений в патологии, микробиологии, иммунологии. В 1920 г. организовал кафедры общей патологии и микробиологии Кубанского мединститута, Кубанский химико-бактериологический институт, окружную маля-

железную станцию в г. Краснодаре.

Г.П.Томашевский организовал в 1908 г. медицинское отделение Высших женских курсов в г.Киеве, а в 1918 г. - Киевский женский медицинский институт.

Ф.В.Смельченко создал в г.Киеве в 1918 г. Биологический институт. При его непосредственном участии был издан первый русско-украинский медицинский словарь.

М.И.Ситенко является организатором ортопедо-травматологической помощи населению Украины. В 1924 г. создал в г.Харькове Украинский НИИ ортопедии и травматологии. Его дело плодотворно продолжал Н.П.Новаченко. Д.Д.Плетнев создал в 1932 г. Московский НИИ функциональной диагностики и экспериментальной терапии, кафедру внутренних болезней № 2 Центрального ИУВ. Является одним из основоположников кардиологии и рентгенологии. Ученого называли терапевтом №1 страны.

В.Ю.Чаговец является основоположником электрофизиологии.

Известные научные школы создали: Е.А.Попов - психоневрологическую в г.Москве, С.Н.Черкинский - гигиеническую в г.Москве, А.И.Ющенко - психоневрологическую в г.Харькове, В.Л.Рыжков - вирусологическую в г.Москве, С.В.Коршун - микробиологические в г.г.Харькове и Москве, М.М.Губергриц - терапевтическую в г.Киеве, Д.Н.Калужный - гигиеническую в г.Киеве и др..

В развитии военной медицины свой вклад внес А.Я.Алымов, который был главным эпидемиологом Военно-Морского Флота в 1942-1947 г. и Вооруженных Сил в 1948-1951 г.г. Ученый создал также научную школу микробиологов, иммунологов и эпидемиологов.

В настоящее время также плодотворно развивают медицинскую науку немало уроженцев Сумщины. В их числе академик Российской АМН М.Р.Сапин, создавший московскую анатомическую школу нового направления - функциональной анатомии; член-корреспондент АМН

Украины И. С. Смлян - ректор Тернопольской медицинской академии.

Эти и другие ученые - уроженцы Сумщины своими научными достижениями обогатили медицинскую науку, прославили свой край и Украину далеко за ее пределами. Их научно-практическая деятельность заслуживает в современных условиях особого внимания в научной, воспитательной и профориентационной работе.

К ИСТОРИИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ НА СУМЩИНЕ

И. В. Чернобров

Сумской государственной университет.

Одним из главных направлений, предусмотренных Концепцией реформирования здравоохранения Украины, является переход к страховой медицине с перестройкой первичной медико-санитарной помощи на принципах семейного врача. Между тем такая форма медицинского обслуживания и страхования ранее существовала, включая Сумщину, хотя носила классовый характер - для рабочих, служащих и членов их семей.

Развитие страховой медицины на Сумщине осуществлялось в 1912-1914 годах с организацией больничных касс, куда застрахованные отчисляли 2-3 % от своего заработка. Однако, владельцы предприятий считали своей обязанностью обеспечение только амбулаторной помощью и медицинской помощью при несчастных случаях и внезапных заболеваниях. В 1919 г., в период временного прекращения на территории Сумщины военных действий, проводилась активная работа по дальнейшему развитию страховой медицины. Были созданы общегородские больничные кассы за счет объединения всех существовавших. Их средства составляли только страховые взносы предприятий. В тот тяжелый период разрухи больничные кассы ставили перед собой задачу максимального обеспечения своих членов всеми возможными видами медицинской

Сумщины.

В более широких масштабах страховая медицина получила развитие с 1920 г., когда при общегородских больничных кассах были созданы рабочие поликлиники (амбулатории), а территории городов разделены на врачебные участки (районы) с филиалами рабочих поликлиник. Застрахованных каждого из территориальных участков обслуживал домашний врач, который лично оказывал амбулаторную помощь и помощь на дому, проводил профилактическую работу, помогал застрахованным своевременно и наиболее лучшим образом использовать предоставлявшиеся страховой кассой медицинские и финансовые услуги. С другой стороны, домашний врач являлся представителем страховой организации, защищал одновременно ее интересы. При обращении за медицинской помощью больные предъявляли свои страховые книжки. Домашний врач назначал лечение. Только он имел право на выдачу застрахованным своего участка листков временной нетрудоспособности или других документов на получение пособий. Вызовы к больным на дом принимались в поликлинике (амбулатории), а в нерабочее время - непосредственно врачом на его квартире. Вызовы, поступавшие до 13 часов, обязательно обслуживались в тот же день, а поступавшие позже - не позднее утра следующего дня.

В экстренных случаях члены страховкасы обращались к любому врачу, но для дальнейшего лечения и удостоверения такой экстренности вызывался потом домашний врач. Лишь по его заключению страховкасса оплачивала расходы, связанные с обращением к другому врачу. Стационарная помощь застрахованным оказывалась в основном в общих больницах, где для них согласно договора выделялось строго определенное число коек различных профилей.

Страховая медицина Сумщины оказала практическую помощь в организации и расширении сети новых типов учреждений охраны здоровья матери и ребенка, пере-

данных в тот период здравоохранению. Дотации страховых касс способствовали созданию в 1923 г. противотуберкулезных диспансеров. Страховые кассы работали в тесной взаимосвязи с инспекциями охраны труда. Методическую помощь оказывала организованная в 1920 г. рабочая поликлиника № 1 г. Харькова, а затем созданный на ее базе институт рабочей медицины. Но в 1927 г. деятельность страховой медицины была прекращена в связи с ее ликвидацией в стране по решению правительства и поставленными перед здравоохранением новыми задачами. Между тем ее опыт в современных условиях имеет определенное научно-практическое значение.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ
И НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛЯЦИИ
В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СЕРДЦА
И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

И. Д. Рачинский
СумГУ

Развитию гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) и хронической сердечной недостаточности (ХСН), которые лежат в основе гипертензивного сердца у больных гипертонической болезнью (ГБ), способствуют расстройства гемодинамики и активности нейрогуморальных систем.

У 236 больных ГБ в сочетании с ишемической болезнью сердца с различными стадиями ХСН изучены корреляционные взаимосвязи между нарушениями гемодинамики и некоторыми показателями систем нейрогуморальной регуляции.

Результаты исследований показали, что у больных ГБ в начальном периоде ХСН определяется заметная корреляционная связь между возрастанием конечного диастолического давления (КДДЛЖ) в левом желудочке

и збільшенням екскреції кортизола ($r=0,54$), умовна кореляція з підвищенням екскреції норадреналіна ($r=0,39$) і антидіуретическої активності плазми ($r=0,48$).

В початковий період ХСН у больних ГВ визначається умовна зв'язь між підвищенням загального периферического опору судин (ОПСС) і збільшенням екскреції адреналіна ($r=0,48$) і альдостерона ($r=0,45$), умовна зв'язь між підвищенням середнього артеріального тиску (САД) і зниженням вмісту серотоніну в крові ($r=0,38$). В пізній період ХСН виявлена умовна кореляція між збільшенням ОПСС і зниженням екскреції кортизола ($r=0,48$) і ванілінміндальної кислоти ($r=0,53$). Наявність умовної кореляційної зв'язі між порушеннями гемодинаміки і нейрогуморальними механізмами регуляції передполагає їх самостоятельне значення в механізмах розвитку ГМЛЖ і ослабленні левого желудочка.

ВИКОРИСТАННЯ ЧЕРЕЗСТРАВОКІДНОЇ
ЕЛЕКТРОКАРДІОСТИМУЛЯЦІЇ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ
ТА КОНТРОЛЮ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ІЗ БЕЗСИМПТОМНОЮ
ІШЕМІЄЮ МІОКАРДА

Г.В. Прилуцька
Сумський державний університет

Обстежено 50 пацієнтів віком від 30 до 55 років. Згідно класифікації ВОЗ гіпертонічна хвороба (ГХ) 1 стадії визначалась у 6 пацієнтів, 2 ст. - у 44. У всіх пацієнтів проведено добове холтеровське моніторування (ХМ). Ведення щоденника самоконтроля дозволило розмежувати виявлені ішемічні прояви як больову та безсимптомну ішемію міокарда (БСІМ). БСІМ виявлена у 28 хворих 2 ст., які склали 1 групу. Середня тривалість загальної

ішемії міокарда (ЗІМ) була 55 хв./добу, ВСІМ - 38 хв./добу. 2 групу склали пацієнти, у яких на ХМ не були виявлені ішемічні зміни. Їм була проведена черевастраво кідна електрокардіостимуляція (ЧСЕКС) в режимі навантажувального теста. У 9 хворих ця проба розцінено як позитивну із пороговою час то-тою 140 імп./хв. (2 хв.), 160 імп./хв (7 хв.) У 6 пацієнтів позитивна ЧСЕКС не супроводжувалась бо-лями ішемічного характеру, що дозволило трактувати ішемію, яка виникла під час навантажувального тес-та як ВСІМ. Всім пацієнтам проведено лікування ренітеком 20 тд./добу. та корвіталом 100 тд./добу протягом 14 днів. Результати повторного ХМ у пацієнтів 1 гр. виявили зменшення тривалості. ЗІМ до 31 хв./добу та ВСІМ до 19 хв./добу. У пацієнтів 2 гр. ішемічні прояви на ХМ не з'явилися. Після повторного ЧСЕКС позитивна проба розцінена у 3 пацієнтів із пороговою частотою 160 імп./хв, із них ВСІМ виявлена у 1 хворого. Таким чином, ЧСЕКС може використовувати, як і ХМ, для виявлення ВСІМ у хв. ГХ. Застосування цього методу дозволяє вия-вити ВСІМ у тих пацієнтів ГХ, у яких ХМ із збере-женням звичайного рухового ре жиму таких змін не фіксувало; використовувати ЧСЕКС як перний наван-тажувальний тест.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

И. Д. Рачинский, Н. В. Пышкина
СумГУ

Тяжесть течения сахарного диабета (СД) обуслов-лена как расстройствами метаболизма, так и пораже-ниями сердечно-сосудистой системы, важным проявле-нием которых является артериальная гипертензия (АГ). Причины развития АГ различные: сопутствующая гипертоническая болезнь (ГБ), атеросклероз арте-

рий, патология почек (нефроангиосклероз, диабетическая почка, сопутствующий хронический пиелонефрит).

Под нашим наблюдением находилось 53 больных СД I и II типов с сопутствующей АГ в возрасте от 21 до 78 лет. Длительность течения СД колебалась от 1 до 35 лет, длительность АГ продолжалась от 1 до 40 лет. Хронический пиелонефрит выявлен у 8 больных, в том числе у одного больного с явлениями хронической почечной недостаточности. При детальном изучении клинической картины болезни установлено, что АГ являлась следствием сопутствующей ГБ у 19 больных, атеросклеротических изменений артерий (склеротическая АГ) - у 19, изменений в почках (нефрогенная АГ) - у 15.

Гипертрофия миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) выявлена у 32 больных, в том числе при сопутствующей ГБ - у 12, склеротической АГ - у 13, нефрогенной АГ - у 7. Это показывает, что у больных СД более частые склеротическая АГ и ГБ сопровождаются высоким сопротивлением артериальному кровотоку и постнагрузкой для сердца, что является причиной развития гипертензивного сердца и дальнейшего возникновения хронической сердечной недостаточности. СД у больных ГБ и самостоятельно у больных с нормальным артериальным давлением способствует развитию атеросклероза артерий и склеротической АГ и является важной причиной гипертензивной болезни сердца, утяжеляющей состояние больных.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ

И. Д. Рачинский, О. Н. Терещук, А. Ф. Кравец
СумГУ

При лечении больных с повышенным артериальным давлением в пожилом возрасте необходимо учитывать,

что артериальная гипертензия (АГ) в старости может быть адаптационно-приспособительным процессом для улучшения кровообращения в органах, а в ходе интенсивной гипотензивной терапии могут развиваться нарушения венозного или мозгового кровообращения. Особенности стареющего организма требуют некоторых особых подходов к лечению гериатрических больных, в том числе медленное снижение артериального давления путем назначения малых доз препаратов (в 2-3 раза меньше общепринятых).

Нами проанализированы результаты лечения 38 больных АГ в пожилом возрасте, которые в комплексной терапии получали антагонисты кальция, в основном фенигидин (коринфар), верипамил. Фенигидин больные получали в суточной дозе 30 мг в три приема, верапамил - 120-240 мг/с. Выбор антагонистов кальция связан с их положительным влиянием на коронарное кровообращение, снижением потребности миокарда в кислороде, антиаритмическим действием, снижением тонуса мускулатуры периферических артерий, диуретическим эффектом. Через 15-17 дней исходное артериальное давление 180-220 / 90-100 мм.рт.ст. под влиянием этих препаратов снижалось до 140-160 / 80-70 мм.рт.ст. медленно, без выраженных побочных эффектов. При неэффективности лечения антагонистами кальция в комплексную терапию добавляли обвидан (80-120 мг/с), клофеллин (0,000150 мг/с).

При назначении лекарственных средств пожилым больным АГ мы учитывали рекомендации Американской рабочей группы по изучению АГ (1986) с снижением систолического артериального давления до 140-160 мм.рт.ст. с поддержанием диастолического артериального давления в пределах 70 мм.рт.ст. и выше.

Многосторонность действия, "мягкий" гипотензивный эффект, отсутствие тяжелых побочных эффектов у антагонистов кальция определяют их важными средствами выбора при лечении пожилых больных АГ.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ
ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ПИЩЕВАРЕНИЯ, ПОСТРАДАВШИХ
ВО ВРЕМЯ АВАРИИ НА
ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

студ. А.А. Гришин
науч. рук. проф. И.Д. Фачинский
СумГУ

Клиническая картина поражений сердечно-сосудистой системы при воздействии ионизирующей радиации разнобразная и может сочетаться с клиникой другой патологии, в том числе с поражением органов дыхания и пищеварения.

Нами проанализирована клиническая картина у 28 больных хроническим необструктивным бронхитом и эмфиземой легких без выраженных признаков хронической дыхательной недостаточности и у 27 больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью, хроническим колитом в возрасте от 44 до 56 лет, пострадавших во время аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС).

У всех больных наряду с клиникой основного заболевания обнаруживались различные клинические симптомы нарушений функционального состояния сердечно-сосудистой системы и, прежде всего, боль в предсердечной области по типу кардиалгии. Тоны сердца (особенно I тон у верхушки) были ослаблены. Другие признаки нарушений состояния сердечно-сосудистой системы (перебои в сердце, тахикардия, акцент второго тона и его расщепление в зоне легочной артерии) встречались реже. На электрокардиограммах у большинства обнаружены различные изменения зубца Т (уплощение, двухфазность, увеличение).

Нарушение функционального состояния системы

кровотоку, в тому числі на фоні патології органів дихання і травлення у хворих, постраждалих во время аварії на ЧАЕС, обумовлено дистрофічними змінами в міокарді, порушенням регуляторних систем і імунологічними змінами під впливом іонізуючої радіації.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ЖІНОК

Орловський В.Ф.,

д.м.н., професор, зав.кафедрою терапії СумГУ

Проведені дослідження особливостей клінічних проявів загострення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ВХПК) в жінок у порівнянні з чоловіками показали, що безбольовий варіант перебігу захворювання спостерігався серед жінок в два рази частіше, ніж серед чоловіків. Для жінок характерною виявилась локалізація болю в пілородуоденальній області та правому підребер'ї, праворуч від середньої лінії та на рівні або вище пупка (68,5%). У чоловіків з ВХПК біль аналогічної локалізації спостерігався лише в 32,1% випадків. Така локалізація болю без врахування інших характеристик больового синдрому, напевно, і стала передумовою для встановлення помилкового діагнозу хронічного холецистити в жінок. В зв'язку з чим, при оцінці больового синдрому обов'язковим повино бути встановлення інших його характеристик (часу виникнення, залежності від їжі та прийому медикаментів і т.д.).

У жінок характерною виявилась менша залежність болю від їжі; в два рази рідше ніж у чоловіків, зустрічається біль вночі. Для жінок з ВХПК типовим був дифузний біль тупого ниючого характеру, помірний або слабкий за інтенсивністю з типовою іррадіацією в праве підребер'я (71,8%), у чо-

дівків переважаччою була іррадіація болю в спину. Такі відмінності в характері та іррадіації болю в залежності від статі хворих можуть бути пов'язані із супутньою патологією з боку органів травлення: перевага дискінезій жовчовивідних шляхів та жовчного міхура, хронічного холециститу у жінок та більш частішого хронічного панкреатиту - у чоловіків.

При характеристичі диспепсичного синдрому у жінок достовірно рідше, ніж у чоловіків спостерігалась печія, нудота, відрижка та блювання. В той же час такі симптоми, як важкість в епігастрії після прийому їжі, гірмота в роті зустрічались вдвічі частіше у жінок. Для обстежених пацієнток характерними диспепсичними симптомами були адуття живота, бурчання за кодом кишечника, нестійке випорожнення та проноси, що може бути обумовлено і більш частішою серед жінок, у порівнянні з чоловіками супутньою патологією з боку кишок.

Не виявлено конституційних відмінностей або переваги якого-небудь конституційного типу серед обстежених хворих незалежно від статі.

У хворих обох обстежених груп методом фракційного зондування та інтрагастральної рН-метрії виявлена шлункова гіперсекреція як в базальних умовах, так і при проведенні простого гістамінового тесту. Однак, у чоловіків явища гіперсекреції були більш виражені, що проявлялось у достовірно більшій, ніж у жінок, годинній нарузі шлункової секреції, дебіту соляної кислоти, більш низьким содовим терміном та показниками антрального рівня рН.

Проведений аналіз клінічних симптомів та секреторної функції шлунка виявив суттєві статеві відмінності прояву загострення захворювання та дозволив зробити висновок про атиповий перебіг ВХДПК майже у половини жінок, що повинно враховуватись при встановленні діагнозу.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

В. В. Островский, к. м. н., ассистент кафедры терапии

Прогресс в развитии представлений о патогенезе артериальной гипертонии связан с развитием концепции роли тканевой реализации биологически активных веществ, участвующих в регуляции артериального давления. Это относится к описанным в последнее время тканевым иноренинам, метаболитам ангиотензина, системе натрийуретических факторов различной природы и происхождения - пептидной и гликозидоподобной.

Электронная микроскопия позволила обнаружить секреторные элементы (гранулы) в клетках предсердий, содержимое которых имеет пептидную природу - это система предсердных пептидов. Выяснено, что эти пептиды имеют мощное избирательное вазодилатирующее действие, преимущественно на почечные сосуды. Описанная под названием предсердного натрийуретического гормона эта группа пептидов приводит к массивному натрийурезу, снижению объема циркулирующей крови, преднагрузки.

С другой стороны, выявлена группа прогипертензивных веществ, имеющих антигенное сходство с дигоксином и угнетающих активный транспорт натрия на мембранах, что на почечном уровне приводит к массивному натрийурезу, однако, в сосудах системного кровообращения приводит к перестройке ионного мембранного транспорта натрия и кальция, снижению трансмембранного потенциала и росту возбудимости клетки, что составляет основу развития артериальной гипертонии.

Проведенные нами исследования выявили возможность терапевтической коррекции нарушений транспорта катионов и нормализации артериального давления.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЗМА

Ботровский В. В., к. м. н., ассистент кафедры терапии
Дами Бль Фарра, студ. V к. медфакультета
СумГУ

Ревматизм наиболее распространенная нозологическая единица из ревматических болезней. Острое начало в виде ревматической лихорадки встречается редко, имея сразу первично-хроническое затяжное течение, приводя к развитию клапанных поражений сердца. При анализе случаев ревматического поражения сердца обращает на себя внимание отсутствие четкой связи между лабораторными признаками активности процесса и степенью поражения сердца, а также скоростью прогрессирования процесса. Рассмотрение ревматизма как инфекционно-иммунного процесса, предполагает интерес к изучению возможных факторов, влияющих на состояние клеточного иммунитета.

Обследованы больные вялотекущим ревматизмом, часть из них носители поверхностного антигена вируса гепатита В. У больных имелся митральный порок сердца, не было в анамнезе указаний на эпизод ревматической лихорадки, длительность заболевания установить не представлялось возможным. У больных определялась тропность макрофагов к вирусу гепатита В: лимфоциты и макрофаги выделялись на градиенте фиколл-верографин, выполнялся стандартный тест адгезии лимфоцитов на стекле с количественным учетом в присутствии и в отсутствии поверхностного антигена гепатита В. Во всей обследованной группе независимо от носительства антигена гепатита В адкерено-тест выявил тропность клеточных элементов к вносимому извне вирусному антигену. Течение ревматизма у носителей антигена было более активным, пороки (митральные) более выраженные. Тропность клеточных элементов к поверхностному антигену гепати-

та В указывает на некомпетентную клеточную наследуемую память к этому вирусу.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

ст. III курса Ювченко А.А. 402 гр.

Ультразвуковой метод исследования занимает одно из ведущих мест в диагностике хронического некалькулезного холецистита.

Характерными признаками для некалькулезного холецистита являются: утолщение стенки желчного пузыря, наличие перетяжек, перегородок и деформаций желчного пузыря, неоднородность эхогенности полости желчного пузыря, наличие плотной, "замазкообразной" желчи. Признаками некалькулезного холецистита являются уменьшение или увеличение желчного пузыря, наличие отдельных бесформенных очагов повышенной эхогенности в окружающей желчный пузырь паренхиме.

Однако ряд признаков вряд ли являются достаточно достоверными. Так, толщина стенки желчного пузыря весьма сильно зависит от фазы пищеварения, состояния окружающих органов, анатомических особенностей пациента. Наличие эхогенной желчи может быть не связанным с процессами воспаления. Болезненность при пальпации датчиком желчного пузыря может быть обусловлена патологией печени или дуоденальной двенадцатиперстной кишки. Данные литературы свидетельствуют о том, что ультразвуковое заключение "хронический холецистит" совпадает с данными клиники и дуоденального зондирования приблизительно в 60% случаев.

Таким образом ультразвуковая семиотика хронического холецистита нуждается в уточнении, в том числе необходимо выработать условно понимаемые "нормальные" критерии неизмененного желчного пузыря.

ра. Полезным в ультразвуковой диагностике хронического некалькулезного холецистита может оказаться применение фармакологических проб (например, атропинового теста).

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Самойленко О.Г., кардиолог ОДРЗН

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) была описана еще в XIX веке, однако, существенный прогресс в изучении этой патологии был достигнут лишь в последние три десятилетия благодаря внедрению различных инвазивных и неинвазивных методов исследования в кардиологию (Н.М. Мухарлямов, 1990; А.А. Крамер с соавт., 1985; D. Boughner, et al., 1986).

В последние годы интерес к гипертрофической кардиомиопатии существенно возрос вследствие более частого выявления этой патологии, чему в значительной мере способствовало широкое внедрение такого высокоинформативного метода диагностики как эхокардиография (Н.М. Мухарлямов, Ю.Н. Беленков, 1981; E. Braunwald, 1989). С помощью данного метода в большинстве случаев удается не только правильно диагностировать эту патологию, но и дать предварительную оценку функционального состояния левого желудочка.

Наличие гипертрофии миокарда различных участков левого желудочка, ее выраженность и преимущественная локализация у больных ГКМП, несомненно, оказывает определенное влияние на функциональные возможности миокарда (Г.И. Строжаков с соавт., 1991). Вместе с тем характер этих влияний в зависимости от варианта расположения и выраженности гипертрофии при ГКМП до настоящего времени остается

недостаточно изученным.

Целью нашего исследования было изучение особенностей сократительной функции миокарда левого желудочка (ЛЖ) и его диастолического наполнения у больных ГКМП в зависимости от выраженности и варианта гипертрофии межжелудочковой перегородки. Комплексное обследование, включающее клинический осмотр, ЭКГ, ЭхоКГ, ВЭМ в состоянии покоя и на пороговой нагрузке было проведено 14 мужчинам и 3 женщинам в возрасте от 22 до 56 лет больным ГКМП. Нарушение диастолического наполнения и систолической функции ЛЖ в состоянии покоя было более выражено у больных с гипертрофией верхней и средней трети перегородки. Для определения возможного влияния варианта гипертрофии левожелудочковой перегородки с учетом ее выраженности на функциональное состояние ЛЖ мы сопоставили изучавшиеся показатели при различной локализации гипертрофии в зависимости от величины индекса массы миокарда. Было установлено, что концентричность гипертрофии ЛЖ при всех вариантах гипертрофии левожелудочковой перегородки нарастает соответственно росту индекса массы миокарда (ИММ). Наиболее значимо величины ИММ накладывали свой отпечаток на функциональное состояние ЛЖ преимущественно при локальном варианте гипертрофии межжелудочковой перегородки, особенно ее средней трети, отмечалось более существенное нарушение диастолического наполнения, общей и регионарной сократительной функции.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что нарушение диастолического наполнения и сокращения ЛЖ у больных ГКМП находятся в зависимости от варианта гипертрофии межжелудочковой перегородки и массы миокарда. Они определяются уже при умеренной гипертрофии, нарастают по мере ее увеличения и являются наиболее выраженными у больных с гипертрофией средней трети перегородки при индексе массы миокарда свыше 101 г/м².

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Лева В.В., к.м.н., доцент кафедры терапии СумГУ

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) относится к тяжелым заболеваниям миокарда, характеризующимся "беспричинным" снижением сократительной способности миокарда, расширением полостей сердца, застойной недостаточностью кровообращения.

Целью исследования было изучение особенностей клинического течения заболевания у мужчин среднего возраста.

На протяжении одного года в стационаре областного кардиологического диспансера лечилось 17 больных мужского пола с клиническим диагнозом дилатационной кардиомиопатии. Средний возраст больных 41,9 года. Всего случаев заболевания 20, так как один больной поступал на лечение четырежды, другой - дважды в связи с декомпенсированной сердечной недостаточностью. Анамнез заболевания в среднем составил 4 года.

Всем больным проведены общеклинические исследования крови и мочи, электролиты крови, рентгенологические исследования органов грудной клетки и ЭКГ покоя. В 2/3 случаев сделаны биохимические исследования. Двухмерная эхокардиография осуществлена 11 больным, холтеровское мониторирование - 8 больным. Недостаточность кровообращения II А стадии отмечена у 4 больных, II Б - у 10, III - у 3. Нарушения ритма регистрировались у всех больных, в том числе мерцательная аритмия у 7, из них у 2-х в виде пароксизмальной формы, трепетание предсердий - у 2-х, желудочковая экстрасистолия - у 7, блокада левой ножки пучка Гисса - у 2-х, блокада правой ножки - у 1. У 5 больных диагностирована относительная митральная недостаточность, у 1 - относи-

тельная аортальная недостаточность. У 1 больного - рецидивирующая ТЭЛА.

У всех больных рентгенологически отмечено кардиомегалия различной степени выраженности. У всех 11 больных, которым проведена двухмерная эхокардиография отмечено снижение фракции выброса от 45 до 35%. Средний конечнодиастолический размер левого желудочка (КДР) составил 6,8 см, а конечносистолический размер (КСР) - 5,6 см. У всех больных отмечена гипертрофия левого предсердия ($> 4,3$ см) и дилатация обоих желудочков.

Данные холтер-мониторинга (6 ч) в одном случае зарегистрировали пароксизм наджелудочковой тахикардии, в другом - пробежки желудочковой тахикардии, частые желудочковые и наджелудочковые экстрасистолы. Интересным является факт регистрации у всех больных повышенного протромбинового показателя (от 85 до 199%), а также у половины больных имела место гиперкалиемия.

Все больные получали традиционную симптоматическую терапию, направленную на уменьшение сердечной недостаточности в среднем продолжительностью 18 дней. Это диуретики, пролонгированные нитраты, сердечные гликозиды, ингибиторы АПФ, антиагреганты, метаболические средства. Отмечен положительный эффект у всех больных, подтверждением которого является снижение проявлений недостаточности кровообращения на 1 ступень.

К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО МИОКАРДИТА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Лабза В.В., к.м.н., доцент кафедры терапии СумГУ

Исучено 7 случаев заболевания неревматическим миокардитом молодых женщин пролеченных в стационаре областного кардиодиспансера на протяжении одного года. Средний возраст больных 32 года.

Острое течение установлено в 3 случаях, подострое - у 3, хроническое в 1 случае. Очаговый миокардит диагностирован у 4 больных, диффузный - у 3. Средняя степень тяжести диагностирована у 3-х больных. Недостаточность кровообращения установлена у всех больных, из них I стадии - у 5, II A - у 2. Нарушение ритма установлено у 4 больных по типу синусовой тахикардии, желудочковой и наджелудочковой экстрасистолии, в одном случае - мерцательной аритмии. У одной больной регистрировалось нарушение функции проводимости - блокада правой ножки пучка Гисса. Всем больным проведено клиническое исследование крови, мочи, биохимический анализ крови, Ro-исследование органов грудной клетки, двухмерная эхокардиография и холтер-мониторинг (6 часов). Ускорение СОЭ отмечено у 3 больных (от 15 до 21 мм/час), замедление у 4 (от 3 до 7 мм/час), лейкопения отмечена в 1 случае, повышение ферментов крови - в 1 случае, дисглобулинемия в 1 случае. Рентгенологически гипертрофия левого желудочка диагностирована в 2 случаях.

Низкая фракция выброса (45%) зарегистрирована в 1 случае, у больной с хроническим течением миокардита, в остальных случаях она составила от 50 до 62%).

Все больные получали нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, вольтарен от 75 до 100 мг в сутки), метаболические средства (аспаркам, рибоксин, витамины B6), 2-е больных принимали супрастин, 2-е - диазолин. Антиаритмики (ритмонорм, кордарон, тразикор) принимали 3-е больных. Дигоксин и гипотиазид получал 1 больной с мерцательной аритмией.

В результате проведенного лечения клинико-лабораторно-инструментальные показатели стабилизировались у 5 больных. Не достигнуто существенного эффекта у больной с хроническим течением заболевания и у больной с мерцательной аритмией. В обоих слу-

чаях имело место диффузное поражение миокарда.

Выгоды:

1. Неревматический, предположительно вирусный миокардит у молодых женщин протекает благополучно при очаговом поражении миокарда, с неосложненными проявлениями аритмий и НК I стадии.

2. Торпидным в отношении терапии является хроническое течение болезни, наличие мерцательной аритмии, частой желудочковой экстрасистолии, НК II A стадии при диффузном поражении миокарда.

3. Существенно значимых неспецифических лабораторных показателей воспаления не зарегистрировано у наблюдаемых больных.

4. Ультразвуковой метод диагностики информативен при диффузном поражении миокарда, гипертрофии стенок сердца.

5. Традиционная терапия очагового миокардита легкой степени эффективно в минимальные сроки (3 недели).

6. Целесообразно подключать подобного рода больным с хроническим течением болезни иммуностимулирующую терапию и пролонгированное амбулаторное лечение у врача-кардиолога.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР)

Лаба В.В., к.м.н., доцент кафедры терапии СумГУ,
Мазурек А.В., студентка 304 гр., мед.фак.СумГУ

Регулярное лечение ГВ позволяет через 4-5 лет добиться снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на 15-20%, частоты мозговых инсультов на 40-70%. Прогрессирование ГВ наблюдается в 10-12 раз реже среди регулярно леченых больных, чем среди нелеченных. Мало того, непрерывным условием лечения АГ должно стать убеждение

врачами пациентов в необходимости и целесообразности непрерывной длительной, преимущественно на протяжении всей жизни, однако четко контролируемой медикаментозной терапии. Не стоит даже начинать лечение, если больной не согласен на длительную терапию.

Комитет экспертов ВОЗ (1986 г.) рекомендует начинать лечение больных с уровнем диастолического АД менее 100 мм рт.ст. с немедикаментозной терапией. При ее неэффективности в течение 4-х недель назначают медикаменты. Сразу же после выявления АД (любые уровни) следует начать медикаментозное лечение таких больных:

1) с высоким риском развития ИБС (мужчины, курильщики, лица с гиперлипидемией, больные сахарным диабетом);

2) с отягощенной наследственностью по сердечно-сосудистым заболеваниям;

3) с АД и поражением органов-мишеней.

Для популяции в целом оптимальным является АД 105/60 - 135/85 мм рт.ст. Вопрос о том, насколько снижать АД, нужно решать в каждом случае индивидуально:

- при мягкой АГ (160-179/95-104 мм рт.ст.) стремиться к полной нормализации АД (менее 140/90 мм рт.ст.);

- при умеренной и среднетяжелой (180-200/105-114 мм рт.ст.) снижать диастолическое АД приблизительно на 10%;

- при тяжелой и злокачественной АГ (200-230/115-129 мм рт.ст. и выше) АД среднее в покое снижать на 25-30%.

Фармакологическое лечение подразумевает кроме немедикаментозной терапии (1 этап), лекарственную терапию (2 этап) согласно рекомендаций ВОЗ (1978 г.).

Первая ступень: диуретик или бета-блокатор (можно также использовать антагонисты кальция,

постсиналтические альфа-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ в качестве монотерапии).

Вторая ступень: диуретик и бета-блокатор, или к диуретику добавляют антиадренергические препараты (резерпин, метилдопа, клонидин), или замена использовавшегося раньше препарата другим.

Третья ступень: комбинирование бета-блокатора, диуретика и вазодилататора, или замена другого препарата.

Четвертая ступень: добавляют третий или четвертый препарат.

При АГ, преимущественно симпатикотонической (тахикардия, аритмия), лучше начинать с бета-блокаторов. При АГ, связанной с высокой активностью ренина (по эффективной пробе с каптоприлом 25 мг per os) эффективны ингибиторы АПФ.

У тучных больных, с признаками задержки жидкости, хорошее действие оказывают диуретики, к тому же у больных молодого возраста предпочтительнее применять бета-блокаторы и ингибиторы АПФ, у пожилых - диуретики и антагонисты кальция.

Таким образом, индивидуально подходу к каждому больному с АГ необходимо создать соответствующую программу медикаментозного воздействия.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ (РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР)

Лаба В.В. - к.м.н., доцент кафедры терапии, СумГУ

Пилипенко В.И. - студент IV курса, ЗО4 гр.

СумГУ

С целью вторичной профилактики атеросклероза используется 4 основных класса гиполипидемических средств. Наиболее широко используются статины: ловастатин (левакар), правастатин (липостат), симvastатин (зокор), флувастатин (лескол). Так, ловастатин снижает уровень холестерина, блокируя его

синтеза в печени. Он снижает общий холестерин на 20-45%, триглицериды плазмы на 10-20%, и повышает холестерин липопротеиды высокой плотности (ХЛВП) на 8-15%. Аналогичен по действию и правостатин.

Следующим классом гиполипидемических средств являются производные фибровой кислоты (клофибрат, фенофибрат, безафибрат, гемфиброзил, ципрофибрат). Клофибрат из-за побочных эффектов применяется ограничено. Фенофибрат (липантил) лучше других вместе с циплофибратом снижает уровень триглицеридов в липопротеидах очень низкой плотности (ЛПОНП). Используется при всех типах гиперлипоротемий, за исключением I типа.

Безафибрат используется при всех типах ГЛП (кроме I типа), он особенно эффективно снижает триглицериды - на 40-60%, общий холестерин и холестерин ЛПНП - на 20-23%.

Ципрофибрат по эффективности такой, как и другие препараты этой группы, иногда дает регресс кожных ксантом.

Третьим классом лекарственных средств являются производные никотиновой кислоты (никотиновая кислота, аципимокс, эндурацин). Они снижают содержание холестерина и особенно триглицеридов, а также повышают уровень холестерина ЛПВП.

Эндурацин - это новая лекарственная форма никотиновой кислоты, эффективность которой зависит от дозы.

Последним классом являются анионообменные смолы. Это нерастворимые соединения, связывающие желчные кислоты в просвете кишечника и усиливающие их фекальную экскрецию. Представителями этого класса есть холестирамин, холестипол, неомицин, пробукол, эйконол. Особенно показаны эти препараты при гетерозиготной форме гиперлипоротемий.

Холестирамин у больных с умеренной гиперлипидемией 2a и 2b типов снижает средний уровень общего холестерина на 8,5%, холестерина ЛПНП - на 12,6%,

а содержание холестерина ЛПВП возрастает на 3%, триглицеридов - на 4,5%. Колестипол является по механизму действия близким к колестирамину. Неомитин является плохо всасываемым антибиотиком, эффективно снижающим уровень холестерина. Длительное его применение приводит к уменьшению у пациентов с семейной гиперхолестеринемией концентрации холестерина в крови почти на 30%. Пробукол умеренно снижает содержание холестерина крови и оказывает очень незначительное воздействие на уровень триглицеридов. Он эффективен у пациентов 2а и 2б типов гиперлипидемий и при 4-м типе, где его эффективность несколько ниже.

Кроме вышеперечисленных лекарств, гиперлипидемическое действие оказывают продукты, содержащие длинноцепочечные полиненасыщенные W-3 жирные кислоты, в частности эйкозол.

Таким образом, в настоящее время существует широкий выбор гиполипидемических средств для вторичной профилактики атеросклероза.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ И ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОДНОЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПИЩЕВОДА И ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Кондрачук С.А., к.м.н., ассистент кафедры терапии
СумГУ

Рак пищевода и проксимального отдела желудка занимает 5-7 место в структуре онкологических заболеваний пищеварительного тракта.

В настоящее время в хирургическом лечении рака пищевода и проксимального отдела желудка ведущее место занимают одноэтапные операции, выполняемые, как правило, в крупных онкологических центрах. Различные варианты эзофагогастропластики, выполняемые одномоментно имеют ряд преимуществ по сравне-

нию с многоэтапными операциями: физиологичность, большую выживаемость к концу первого года жизни после операции, более высокое "качество жизни", экономический эффект.

В диагностике осложнений и стойких анатомо-функциональных изменений, возникающих после указанных операций в послеоперационном периоде и в отдаленные сроки рентгенологический метод исследования, наряду с эндоскопическим, занимает ведущее место.

Наиболее часто в раннем послеоперационном периоде встречаются такие осложнения, как недостаточность швов анастомоза, анастомозит, пилороспазм, осложнения со стороны легких и плевры. Редким осложнением является медиастинит. В отдаленные сроки после операции наиболее частыми заболеваниями оперированного пищевода и желудка являются рефлюкс-эзофагит, анастомозит, рецидив опухоли.

СОКРАТИМОСТЬ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Климанская Н.В., аспирант кафедры терапии
СумГУ

Цель работы заключалась в изучении сократительной функции желчного пузыря (ЖП) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК). Под наблюдением находилось 62 человека от 16 до 67 лет (47 мужчин и 17 женщин), длительность заболевания составляла от нескольких месяцев до 15 лет. О функциональной способности ЖП судили по результатам УЗИ до и после желчегонного завтрака (200 г сметаны или 2 сырых желтка). Объем ЖП рассчитывали по формуле Поляк.

У 62 обследованных выявлены нарушения сократительной функции ЖП по гипертоническому типу - у 37% больных, по гипотоническому типу - у 39% боль-

ных, не нарушена функция ЖП - у 24% больных. Более чем у половины больных функциональные расстройства сочетались с воспалительными изменениями стенок ЖП, причем такое сочетание более характерно для гипотонического типа дискинезий. Частота или другого вида дискинезий зависит от возраста больных, длительности заболевания и осложнений. У молодых людей часто наблюдается гиперкинезия ЖП. При сравнении мужчин и женщин: у женщин чаще отмечается гиперкинетическая дискинезия ЖП. По полученным данным на ранних этапах ЯВДК с одинаковой частотой наблюдаются гиперкинетические и гипокинетические формы дискинезий, тогда как при длительности заболевания более 5 лет чаще встречается гипомоторная дискинезия.

Таким образом, проведенный анализ изучения УЗИ сократительной функции ЖП показал, что ЯВДК сопровождается нарушением функционирования смежных органов пищеварения.

Секция хирургического профиля

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС

Шевченко В.П.

Кафедра хирургических болезней СумГУ.

Симультанными называют операции, выполненные по поводу различных заболеваний на двух или более органах (тканях) во время одного хирургического вмешательства.

Особый интерес представляет изучение возможности проведения симультанных операций (СО) у лиц, подвергшихся воздействию радиации в результате аварии на ЧАЭС, так как известно, что ионизирующее излучение обладает иммунодепрессивными эффектами и неблагоприятно воздействует на регенерацию тканей.

За период с 1991 по 1996 год в хирургическом отделении Сумского областного диспансера радиационной защиты населения оперировано 1064 ликвидаторов аварии на ЧАЭС. У 64 из них (6,02%) выполнены СО.

Средний возраст оперированных больных составил $44 \pm 0,6$ лет.

Произведены следующие СО: резекция желудка и грыжесечение по поводу вентральной грыжи - у 6, колецистэктомия и грыжесечение - у 2. Из 44 пациентов с паховыми грыжами, оперированных под эпидуральной анестезией, симультанно проведены - операция флебэктомия - у 6, геморроидэктомия - у 3, аппендэктомия по поводу хронического аппендицита - у 2, иссечение доброкачественных опухолей мягкой ткани - у 28, паховое грыжесечение с обеих сторон - у 5.

Операция флебэктомия на обеих нижних конечностях выполнена - у 3, операция секторальной резекции молочной железы с иссечением доброкачественных опухолевых тканей - у 9.

После СО длительность пребывания больных на койке составила $11 \pm 0,62$ дня, частота послеоперационных осложнений в виде нагноения раны равнялась $4,5 \pm 2,6\%$, что существенно не отличалось от аналогичных показателей ($10 \pm 0,92$ дня и $4,1 \pm 2,3\%$) у остальных больных, ($P > 0,05$).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о целесообразности выполнения СО у ликвидаторов аварии на ЧАЭС в случае выявления у них сочетания хирургической патологии.

ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ КИЛЛЕРНЫХ КЛЕТОК ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Шевченко В.П., Кобылецкий Н.М., Борисенко А.И.,
Погонцева И.М.

Кафедра хирургических болезней СумГУ,
областная клиническая больница

Нами изучено содержание естественных киллерных клеток (ЕКК) в периферической крови 26 больных с острым разлитым перитонитом (ОРП), находившихся на лечении в хирургическом отделении СОКБ. Возраст больных от 17 до 83 лет. Исследования проводились при поступлении больных и по окончании лечения. Для контроля взят средний показатель содержания БГЛ у 20 здоровых лиц (доноров) - $(6,8 \pm 0,41)\%$. Установлено, что в реактивной стадии ОРП (16 наблюдений) среднее число БГЛ равнялось $(6,6 \pm 0,36)\%$ и практически не отличалось от этого показателя у здоровых. В токсической фазе ОРП (7 наблюдений) количество БГЛ резко уменьшалось до $(3,4 \pm 0,44)\%$ и было существенно ниже, чем у больных с реактивной стадией перитонита ($P < 0,05$). Максимальное падение числа БГЛ до $(1,4 \pm 0,3)\%$ зарегистрировано в терминальной стадии ОРП (3 наблюдения). С целью повышения неспецифической реактивности в программу лечения больных с ОРП включали адьювантную иммунотерапию (ИМ) препаратами тимуса. За исключением больных в терминальной стадии ОРП, у остальных - содержание БГЛ на момент выписки возрастало. Таким образом, динамика изменений числа ЕКК у больных коррелировала с тяжестью патологического процесса. Использование адьювантной ИМ препаратами тимуса целесообразно у всех больных с перитонитом, однако реальную эффективность от ее применения следует ожидать только в реактивной и токсической стадиях ОРП.

ИНТУБАЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Шевченко В.П., Кобылецкий Н.М., Борисенко А.И.,
Соболев Ю.И., Пустовой А.И.

Кафедра хирургических болезней СумГУ, ОКБ

Проведен ретроспективный анализ 42 историй болезни больных с острым разлитым перитонитом (18) и ОКН (24), наблюдавшихся в хирургическом отделении ОКБ с 1994 по 1996 год, которым была выполнена интубация тонкой кишки. Причиной перитонита послужили: деструктивный аппендицит (4), панкреонекроз (3), мезентеральный тромбоз (2), болезнь Крона (1), перфоративная язва ДПК или желудка (6), травмы живота с множественными повреждениями кишечника (2). У 22 больных диагностирована механическая, у 2 - странгуляционная ОКН. У большинства больных ОКН была вызвана спаечным процессом, у 3 - опухолью толстой кишки. Применены различные методики длительной декомпрессии тонкой кишки (ДДТК). 28 больным проведено закрытое антеградное дренирование - назоинтестинальная интубация (НИИ). Наиболее часто применялась проксимальная НИИ (зонд располагали на 50 - 70 см дистальнее связки Трейтца). У 12 больных использована тотальная НИИ. У 6 больных проведена открытая ретроградная интубация через цекостому, у 4 - через аппендикостому. Применение ДДТК было эффективным у 39 (92,8%) больных. У 3 (7,2%) пациентов с разлитым гнойным перитонитом в стадии полиорганной недостаточности функцию кишечника восстановить не удалось.

Таким образом, интубация кишечника является эффективным компонентом хирургического лечения ОКН и перитонита. Выбор методики интубации требует индивидуального подхода с учетом особенностей патологического процесса и имеющейся сопутствующей патологии.

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДОАНТИСЕПТИЧЕСКУЮ ЭПОХУ

Шевченко В.П.,

студенты 3 курса Гузенко Я.В., Лазаренко О.В.

Кафедра хирургических болезней СумГУ

В связи с ростом частоты гнойных послеоперационных осложнений, обусловленных снижением чувствительности возбудителей хирургической инфекции к антибактериальным препаратам, особую ценность приобретает опыт лечения гнойно-воспалительных заболеваний, накопленных хирургами в доантисептическую эпоху. Согласно существовавшим тогда представлениям, при воспалительном процессе, угрожавшем любой ране, проводилось антифлогистическое (ослабляющее) лечение, как общее так и местное. Важнейшим компонентом такого лечения являлось кровопускание.

Широко использовался лед, применение которого было одним из основных средств, предупреждавших развитие воспаления. При резких болях, напряжений тканей, сухой "опухоли" применяли теплые окутывания в виде катаплазмы (припарки), а так же фоменты (намазывание лечебных средств на шерсть, фланель, корпию и прикладывание их к телу).

Лечение голодом, равно, как слабительными и рвотными, потогонными, составляло важнейшие элементы антифлогистического метода лечения.

При хронических процессах применяли отвлекающие: кровососные банки, пиявки, горчичники, раздражающие мази и др. При нагноении широко рассекали ткани для удаления гноя, придерживаясь постулата Гипократа "Ubi pus, ibi incisio et evasio". Рану закрывали корпией, пропитанной маслом. Эта корпия заменяла марлю и вату. При глубоко расположенных очагах хронического воспаления (туберкулез суставов) применяли заволоки и фонтанели.

Несмотря на наличие большого арсенала средств, используемых в лечении гнойно-воспалительных заболеваний, эффективность их была незначительной, а результаты лечения мало утешительные.

ИЗУЧЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ (ЛИИ) У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Шевченко В.П.,
студенты 3 курса Лазаренко О.В., Гузенко Я.В.
Кафедра хирургических болезней СумГУ

Изучение степени интоксикации у больных с гнойными заболеваниями брюшной полости имеет важное значение для определения тактики лечения и прогнозирования исхода заболевания. Впервые возможность определения степени интоксикации в динамике развития острого аппендицита была показана Я.Я. Кальф-Калифом. По данным автора прогрессирование морфологических изменений в отростке сопровождается повышением лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ). Нами изучен ЛИИ у 38 больных в возрасте 18-83 лет с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости (по материалам хирургического отделения СОКВ). Подсчет ЛИИ проводился при поступлении больных и после проведенного хирургического лечения накануне их выписки. Флегмонозный и гангренозный аппендицит был у 14 больных, деструктивный колецистит у 12, абсцессы брюшной полости у 6, гнойный перитонит у 6. ЛИИ до операции был от 5,6 (деструктивном аппендиците) до 8,35 (при перитоните), что обусловлено прогрессирующей интоксикацией. Для контроля исследован ЛИИ у 15 здоровых лиц (доноров). Он равнялся: $0,52 \pm 0,46$. После операции (ликвидация гнойно-септического очага, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия), ЛИИ снижался до $0,33 \pm 0,41$. Таким образом, ЛИИ является

информативным маркером степени интоксикации и коррелирует с тяжестью патологического процесса. Адекватное лечение снижает этот показатель.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Бугаев В.И., Сусол Н.П., Задорожный В.П.,
Литовченко С.В., студентка IV курса Новикова Ю.В.
Кафедра хирургических болезней

Нами проведены клинические исследования эффективности местного применения гипохлорита натрия в комплексном лечении больных с гнойно-некротическими заболеваниями мягких тканей.

Использовался 0,2% базовый раствор гипохлорита натрия для промывания раневых поверхностей и полостей после хирургической обработки гнойного очага в 1-ю фазу течения раневого процесса. Раствор готовился ex tempore.

Основная группа состояла из 27 больных с обширными гнойно-некротическими процессами мягких тканей ягодичной и параректальной областей. Группа сравнения включала 16 человек с аналогичной патологией без использования препарата в комплексе лечения.

Течение гнойно-некротического процесса вызывалось поливалентной инфекцией, с преобладанием *E. coli*, *Ps. aeruginosa*, *Pr. vulgaris*, устойчивой к основному спектру антибиотиков.

Очищение раневой поверхности в основной группе получали в среднем на 1-2 суток раньше группы сравнения. К 5-6 суткам при бактериологическом контроле роста патогенной микрофлоры у больных основной группы не было (группа сравнения - 7-9 суток). В дальнейшем течение раневого процесса у больных основной группы было благоприятным. Побочных эффектов от применения препаратов не получено.

Учитывая высокую бактерицидную активность и де-

шевиану, местное применение гипохлорита натрия может занять достойное место в комплексном лечении 1-й фазы течения гнойно-некротического процесса.

РЕЛАПАРОТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ПРОВОДНЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

асп. А. Л. Сытник, Н. Г. Кононенко,
студентка 5 курса И. И. Гарбузова
Кафедра хирургических болезней СумГУ

Оперированы 538 больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Осложнения в послеоперационном периоде, потребовавшие повторной операции, возникли у 20 (3,7%) из них: кишечная непроходимость - у 7 (спаечная - у 6, динамическая - у 1), перитонит - у 4 больных. Перитонит развился вследствие несостоятельности швов ушитой язвы (1) или пилоропластики (1), либо перфорации второй язвы (1) или острой язвы. Повторно оперированы по поводу стеноза выходного отдела желудка после ушивания перфоративного отверстия 3 больных, тромбоза мезентериальных сосудов - 1, желудочно-кишечного кровотечения - 1, панкреонекроза - 1, внутрибрюшного кровотечения - 1, анастомозита - 1, эвентрации - 1.

Релапаротомию осуществляли широким срединным доступом. При ранней спаечной кишечной непроходимости помимо ее устранения (висцеролиз) применяли меры по предотвращению рецидивирования (ушивали десерозированные участки, проводили интубацию тонкой кишки с целью ее декомпрессии и шинирования). Интубацию кишечника осуществляли также при послеоперационном перитоните, выраженном его парезе при других патологических состояниях (эвентрация, панкреонекроз, абсцессы брюшной полости). После релапаротомии умерли 5 (25,0%) больных: от полиорганной недостаточности вследствие интоксикации

(3), и тромбоэмболии легочной артерии (2).

ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Е.Л. Шальков, Л.Г. Кащенко, С.Л. Петренко,
студент V курса Д.В. Панченко.

Кафедра хирургических болезней СумГУ

В 5-ой городской больнице г. Сумы в период с 1990 по 1995 гг. по поводу травм органов брюшной полости (ТОБП) выполнено 265 хирургических вмешательств. 185 пострадавших имели открытые ранения (колото-резаные - у 177 (69,1%), огнестрельные - у 8 (3,1%)) и 71 - закрытые ТОБП. В первые 6 часов от момента травмы поступило 173 (67,5%), от 6 до 12 часов 64 (25%) и свыше 24 часов - 19 (7,4%) травмированных. Жители города составили 80%. Лечение-диагностическая тактика была следующей: исследование крови и мочи, рентгенография грудной клетки и брюшной полости, лапароцентез, торакоцентез, по показаниям применялась методика "шарящего катетера" в случаях закрытой травмы брюшной полости. Показаниями к лапаротомии служили: клинические признаки перитонита (10,1%), гемоперитонеума (45%) и получение при лапароцентезе и с помощью "шарящего катетера" патологического содержимого из брюшной полости при сомнительной клинической картине. Повреждение органов брюшной полости оказались следующими: тонкая кишка в 66 (22,8%), печень в 40 (13,8%), сальник в 28 (9,6%), селезенка 24 (8,3%), толстая кишка 23 (7,9%), брыжейка кишечника в 22 (7,6%), желудок в 9 (6,5%), диафрагма в 8 (2,7%), 12-п. кишка в 7 (2,6%) случаях. Все больные оперированы в течении 1 часа с момента поступления. Характер операции при ТОБП был следующим: ревизия органов брюшной полости у 41 (16%), ушивание ран органов у 169 (62%), спленэктомия с аутооттрансплантацией ткани селезенки в большой сальник у 24

2,0%), резекція сальника у 21 (8,2%), резекція кишки у 15 (5,8%), епіцистостомія у 8 (2,7%), колостомія у 5 (2,3%), нефрэктомія у 2 (0,7%), колекцистентомія у 1 (0,3%). Післяопераційні ускладнення були у 84 (24,5%), нагноєння ран у 46 (17,9%), рання опаячна непроходимость кишечника у 7 (2,7%), авентрація у 4 (1,5%), кишечний і панкреатический свищ по 1 (0,3%), тромбоемболія легочної артерії у 4 (1,5%). Післяопераційна летальність - 3,2%.

СЕЛЕКТИВНА МЕЗЕНТЕРИКОГРАФІЯ В КЛІНІЦІ ПЕРІТОНІТУ

Є. Л. Шальков

Кафедра хірургічних хвороб СумДУ

Мезентерикографія виконана у 48 хворих за методикою Сельдінгера-Едмана. Показниками були випадки абдомінальних захворювань з підозрою на обструкцію брижових судин та перитоніт, коли проводилась лікувальна інфузія в брижову артерію. Оцінювали стан регіонарної гемодинаміки по тривалості фаз кровотоку, діаметрах верхньої брижової артерії та воротньої вени, часу початку венозної фази. Лінійна швидкість кровотоку визначалась як частка від відношення довжини судин до часу, за який по ньому пройде контрастна речовина. Об'ємний кровотік визначувався за формулою $Arct\text{гал } Q = 0,06 \text{ лг}^2 \times l \setminus t$. Перитоніт характеризувався збільшенням тривалості артеріальної (на 70,1%) та венозної (в два рази) фаз кровотоку, зменшенням діаметру верхньої брижової артерії та воротньої вени. В реактивній стадії спостерігалось деяке збільшення судин. Артеріо-венозне шунтування підтверджувалось більш раннім початком венозної фази. Об'ємний кровотік по верхній брижовій артерії, після деякого збільшення в реактивній стадії, зменшувався в термінальній на 28,4%. В усіх стадіях фаза капілярного кровотоку

була більш вираженою (стає контрастною речовиною), що свідчило про порушення мікроциркуляції. Діагностичне значення мезентерикографії базувалося на таких ангиографічних ознаках: симптоми захворювань, які викликали перитоніт - "обрив" стовбура артерії при його обструкції, аваскулярні зони при странгуляції та хаотичність судинного малюнку при гострій непрохідності кишечника; симптоми функціонального характеру - збільшення тривалості фаз кровотоку, вазоконстрикція, зниження об'ємного кровотоку; симптоми перитоніту - гіперваскуляризація в зоні запалення, потовщення стінки кишечника та підсилення забарвлення тканин органів черевної порожнини на фоні пневматозу, "плямистість" рентгенологічного малюнку, артеріальний спазм. Ангіографічні ознаки перитоніту та симптоми функціонального походження посилюються і стають більш вираженими з прогресуванням захворювання. Таким чином, селективна мезентерикографія при перитоніті дозволяє виявити органічні та функціональні порушення в черевній порожнині, а також оцінити тяжкість та динаміку захворювання.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кононенко Н.Г., Кашенко Л.Г.,
Шальков Е.Л., Никонов А.А., Неустроев В.Н.,
Коцюба И.И., Курочкин А.В., Золотарев Н.Н.
Кафедра хирургических болезней СумГУ,
5 городская клиническая больница

Вопросы диагностики острых нарушений мезентериального кровообращения (ОНМК) изучены у 103 больных (45 мужчин и 58 женщин) в возрасте от 27 до 95 лет: до 60 лет - 17 чел. (16,5 %), старше 60 лет - 86 (83,5 %). ОНМК отмечены: в тонкой кишке - у 64 больных, в тонкой и толстой кишке - у 34 больных,

только в толстой кишке - у 5. Следовательно, тромбоз эмболия верхней брыжеечной артерии произошла у 38 (35,1 %) больных. Сопутствующие заболевания, как этиологический фактор тромбоземболий, выявлены у 96 (93,2 %) больных. ОНМК распознано при направлении только у 8 (7,8 %) больных. Преобладали диагнозы: острый панкреатит (33), острая кишечная непроходимость (18) и др. При госпитализации ОНМК установлены или заподозрены у 24 (23,3%) человек. От начала заболевания в сроки до 24 ч. обратилось 62 (60,2%) больных. ОНМК распознано с момента обращения до 3 ч. - у 49 (47,6%), всего до 24 ч. - у 84 (81,5 %) человек. Основным симптомом ОНМК была сильная постоянная боль в средних отделах живота. С прогрессированием заболевания на первый план выступают симптомы, которые следует считать патогномоничными: а) отсутствие перистальтики кишечника ("тубовая" тишина); б) обнаружение при ректальном исследовании несвежей крови со слизью типа "малинового желе"; в) наличие геморрагического выпота, что обнаруживается при лапароцентезе - это уже финал катастрофы. Таким образом, ОНМК проявляется различными симптомами, во многом сходными с другими острыми заболеваниями брюшной полости, что затрудняет диагностику.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МЕЗЕНТЕРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Конonenко Н.Г., Кашенко Л.Г.,
Шальков Е.Л., Неустроев В.Н., Никонов А.А.,
Кошуба И.И., Курочкин А.В., Золотарев Н.Н.
Кафедра хирургических болезней СумГУ

Лечение больных с острым нарушением мезентериального кровообращения (ОНМК) хирургическое. Выбор методики вмешательства зависит, в основном, от срока заболевания и объема геморрагического ин-

фаркта кишечника.

Из наблюдавшихся за 1989 - 1995 г. 103 больных оперировано 86 (83%) человек. Не оперировано 17 в основном из-за крайне тяжелого и даже предагонального состояния.

Виды вмешательств: лапаротомия предпринята у 47 (45,6%), резекция различного объема - у 39 (37%). Сегментарные резекции выполнены - у 18, резекция тонкой кишки различной длины - у 8, субтотальная резекция тонкой кишки - у 1, резекция сегмента или 1/2 длины кишки или субтотальное удаление тонкой кишки с правосторонней гемиколэктомией - у 8, правосторонняя гемиколэктомия - у 1, резекция сигмовидной кишки - у 1, левосторонняя гемиколэктомия - у 2.

При обширном венозном тромбозе, когда стенка кишки утолщена, багрово-синюшного цвета, брыжейка отечная, пульсация сосудов едва определяется, а в брюшной полости уже может быть серозно-геморрагического характера выпот, во время лапаротомии в корень брыжейки вводили раствор новокаина с гепарином 10 - 15.000 ед., брюшную полость дренировали и после операции такие больные получали адекватную инфузионную терапию, антикоагулянты, спазмолитики, антибиотики.

Всего умерло 86 больных. Большинство больных умерло в ближайшие первые - вторые сутки и даже часы после операции или госпитализации от интоксикации, а также от послеоперационных осложнений.

Из 17 выписавшихся больных у 4 предпринята диагностическая лапаротомия по поводу венозного тромбоза. Сегментарная резекция (1/2) выполнена у 8, резекция 2/3 тонкой кишки - у 1, субтотальная резекция тонкой кишки с правосторонней гемиколэктомией - у 2, левосторонняя гемиколэктомия - у 1, резекции сигмовидной кишки - у 1.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Гоцулян В.И., Неустроев В.Н.
5 -я ГКБ

Представлен анализ лечения больных в возрасте 60 и более лет с ущемленными грыжами. Больных старше 60 лет было 104 из 581 (18%), с неущемленной грыжей и 115 из 154 (74,7%) с ущемленной грыжей. Из 115 больных старше 60 лет паховая ущемленная грыжа была у 69 (83%), бедренная - у 25 (73%), пупочная - у 12 (52%), послеоперационная вентральная - у 5 (41,6%), грыжа белой линии живота - у 4 (100%). Мужчин было 50 (43%), женщин - 65 (57%). Средний койкодень составил 9,1 дня. С момента ущемления грыжи в первые 6 часов госпитализировано 101 (88%) больной, от 7 до 24 часов - 8 (7%), после 24 часов - 6 (5%) больных. Содержимым грыжевого мешка у 67 (58%) больных оказалась тонкая кишка, которую у 4 (6%) вынуждены были резецировать, у 22 (19%) ущемилась прядь сальника. У 19 (16,9%) были ущемлены тонкая кишка и большой сальник изредка в грыжевом мешке находились слепая, сигмовидная кишка или червеобразный отросток. У 74 (63,3%) больных, ущемленные органы оказались жизнеспособными, у 41 (35,7%) их вынуждены были резецировать. При косых и паховых грыжах пластика выполнена преимущественно по Кимбаровскому и Мартынову. При прямых и больших косых паховых грыжах или рецидивных укрепляли заднюю стенку пахового канала по Бассини, Постемпскому-Крымову, Кукуджанову. При бедренных грыжах пластику проводили по Бассини, при пупочных - по Мейо, Салепко. При обнаружении во время грыжесечения флегмоны сразу же предпринимали лапаротомию, некротизированную кишку резецировали, но ее удаляли со стороны грыжевого мешка. Умерло 3 (2,6%) больных, от тромбоза болевой легочной артерии.

К ВОПРОСУ О РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РИНОСИНИУИТАМИ И ВАЗОМОТОРНЫМИ РИНИТАМИ

В.С. Бабич

Кафедра хирургических болезней СумГУ

Несмотря на большое количество методов, предложенных для лечения инфекционно-аллергических и вазомоторных ринитов, терапия их до сих пор остается недостаточно эффективной и стойкое излечение наступает редко.

Нами в течении 5 лет была изучена эффективность лечения больных с инфекционно-аллергическими риносинуситами и вазомоторными ринитами (поллинозами) путем местного применения гальванопунктуры (перераспределения) рефлексогенных зон слизистой носа.

Под нашим наблюдением находилось 68 больных, из них 51 с аллергической и 17 с нейровегетативной формой заболевания. Этим больным после смазывания всей слизистой носа 3% раствором дикаина гальванокаутером прижигались рефлексогенные зоны слизистой носа. Выявлено, что наиболее чувствительные рефлексогенные точки на слизистой носа находятся в области выступа носа, на передней поверхности нижней, средней и верхней носовых раковинах, а также на носовой перегородке в нижней, средней и верхней ее части на уровне передних частей носовых раковин.

Результаты лечения были следующими. Значительное улучшение наступило у 23 больных (33,9%). Улучшение (ослабление всех симптомов или исчезновение части из них) наступило у 41 больного (60,2%). Положительные результаты лечения получены у 84,09% больных. У 4 больных эффекта не получено.

МЕТОД ФОНОФОРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Б.С. Бабич

Кафедра хирургических болезней СумГУ

144 человека, страдающих хроническим тонзиллитом, были подвергнуты местному лечению фонофорезом с лидазой или ронидазой по 0,5, фурагином по 0,5, витаминами "С" по 0,5, "В" по 0,2 и "РР" по 0,03, новокаином по 0,5 и гидрокортизоновой мазью 0,5% - 10,0.

Препараты вводились при помощи ультразвука в их комплексе на проекции небных миндалин. Внешняя аппликация проводилась с помощью аппарата УП - 1 (диаметр ультразвуковой головки 40мл) и ЛОР - 1А (диаметр ультразвуковой головки 20мл).

Оценка эффективности лечения проводилась по субъективным ощущениям больного, объективной картине глотки, клиническим и биохимическим показателям крови, по результатам аллергических и вегетативных проб. Особое внимание обращали на состояние регионарных лимфатических узлов. В зависимости от их состояния и наличия патологических изменений в небных миндалинах, количество сеансов колебалось в пределах 8-12 на курс по 5-6 на каждую миндалину ежедневно. К концу лечения у всех больных небные миндалины значительно уменьшались в размерах. У 81% пациентов лакуны миндалин стали широкими и зияющими, без патологического содержимого в них.

Регионарные лимфоузлы не пальпировались у 88% лечившихся и у 12% значительно уменьшились в размерах. Пульс и артериальное давление изменений не претерпевали.

Через 3 года проведенного лечения осмотрено 92 человека. Из них повторно болели ангиной только 6 человек и острыми респираторными заболеваниями 5. Таким образом, после лечения ангинами не болели 86 человек.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФУЗИИ ЛАКТАСОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА

В.С. Бабич

Кафедра хирургических болезней СумГУ

Современные клинические и анатомо-морфологические исследования позволяют считать обоснованным предположение о том, что основным морфологическим субстратом болезни Меньера является эндолимфатический гидропс, а главным патогенетическим фактором этого заболевания - дисфункция вегетативной иннервации сосудов внутреннего уха, нарушения гуморальных систем внутреннего уха и электролитного баланса эндо- и перилимфы, углеводного и минерального обмена. Эффективных средств лечения нет. Поэтому поиск новых средств для лечения болезни Меньера является актуальным. В качестве такого средства нами избраны внутривенные инфузии солевого раствора с лактатом натрия - лактасола.

Лактасол нами применяется у 23 больных. У всех больных отмечались приступы головокружения, сопровождавшиеся тошнотой, рвотой, нарушениями статики и координации движений, вегетативными расстройствами, наличием спонтанного нистагма, а также шумом в ушах и постепенным снижением слуха.

Всем больным во время приступов острой вестибулярной недостаточности производились внутривенные струйные введения 400мл лактасола с последующим капельным вливанием 400 - 600мл этого же раствора. В последующие дни лактасол вводился внутривенно капельно по 400мл. Приступы головокружений купировались в первые сутки у 14 больных, у 4 других они прекратились на следующий день после капельных введений лактасола, а у остальных через 2 - 4 дня с начала проводимой терапии. У всех пациентов через 4 - 5 дней заметно улучшилось общее самочув-

тине, исчезли головные боли, чувство тяжести в голове и координаторные расстройства. Через 3 дней у 4 больных приступы головокружений возобновились. После повторных инфузий лактосола приступы головокружений исчезли, прекратилась тошнота.

ВЫБОР МЕТОДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Студент V курса Набия Эль Асталь
СумГУ

Цель исследования - определить наилучший метод обезболивания и оптимальное операционное положение для пациента во время операции по поводу черепно-мозговой травмы.

При хирургическом лечении черепно-мозговой травмы имеет большое значение как для хирурга, так для анестезиолога и больного, его положение на операционном столе. Предложено несколько положений больного: на спине, на животе и сидя.

В зависимости от места хирургического вмешательства может быть применено то ли иное положение больного:

- положение на спине - при оперативных вмешательствах на лобных областях;
- положение на животе - при оперативных вмешательствах на задней черепной ямке и на спинном мозге;
- положение сидя - при оперативных вмешательствах на задних отделах черепа: задняя черепная ямка, мозжечок, затылочные доли и верхний отдел позвоночника.

Имеется достаточный арсенал препаратов для обезболивания при хирургическом лечении черепно-мозговых травм.

Применяются следующие препараты:

- Кетамин - является препаратом выбора при ги-

потонии у больного;

- Фторотан - снижает потребление кислорода (на 10-15%) клетками мозга, применяется при гипертонии;

- Натрия оксибутират - снижает потребность клеток мозга в кислороде, снижает артериальное давление;

- Нейролептаналгезия - метод общей анестезии, основанный на использовании комбинации действия нейролептина и анальгетика;

- Дроперидол - улучшает периферический кровоток;

- Фентанил - вызывает брадикардию. Одновременно начинают ингалировать закись азота с кислородом в сочетании 2:1.

Таким образом, выбор метода обезболивания и положения больного определяются целью хирургического лечения.

ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ КЕТАМІНУ, ДИМЕДРОЛУ ТА ДРОПЕРІДОЛУ НА РІВЕНЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ

Сладько І.О.

Курс медицини катастроф СумДУ

В наш час досить поширеною є методика внутрішньовенної дисоціативної анестезії дериватом фенциклідіну-кетаміном. Але питання стабілізації цього виду знечуження до сих пір є актуальним. Нами запропонована комбінація кетаміну з димедролом та дроперидолом. Дана методика використана для проведення знечуження у 38 хворих при малих хірургічних втручаннях.

Систолічний артеріальний тиск (САТ) з початком наркозу плавно підвищувався на 10 % від вихідного, з початком операції не змінювався, а по закінченню операції та наркозу знижувався на 5,2%, але зали-

зався підвищенням порівняно з початковим на 4,3%, а на протязі найближчого післяопераційного періоду повертався до початкового. Діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) після введення в наркоз підвищувався на 11,5%, та залишався стабільним на протязі всієї операції. Після закінчення наркозу ДАТ знижувався на 2,3%, але залишався підвищеним на 8,3% від початкового, а на протязі найближчого післяопераційного періоду повертався до початкового значення. У 3 випадках (7,9%) після початку наркозу ДАТ знижувався на 11,5%, залишався стабільним на протязі всього наркозу, а після пробудження повертався до вихідних значень. В 16 випадках (42%) рівень ДАТ під час і після наркозу залишався таким, як яким був до операції.

Таким чином, завдячуючи запропонованій нами комбінації, вдалося залобігти значному коливанню артеріального тиску під час кетамінового наркозу.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ РАСТВОРОВ ХЛОРИДА НАТРИЯ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Витер А.И.
СумГУ

Использование гипертонических растворов натрия хлорида для лечения тяжелых стадий шока впервые предложено в 1944 г. Было показано, что реакция организма на инфузии гипертонических растворов находится в прямой зависимости от артериального давления (АД): при нормальных показателях внутриартериальные инфузии 5%, 10%, 20% растворов приводят к незначительному и кратковременному подъему АД; при гипотензии, особенно в условиях тяжелого шока, происходит резкий, в большинстве случаев стойкий подъем АД на 30-60мм рт. ст. Эти работы послужили толчком к дальнейшим исследованиям, к возникновению понятия "малообъемного" оживления

(small-volume resuscitation) как одного из методов экстренной терапии тяжелых стадий шока, терминальных состояний. Во время "малосъемного" оживления гипертонический раствор натрия хлорида вводится капельно через периферическую вену. Такой метод приводит к быстрому и продолжительному увеличению концентрации натрия в плазме и тем самым является инициатором резкого трансмембранного градиента. Наиболее важным механизмом действия гипертонического раствора является быстрая мобилизация эндогенной жидкости с увеличением внутрисосудистого объема. "Малосъемное" оживление является одним из ведущих методов экстренной терапии тяжелых стадий шока, массивной кровопотери, терминальных состояний. Он прост, доступен, обеспечивает возможность маневра силами и средствами медицинской службы в обычных условиях и очагах чрезвычайной ситуации. Этот метод целесообразно широко использовать в реаниматологии, интенсивной терапии, в медицине катастроф - особенно на догоспитальном этапе, непосредственно на месте происшествия и при транспортировке. Он весьма полезен и является методом выбора на госпитальном этапе при массовом поступлении тяжелых пострадавших, при недостатке инфузионно-трансфузионных сред.

КУРС МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ ДЛЯ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

Лебедев А.А., Борисенко А.А., Барабан Ю.А.
кафедра хирургических болезней
и кафедра пром. электроники СумГУ

Современная медицина немислима без применения разнообразных медицинских электронных приборов, аппаратов, оборудования. Кроме уже существующих постоянно разрабатываются и внедряются в практику новые электронные приборы диагностического и лечебного назначения. В нашей стране нет специальных

учебных заведений или факультетов, которые занимались бы техническим обучением будущих врачей. Незаключенное использование электронных приборов приводит к преждевременному выходу их из строя, к профессиональным ошибкам в диагностике и лечении. Знакомство с электронной медицинской техникой по заводским описаниям или консультирование техническими специалистами узкого профиля, обслуживающих мед. технику, не восполняют пробелы в образовании. Отсутствие необходимых технических и физико-математических знаний требуют специального подхода и адаптированных методических материалов при обучении студентов медицинского факультета.

Изучение на 2-м курсе медицинского факультета медицинской и биологической физики явно не направлено на подготовку будущих врачей к самостоятельному использованию разнообразных современных электронных приборов и аппаратов. Для этого требуются знания как медико-биологического так и физико-технического профиля.

Целью предлагаемого курса является обучить студентов старших курсов медицинского факультета университета, аспирантов и преподавателей - медиков при прохождении ими курсов усовершенствования, квалифицированному использованию медицинской электронной техники диагностического и лечебного назначения.

МЕТОДЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ГОМЕОСТАЗА

Лебедев А.А., Шевелев И.И., Прокопишек К.М.

курс медицины катастроф СумГУ, ГКБ N 5

Методы коррекции гомеостаза (внутренней среды организма) в настоящее время становятся необходимым компонентом программ в лечении многих острых и хронических заболеваний. Эффективность экстракорпоральной коррекции гомеостаза (ЭККГ) складывается

из сочетания специфических, неспецифических и дополнительных воздействий. Основные специфические эффекты ЭККТ - детоксикация, иммунологическая и реологическая коррекция. Неспецифические эффекты ЭККТ имеют не меньше значения для достижения ее лечебного эффекта и проявляются в виде типовой стресс-реакции и кратковременной иммунодепрессии, гемодинамических реакций, перераспределение клеток крови, активации эндокринной системы, усиление катаболических процессов. Действенность ЭККТ потенцируется в процессе проведения ее за счет дополнительных эффектов от управляемых гемодилюции, гемофилии, заместительной лекарственной терапии.

В процессе проведения ЭККТ применяют различные технологии обработки крови: сорбционная технология реализуется как гемосорбцией, плазмасорбцией так и лимфосорбцией; весьма перспективными являются мембранные технологии; на основе центрифужной технологии проводят плазмаферез и все виды цитофереза; преципитационная технология позволяет использовать температурные режимы или определенные активаторы; электромагнитная технология предполагает изменять в желаемом направлении свойства мембран клеток крови.

Для осуществления концепции ЭККТ больным и пострадавшим нашего региона создано уникальное областное отделение экстракорпоральной коррекции гемостаза на базе ГКБ N 5.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЛЕГКОГО В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ

Андрющенко В.В., Винниченко И.А., Коробейник В.И.,
студентка 5 курса Червяченко Л.В.
Кафедра хирургических болезней СумГУ,
Сумской облонкодиспансер

Заболееваемость раком в Сумской области в 1996 г. составила 319,6 на 100 тыс. жителей; это озна-

звет, что в области зарегистрировано в прошлом году 4505 впервые выявленных случаев злокачественных новообразований. Из них у 612 больных (43,6 на 100 тыс. населения области) был диагностирован рак легкого, который занимает ведущее место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения республики наряду с раком молочной железы.

С целью улучшения ранней диагностики онкологических заболеваний ежегодно проводятся профилактические осмотры населения. В то же время удельный вес больных раком легкого, выявленных при профосмотрах, за последние 5 лет снизился в области с 13,7% до 11,6%; в г. Сумы - с 10,9% до 8,9%. Следует отметить, что процент выявляемости больных распространенными формами рака легкого остается высоким. Число больных, имевших III и IV стадии заболевания в 1996 г. составило соответственно 43,9% и 33,2%. Из числа выявленных в 1996г. больных раком легкого в области специальному лечению было подвергнуто 28,6%; у 4,4% лечение проведено по радикальной программе. Пневмонэктомия была выполнена у 40 больных, из них у 23 - комбинированная (летальность 2,5%); резекции легкого - у 28 (летальность - 0). Таким образом, для устранения недостатков, имеющих в диагностике и лечении рака легкого в области необходимо снизить первичную запущенность путем улучшения качества ранней диагностики злокачественных заболеваний легких.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Андрющенко В.В., Саенко А.Д.,

студ. V к. Журбенко Г.А.

Кафедра хирургических болезней СумГУ,

Рак молочной железы - одна из наиболее агрессивных и относительно часто встречающихся форм

глокачественных опухолей у женщин. Отмечен рост заболеваемости раком молочной железы в промышленно развитых странах мира и регионах с неблагоприятной экологической обстановкой на 3-5% ежегодно.

В Сумской области за последние 5 лет (1992-96 гг.) стандартизованные показатели заболеваемости раком молочной железы остаются относительно стабильными, составляя 22,4-26,5 на 100 тыс. населения. В целом по республике заболеваемость несколько выше - 48,8-49,7 на 100 тыс населения за 1992-95 гг.

Удельный вес больных в области с I стадией заболевания среди впервые выявленных за последние 5 лет увеличился с 67,3 до 83,6%, а III и IV стадии сократился с 24,1 до 10,8% и с 8,6 до 5,7% соответственно. Показатели специального лечения в течении указанного срока возросли с 72,3 до 85,8%. Динамики роста показателей радикального лечения не отмечено.

Хирургическое, комбинированное и комплексное радикальное лечение рака молочной железы включает оперативное вмешательство, которое было выполнено у 1055 пациентов в течении 5 лет (летальность составила 0,18%). Операцией выбора является радикальная мастэктомия по Пейти.

Обеспечение лечебных учреждений соответствующей аппаратурой для обследования молочных желез (маммографы, УЗИ-аппараты) позволит существенно улучшить раннюю диагностику рака данной локализации.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ У ХВОРИХ НА РАК СТРАВОВОДУ ТА КАРДІОЕЗОФАГЕАЛЬНИЙ РАК

Винниченко І.О.

Курс онкології, кафедра хірургічних хвороб СумГУ

В оцінці результатів лікування хворих на ра стравоходу та кардіоезофагеальний рак окрім трива

до якості життя визначну роль має його якість. Відомо, що методом вибору хірургічного лікування хворих на вказану патологію є езофагогастропластика. Морфологічні характеристики "торакального" шлунку та особливості його функціонування в нових умовах є предметом даного вивчення.

У 72 хворих після операції Л'юїса та 102 пацієнтів після операції Осави-Гарлока в різні строки після хірургічного втручання досліджені стан харчування, динаміка відновлення ваги, фізичний статус, біохімічні показники. У частини хворих вивчені моторно-евакуаторна та секреторна функції дислокованого до грудної порожнини шлунку.

Спорожнення шлунку, заповненого напіврідкою їжею, було прискорене; показана кореляція цього показника із частотою спонтанного дуоденогастрального рефлюкса та залежність останнього від рівня дислокації шлунку. За допомогою фізичної моделі "торакального" шлунку виявлені патогенетичні залежності між технічними особливостями втручання та виникнення основних ускладнень таких операцій. Показаний сумісний вплив стоволової ваготомії та часткової резекції тіла та дна шлунку на погіршення секреторної активності органу та толерантність до їжі в післяопераційному періоді. Доведена неефективність дренуючих шлунок процедур в класичному варіанті.

Функціонування торакального шлунку, використаного для пластики видаленого стравоходу, визначає якість життя пацієнтів як в ранньому, так і у віддаленому післяопераційних періодах.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Студент 5 курса Скляренок И.И.
Кафедра хирургических болезней СумГУ

В настоящее время основными методами лечения больных злокачественными новообразованиями являются хирургический, лучевой и химиотерапевтический, а также различные их сочетания.

Особое место в лекарственной терапии рака занимают вещества растительного происхождения: колхамин, винбластин, винкристин, подофиллин и другие. Необходимо также отметить попытки применения в онкологической практике растительных препаратов, которые не оказывают истинного антибластического действия (например, иммуномодуляторы). В настоящее время фитотерапия в онкологии представлена двумя группами препаратов: обладающими антибластическим и иммуномодулирующим действием.

К первой группе относятся препараты чистотела, первая публикация применения которых относится к 1896 г.; указание на антибластические свойства препаратов чаги можно обнаружить в источниках, датируемых XIX веком; препараты омелы и ряд препаратов, изготовленных из других растений. Вторая группа представлена препаратами женьшеня, элеутерококка, эхинацеи.

Однако рассматривать фитотерапию как альтернативный метод лечения в онкологии не следует, поскольку механизм влияния некоторых растений на опухоль изучен недостаточно. Не выработана четкая система показаний и противопоказаний к применению тех или иных растений, а значит и рассматривать ее необходимо как вспомогательный метод лечения наряду с применением традиционных методов лечения онкологических больных.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА
МАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ
ГЛАЗА И ОРБИТЫ

(по материалам областного глазного травмпункта)

Бнубовская Г.В., Грицай А.А., Стебловская Н.Д.
Кафедра хирургических болезней СумГУ

При травме органа зрения проведен анализ информативности рентгенографии (РГ), ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ). Травмами органа зрения в 1996 году обратилось 208 человек. С помощью РГ, УЗИ и КТ инородные тела выявлены у 87 человек. Всем больным с подозрениями на наличие инородных тел в орбите и полости глаза выполнялась обзорная РГ. При выявлении инородных тел проводилась их РГ-локализация. РГ-контрастные инородные тела выявлены в 52 случаях (59,6%). Всем пациентам проведено хирургическое лечение.

В отделении микрохирургии глаза СОКБ в 1996 году произведено 428 операций по поводу травм, в 64 случаях (14,9%) операция сопровождалась удалением инородных тел из глаза, его придатков и орбиты.

В случаях ранения стеклом, деревом и прочими тупо РГ-контрастными травмирующими агентами проводилось УЗИ или КТ. С помощью УЗ-сканирования выявлено 7 внутриглазных и 4 ретробульбарных инородных тел.

В случаях орбитального расположения инородных тел информативнее была КТ, достоверно локализующая инородное тело по отношению к глазу и орбитальным структурам. С помощью КТ проведено уточнение локализации и характера инородных тел в 12 случаях.

Таким образом, при наличии РГ-контрастных инородных тел в 100% случаев РГ-исследование является достоверным. В случае затруднения РГ-локализации у детей, при обширных ранах роговицы и склеры, и

пр.) необходимо УЗ-локализация. При орбитальном и пограничном расположении инородных тел приоритетной является компьютерная томография.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПЕРИТОНИТА

Шевченко В.П., Борисенко А.И., Пустовой А.И.,
студент 3 курса Киселев Ю.В.

Кафедра хирургических болезней СумГУ

Нами проведен ретроспективный анализ 200 историй болезни больных, с распространенными формами перитонита, находившихся на лечении в хирургическом отделении СОКБ с 1989 по 1996 г. Возраст больных был от 17 до 83 лет. Мужчин - 123 (61,5%), женщин - 77 (38,5%). Причинами перитонита послужили: деструктивные формы аппендицита - 30, прободная язва - 49, острая кишечная непроходимость - 11, мезентериальный тромбоз - 7, острый панкреатит - 27, деструктивные формы ЖКБ - 12, травма брюшной полости - 21, пельвиоперитонит - 17, послеоперационный перитонит - 9, алокачественные опухоли - 11. У 44 (22%) обнаружен общий гнойный перитонит. При лабораторном исследовании у 99,8% больных определялся выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, у 99,5% - токсические изменения в моче. При бактериологическом исследовании перитонеального экссудата у 57% определялись ассоциации микробных возбудителей. Основное место в комплексном лечении перитонита занимало раннее оперативное вмешательство. При распространенных формах перитонита использовалась интубация кишечника для декомпрессии и последующего внутрикишечного тюбажа. С целью повышения иммунологической реактивности переливалась гипериммунная и нативная плазма. У 9 больных использовалась гипербарическая оксигенация. Релапа-

ротомия была выполнена у 9 больных. Послеоперационная летальность составила 15%.

Таким образом проведение комплексного лечения способствовало выздоровлению 85% больных с распространенными формами перитонита.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАЦИЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРИТОНИТОМ

асп. А.Л. Сытник, студент V курса Р.В. Кошинец
Кафедра хирургических болезней СумГУ

Из 538 больных, оперированных с перфорацией язв желудка и двенадцатиперстной кишки перитонит выявлен у 240: местный - у 105 пациентов, разлитой - у 135. Местный перитонит был у больных, оперированных до 6 часов от момента прободения и при прикрытой перфорации в более поздние сроки. После 6 часов преобладал разлитой перитонит. При бактериологическом исследовании содержимого брюшной полости обнаружены: *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus*, *Pseudomonas aeruginosa*, дрожжеподобные клетки, микробные ассоциации. Перфоративное отверстие ушито у 57 больных. Язва иссечена у 43 пациентов. У 74 больных иссечение язвы дополнено стволовой (СТВ) или селективной (СВ) ваготомией, у 53 - селективной проксимальной ваготомией (СПВ). Резекция желудка применена у 2 больных. Для более эффективного лечения параза у 32 пациентов произведена интубация тонкой кишки. Послеоперационные осложнения, обусловленные наличием перитонита, возникли у 30 (16,2%) человек: нагноение раны (11), пневмония (12), тромбоэмболия легочной артерии (4), инфильтрат брюшной полости (3). Всего умерли 23 (9,6%) пациента: после ушивания перфорации - 7, иссечения язвы - 2, иссечения со СТВ и СВ - 14. Все умершие больные были старше 60 лет, имели со-

путствующие заболевания. После СПВ, выполненной молодым пациентам, летальных исходов не было. Таким образом, лечение больных с прободной язвой, осложненной перитонитом, должно быть индивидуальным. Предпочтение отдается органосохраняющим вмешательствам, сочетающим иссечение язвы с ваготомией.

ПРОТИВОРВОТНЫЕ СРЕДСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Витер А.И.
СумГУ

Несмотря на постоянное совершенствование хирургической и анестезиологической техники, появление новых, менее токсичных средств для премедикации и наркоза. По-прежнему остается одним из наиболее существенных факторов возникновения таких тяжелых осложнений, как кислотно-аспирационный синдром Мендельсона, обезвоживание и нарушение кислотно-основного состояния, расхождение операционных швов, кровотечения, нарушения сердечной деятельности. В механизмах возникновения противорвотного действия основную роль играет стимуляция рвотного центра и его триггерной зоны лекарственными веществами, применяемыми в процессе премедикации и наркоза, а также экстремальными факторами оперативного вмешательства - болевым синдромом, раздражением рефлексогенных зон, гипотензией, нарушением моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта и др.

Важно отметить в связи с этим, что такие антиэметики, как атропин и прометазин, напротив, ослабляют тонус нижнего пищеводного сфинктера, увеличивая опасность регургитации. Рациональный выбор эффективного средства профилактики рефлеса должен осуществляться с учетом причин ее возникновения, механизма действия и фармакологических свойств антиэметиков. В частности, такие препараты, как ней-

ослептики - производные бутирофенона и фенотиамина, целесообразно применять для профилактики рвоты, индуцируемой средствами премедикации и наркоза; антигистаминные препараты и м-холинолитики - при операциях в области слухового и вестибулярного анализатора; замещенные бензамиды и производные бензамидазола - в послеоперационном периоде при нарушениях моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Наконец, важно помнить о том, что перед назначением больному симптоматических антиеметиков необходимо исключить такие причины возникновения рефлекса кишечная непроходимость, внутреннее кровотечение, нарастающее повышение внутричерепного давления, гипогликемия и другие факторы, требующие этиотропного лечения.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ

Андрющенко В.В., Винниченко И.А.,
Москаленко В.Л., студент V курса Курочкин А.В.
Кафедра хирургических болезней СумГУ,
Сумской облонкодиспансер

Рак пищевода занимает 5-7 место в общей структуре заболеваемости населения земного шара: злокачественными новообразованиями и является самым частым и тяжелым заболеванием пищевода.

Заболеваемость раком пищевода в 1996 г. по Сумской области составила 7,1 на 100 тыс. населения, что несколько превышает среднестатистические показатели по Украине (4,5 на 100 тыс. населения).

Несмотря на наличие в большинстве случаев четких симптомов, рак пищевода диагностируется чаще в III и IV стадии заболевания, что подтверждается областными статистическими данными за 1996 г. - 47,4% и 27,4% первичных больных с указанными стадиями соответственно. Общая выявляемость больных

при профосмотрах остается низкой - 4,2%.

Хирургическое вмешательство является единственно радикальным методом лечения больных с данной патологией и было выполнено в 1996 г. в условиях онкодиспансера у 4,2% больных. Считаем целесообразным выполнение одномоментных операций типа Льюиса и Осава-Гарлока в хирургическом лечении рака пищевода, которые и были произведены в период с 1992 по 1996 г. в онкодиспансере 69 больным. Летальность составила 14,5%. Операция Добромыслова-Торека была выполнена 1 больному. Считаем, что улучшение ранней диагностики и расширение показаний к хирургическому лечению у больных раком пищевода, а также поиск путей снижения послеоперационной летальности могут служить резервами улучшения лечения рака данной локализации.

Секция педиатрии

О ДОГОВОРНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПРЕДПРИЯТИЯМИ И ДРУГИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ. Кравец В.П.	3
КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ Кравец В.П., Кравец А.В.	4
БРИГАДНАЯ ФОРМА ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА В ЦРБ Кравец В.В., Кравец А.В..	6
ВОСТЕЧАЕМОСТЬ HELICOBACTER PYLORI У БОЛЬНЫХ С ДЕСПЕПСИЕЙ ЖЕЛУДКА В.П. Кравец, В.Ф.Петренко, В.Ю.Герасименко	7
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНЫХ ОТРОСТКОВ СЛЕПОЙ КИШКИ В.П. Кравец, В.Ф.Петренко, В.Ю.Герасименко	9
КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ТИРЕОЇДНОЇ АКТИВНОСТІ ТА ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ, ЩО ЗАЗНАЮТЬ ВПЛИВУ ПРОМИСЛОВИХ ВИКІДІВ ТА МАЛИХ ДОЗ ІОНІЗУЮЧОГО ОПРОМІНЕННЯ Маркевич В.Е., Загородній М.П.	11
ОРГАННЫЙ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ С АНТИБИОТИКАМИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ Овечкин В.С.	14
РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Алисиевич Э.А.	15

- КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АУТОИММУННОГО
ТИРЕОИДИТА У ДЕТЕЙ Вотникова Н.Э.,
Маэурек А.В., Загородний Н.П. 17
- ОСОБЕННОСТИ ОТЕКА-НАБУХАНИЯ МОЗГА ПРИ
БАКТЕРИАЛЬНОМ МЕНИНГИТЕ У ДЕТЕЙ
(К ВОПРОСУ О ДИАГНОЗЕ ГНОЙНОГО
МЕНИНГО-ЭНЦЕФАЛИТА) Л.Р.Биттерлих 19
- ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДА РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТИПА ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ У
ДЕТЕЙ Л.Р.Биттерлих, 21
- СРАВНИТЕЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОГО
КРОВОТОКА У НОВОРОЖДЕННЫХ С
ГИПОКСИЧЕСКИ-ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ
ЦНС Попов С.В., Синяк В.В. 23
- ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА
ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ
С ГИПОКСИЧЕСКИ-ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ
ЦНС Попов С.В., Попова Т.Н. 24
- ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У
НОВОРОЖДЕННЫХ С СИНДРОМОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ
РАССТРОЙСТВ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА
Попов С.В., Зинченко С.В. 26
- ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАМАЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ
С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ Железная О.И.,
Редько Е.К., Шляхетский О.Л. 27
- СОСТОЯНИЕ АДАПТИВНЫХ РЕАКЦИЙ
НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ
ЦНС Овсянникова Л.И. 29

- ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ИНТЕРФЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
Кривцун С.И., Маркевич И.В.. 31
- БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ФИБРОНЕКТИНА В РЕГУЛЯЦИИ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ И ИММУННЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИМЕНЕНИЕ ЕГО В ПЕДИАТРИИ
Романюк О.К., Грушко В.В., Бражник А.М. 32
- ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
Марченко О.Н. 33
- РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
Кривцун С.И. 35
- СОДЕРЖАНИЕ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ТИРОКСИНСВЯЗЫВАЮЩЕЮ ГЛОБУЛИНА В СЫВОРОТКЕ ДЕТЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РАЙОНАХ
А.П. Лушпа 36
- РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ КАРДИОПАТИЯМИ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ. Зайцев И.Э. Зайцева Г.В. 39
- ПРОБЛЕМА ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Зайцев И.Э., Мирошниченко О.А. 41
- ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГРАНУЛОЦИТСТИМУЛИРУЮЩЕГО ФАКТОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФЕБРИЛЬНОЙ НЕЙТРОПЕНИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ, У ВОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ЛИМФОВЛАСТИЧЕСКОЙ ЛЕЙКЕМИЕЙ
Никитенко Л.К., Цигикал Р.Н., Саложников А.П. 43

- ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ
ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ
НА ОСНОВАНИИ ИЗУЧЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ
РЕЗУЛЬТАТОВ Шкатула Ю.В. 46
- АКТИВНОСТЬ СУПЕРОКСИДИСМУТАЗЫ У
НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С
ВНУТРИУТРОВНОЙ ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА И
РАЗВИТИЯ А.И.Смиян, А.Е.Курило, О.И.Завора 49
- СТРУКТУРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С
АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ,
НАХОДИВШИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В СУМСКОЙ
ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ
Роденко Е.С., Сичненко П.И. 50
- ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ С
ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ
(ЗВУР) Романюк О.К. 52
- СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У
НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ Редько Е.К., Демченко Ю.Н. 54
- ХРОНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕГЕТАТИВНЫХ
НАРУШЕНИЙ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ БРОНХИТЕ У
ДЕТЕЙ Варгак Я.Д., Охалкина О.В. 55
- ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ ПАТОГЕНЕЗА
РЕЦИДИВИРУЮЩИХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Варгак Я.Д.,
Охалкина О.В. 56
- ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА ФОРМИРОВАНИЕ
ЛИКВОРОДИНАМИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У
НОВОРОЖДЕННЫХ Клименко Т.М. 57

ПОЛОВЫЕ АСПЕКТЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ
ИНТРАНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ
Клименко Г.М. 59

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭВМ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ
ДИСПАНСЕФИЗАЦИИ ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ
АВАРИИ НА ЧАЭС Федорова Л.Н., Федоров В.А. 60

ИЗМЕНЕНИЯ ХОЛИСТЕРИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ У
ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ТИРЕОИДНОЙ АКТИВНОСТИ Ковтуненко Н.В.,
Загородняя Ю.Н. 62

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В
ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ МЕСТНОСТИ
Журавель А.А. 63

ВЗАИМОСВЯЗЬ АКТИВНОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ
НЕРВНОЙ И ГИПОФИЗАРНО - ТИРЕОИДНОЙ
СИСТЕМ У ДЕТЕЙ ИЗ ЭКОЛОГИЧЕСКИ
НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ МЕСТНОСТИ Маркевич В.Э.,
Журавель А.А. 64

ГУМОРАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ И ТИРЕОИДНАЯ
АКТИВНОСТЬ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В
ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РАЙОНАХ
Загородний Н.П. 65

Секция терапевтических и профилактических
дисциплин

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНОТИПИЧЕСКИЕ
МАРКЕРЫ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС
А.Г. Дьяченко 67

- СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ФОРМИРОВАНИИ
СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В.И. Щербак 68
- ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КАРДИАЛГИИ
ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ТОРАКАЛГИИ И
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В.И. Щербак 69
- ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ
ТЕРАПИИ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ТОРАКАЛГИИ
В.И. Щербак 72
- АНАТОМ ПРОФ. Е.П. МЕЛЬМАН
М.П. Старкив 73
- ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ВРАЧИ ЗА РУБЕЖОМ: БЕЖЕНЦЫ
И ВЫСЛАННЫЕ Васильев К.К. 74
- ФАКТОРЫ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СУМСКОЙ ОБЛАСТИ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
И.В. Чернобров 84
- УРОЖЕНЦЫ СУМЩИНЫ - СОЗДАТЕЛИ НАУЧНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ ШКОЛ И ОСНОВОПОЛОЖНИКИ
ОТДЕЛЬНЫХ РАЗДЕЛОВ МЕДИЦИНЫ
И.В. Чернобров 86
- К ИСТОРИИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ НА СУМЩИНЕ
И.В. Чернобров 89
- ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И
НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛЯЦИИ В
ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СЕРДЦА И
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У
БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
И.Д. Рачинский 91

- ЗМОРЖИСТАННЯ ЧЕРЕЗСТРАВОКІДНОЇ
ЕЛЕКТРОКАРДІОСТИМУЛЯЦІЇ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ
ТА КОНТРОЛЮ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ІЗ
БЕЗСИМПТОМНОЮ ІШЕМІЄЮ МІОКАРДА
Г. В. Прилуцька 92
- АРТЕРИАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ У БОЛЬНИХ
САХАРНИМ ДІАБЕТОМ
И. Д. Рачинский, Н. В. Пышкина 93
- ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ
АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ И. Д. Рачинский,
О. Н. Терещук, А. Ф. Кравец 94
- НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С
ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И
ПИЩЕВАРЕНИЯ, ПОСТРАДАВШИХ ВО ВРЕМЯ
АВАРИИ НА ЧЕРНОВЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ
ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ А. А. Гришин 96
- ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕВІРУ
ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ
У ЖІНОК. Орловський В. Ф. 97
- НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
В. В. Островский 99
- ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ
РЕВМАТИЗМА Островский В. В., Сами Эль Фарра 100
- УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧЕСКОГО
ХОЛЕЦИСТИТА Ювченко А. А. 101

- ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ
КАРДИОМИОПАТИЕЙ Самойленко О.Г. 102
- ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У БОЛЬНЫХ
СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА Лаба В.В. 104
- К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ
НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО МИОКАРДИТА У МОЛОДЫХ
ЖЕНЩИН В.В. Лаба 105
- СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (РЕФЕРАТИВНЫЙ
ОБЗОР) Лаба В.В., Мазурек А.В. 107
- СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ
ГИПЕРЛИПИДЕМИИ (РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР)
Лаба В.В., Пилипенко В.И. 109
- РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА
АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ И
ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОДНОЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО
ПОВОДУ РАКА ПИЩЕВОДА И ПРОКСИМАЛЬНОГО
ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА Кондрачук С.А. 109
- СОКРАТИМОСТЬ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ
ХВЯТНОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ Климанская Н.В. 111
- Сердце хирургического профиля
- СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У ЛИКВИДАТОРОВ
АВАРИИ НА ЧАЭС В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ
Шевченко В.П. 113

- ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ
КРИЛЛЕРНЫХ КЛЕТОК ПРИ ПЕРИТОНИТЕ Шевченко
В.П., Кобылецкий Н.М., Борисенко А.И.,
Погонцева И.М. 115
- ИНТУБАЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ В ЭКСТРЕННОЙ
АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ Шевченко В.П.,
Кобылецкий Н.М., Борисенко А.И., Соболев
Ю.И., Пустовой А.И. 116
- ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДОАНТИСЕПТИЧЕСКУЮ ЭПОХУ
Шевченко В.П., Гузенко Я.В., Лазаренко О.В. 117
- ИЗУЧЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА
ИНТОКСИКАЦИИ (ЛИИ) У БОЛЬНЫХ С
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ Шевченко В.П., Лазаренко О.В. 118
- ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ Бугаев В.И.,
Сусол Н.П., Задорожный В.П., Литовченко
О.В., Новикова Ю.В. 119
- РЕЛАПАРОТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ПРОВОДНЫМИ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ
А.Л.Сытник, Н.Г.Конonenко, И.И.Гарбузова 120
- ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМЫ БРЮШНОЙ
ПОЛОСТИ Е.Л. Шальков, Л.Г. Кашенко,
С.Л.Петренко 121
- СЕЛЕКТИВНА МЕЗЕНТЕРИКОГРАФІЯ В КЛІНІЦІ
ПЕРІТОНІТУ Е.Л.Шальков 122

- КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ
МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
Конonenко Н.Г., Кашенко Л.Г., Шальков
Е.Л., Никонов А.А., Неустроев В.Н.,
Коцюба И.И., Курочкин А.В., Золотарев Н.Н. 123
- ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
МЕЗЕНТЕРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ Кононенко
Н.Г., Кашенко Л.Г., Шальков Е.Л.,
Неустроев В.Н., Никонов А.А., Коцюба
И.И., Курочкин А.В., Золотарев Н.Н. 124
- ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ
ГРЫЖАМИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ
Гуцуляк В.И., Неустроев В.Н. 126
- К ВОПРОСУ О РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С
ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ
РИНОСИНИУИТАМИ И ВАЗОМОТОРНЫМИ РИНИТАМИ
В.С. Бабич 127
- МЕТОД ФОНОФОРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО
ТОНЗИЛЛИТА В.С. Бабич 128
- ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФУЗИИ ЛАКТАСОЛА ПРИ
ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА В.С. Бабич 129
- ВЫБОР МЕТОДА ОВЕЗВОЛИВАНИЯ ПРИ
ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ
ТРАВМЫ Набиль Эль Асталь 130
- ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ КЕТАМІНУ, ДІМЕДРОЛУ ТА
ДРОПЕРІДОЛУ НА РІВЕНЬ АРТЕРІАЛЬНОГО
ТІСКУ Сладько І.О. 131
- ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ РАСТВОРОВ
ХЛОРИДА НАТРИЯ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ
Витер А.И. 132

- КУРС МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ ДЛЯ БУДУЩИХ
ВРАЧЕЙ Лебедев А.А., Борисенко А.А.,
Варабан Ю.А. 133
- МЕТОДЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ
ГОМЕОСТАЗА Лебедев А.А., Шевелев И.И.,
Прокопишек К.М. 134
- ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА
ЛЕГКОГО В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ
Андрющенко В.В., Винниченко И.А.,
Коробейник В.И., Червяченко Л.В. 135
- ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ Андрющенко В.В., Саенко А.Д.,
Журбенко Г.А. 136
- МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ
ЕЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ У ХВОРИХ НА РАК
СТРАВХОДУ ТА КАРДІОЕЗОФАГЕАЛЬНИЙ РАК
Винниченко І.О. 137
- СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ
ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ
Скляренко И.И. 138
- СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ
ТЕСТОВ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ГЛАЗА И
ОРБИТЫ (по материалам областного
глазного травмпункта) Якубовская Т.В.,
Грицай А.А., Стебловская Н.Д. 140
- СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПЕРИТОНИТА
Шевченко В.П., Борисенко А.И., Пустовой А.И.,
Киселев Ю.В. 141

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАЦИЕЙ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ
ПЕРИТОНИТОМ А.Л. Сытник, Р.В. Козинец 142

ПРОТИВОРВОТНЫЕ СРЕДСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ Витер А.И. 143

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА
ПИЩЕВОДА В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ Андрущенко
В.В., Винниченко И.А., Москаленко В.Л.,
Курочкин А.В. 144

ИТОГОВАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

"Современные проблемы клинической и
экспериментальной медицины"

Редакционная коллегия

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

План 1997р.

Підп. до друку 04.08.97.

Формат 60x84 1/16.

Тираж 100 прим.

Замовлення № 221

Обл. - вид арк. 7,0

Безкоштовно.

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

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