

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

МАТЕРІАЛИ

**Міжнародної науково-практичної
конференції студентів, молодих вчених,
лікарів та викладачів
«Сучасні проблеми клінічної та теоретичної медицини»,
присвяченої Дню науки в Україні**



20-22 квітня 2005 року

Суми – 2005

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

**«СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ
КЛІНІЧНОЇ ТА ТЕОРЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»**

Матеріали

**Міжнародної науково-практичної
конференції студентів, молодих вчених,
лікарів та викладачів**

20-22 квітня 2005 року

Суми – 2005

Теоретична та експериментальна медицина

ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ЗАХИСТУ ОРГАНІЗМУ ЛЮДЕЙ

Янчик Г.В., доц., Гарбузова В.Ю., ст. викладач

Сумський державний університет

Кафедра нормальної та патологічної фізіології

Науці невідомі хвороби, які б виникали від надлишку радості та щастя. Проте негативні емоції (гнів, тривога, страх, смуток) як результат зіткнення потреби з дійсністю і неможливістю їх задоволення, можуть призвести до розвитку певних хвороб. Досвідчений лікар Аствацатуров А. вважав, що серце уражається страхом, печінка руйнується від гніву, а шлунок страждає від пригніченого настрою. В організмі людини існує психофізіологічна система захисту. Якби такої не було, людство вимерло б від негативних емоцій.

На сучасному етапі життя дуже часто потреба зустрічається з неможливістю її задоволення через життєві обставини або моральні заборони. Це породжує тривалі негативні емоції, які незабаром можуть перерости в психосоматичні захворювання. Щоб цього не відбулося захисна система включається миттєво, непомітно. Вона допомагає зберегти душевну рівновагу, вижити в скрутних ситуаціях, зберегти витримку і життєдіяльність.

Робота присвячена вивченню механізмів психофізіологічного захисту організму. Дослідження проведено на 128 студентах віком 18-23 роки в передекзаменаційний період та під час іспиту, коли мали місце складні ситуації. У роботі визначали функціональний стан організму та розумову працездатність з використанням тесту Остберга. За особливостями ВНД виділено 4 групи студентів з різними механізмами розвитку активації психофізіологічної системи захисту.

Самий простий механізм спостерігався у 42 студентів (32,8%) - це пряме пригнічення тієї інформації і ситуації, що викликали тривогу, біль душі, докори совісті. Підсвідомість автоматично переключала людину з стану розчарування на інші ситуації, де вона могла б себе реалізувати. У студентів з'являлась впевненість та надія, а пам'ять поступово стирала перенесені труднощі.

Зовсім інший механізм мав місце, коли студент потрапляв у скрутну ситуацію, але мав вибір і робив його свідомо - 36 студентів (28,1%). При цьому логічні доводи правильності вибору допомагали формувати нове відношення до навколишнього оточення і зменшували негативний вплив на організм.

Розвиток апатії, небажання досліджувати ситуацію - це вже інший прояв активації захисної системи (25 студентів - 19,5%). З'ясувалось, що поповнення такої інформації може стати небезпечним! Воно викликає смуток, непокоїть, породжує усвідомлення обов'язку та відповідальності, спонукає до

потреби щось робити, виникає невизначеність. Особливо це небезпечно для людей, які намагаються свідомо уникнути поповнення негативної інформації.

Захисні механізми спішать виручити нас і тоді, коли поведінка людини визначається не власною мотивацією, а нав'язана силою (25 студентів - 19,5%). Виникає внутрішній конфлікт і людина шукає аргументи виправдати свій вчинок чи знайти докази його правомірності.

Очевидно, що підсвідома оцінка якості інформації здійснюється в правій півкулі. Там вона затримується, гальмується, якщо негативна, щоб не викликати дискомфорт. Потім передається в ліву півкулю, усвідомлюється, пом'якшується, і негативний вплив зменшується.

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ НОСІЙСТВА ГРИБІВ РОДУ *CANDIDA* СЕРЕД НОВОНАРОДЖЕНИХ

Басова Т.В., Калуцька Н.Г.

Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. Каплін М.М.

Сумський державний університет,

кафедра інфекційних хвороб з курсом мікробіології

Метою нашого дослідження було вивчення причин та характеру кандидозійства у новонароджених дітей, а також визначення біологічних властивостей грибів роду *Candida*, виділених від носіїв. Обстежено 93 немовляти на носійство грибів роду *Candida*.

Обстеження проводилося двократно. При першому обстеженні серед доношених виявлено 16% кандидозійців, а серед недоношених – 6%. При проведенні повторного обстеження нами встановлена тенденція до підвищення кількості кандидозійців серед доношених немовлят (30%) і недоношених (42%). Така тенденція може бути пов'язана з недосконалістю імунних реакцій дитячого організму. Вивчення цього питання стане метою нашого наступного дослідження.

Після ідентифікації виділених дріжджеподібних грибів від доношених та недоношених немовлят переважають *C.albicans* (39% - при першому обстеженні, та 44% - при другому обстеженні), *C.tropicalis* (6% та 7% відповідно при першому та другому обстеженні), *C.krusei* (4% та 5% при першому та другому обстеженні) та *C.parapsilosis* (2% та 2,5% відповідно).

Отримані результати вказують на зростання кількості кандидозійців серед немовлят. В ході дослідження нами встановлена залежність ступеню та тривалості кандидозійства від ступеню прояву патогенних властивостей *Candida spp.*, які виступають у ролі етіологічного фактору. Саме це зумовлює необхідність вивчення видового складу грибів роду *Candida* у немовлят.

ОСОБЛИВОСТІ КАНДИДОНОСІЙСТВА У ЖІНОК В ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД

**Басова Т.В., Карпенко Л.І, Шилова О.С., Панченко О.О.
Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. Каплін М.М.
Сумський державний університет,
кафедра інфекційних хвороб з курсом мікробіології**

Метою нашого дослідження було виявлення кандидоносіїв серед клінічно здорових жінок в післяпологовий період, вивчення біологічних властивостей, видового та кількісного складу грибів роду *Candida* (монокультур та в асоціації з іншими мікоорганізмами).

В результаті проведених обстежень, нами було виявлено 18% кандидоносіїв. Аналізуючи дані мікологічного методу дослідження нами виявлено 46% носіїв *C.albicans*; 25% - *C.tropicalis*; 18% - *C.krusei*; 11% - *C.kefyr*. Таким чином при обстеженні кандидоносіїв у видовому складі штамів переважає найбільш патогенний представник роду *Candida* – *Candida albicans*.

В ході дослідження нами виявлено, що у кандидоносіїв в 23% випадків виявляються інші мікроорганізми. Серед них найбільш часто зустрічаються представники умовно-патогенної мікрофлори: *S. aureus* (22%), *S. epidermidis* (10%) *S. haemolyticus* (6%), *S. pyogenes* (13%), *C. xerosis* (4%) та інші.

Штами мікроорганізмів, що виділені в асоціації з грибами роду *Candida* проявляли деякі ознаки патогенності. Ці властивості були більш виражені у змішаних культур, що свідчить про підсилення патогенності умовно-патогенних мікроорганізмів-асоціантів в результаті їх синергічної взаємодії з грибами роду *Candida*.

Нами виявлена залежність ступеня обсеєміння грибами роду *Candida* від ступеня появи патогенності супутної мікрофлори. Встановлено, що частіше в асоціації з грибами роду *Candida* (26% випадків) виявляються резистентні до аміноглікозидних антибіотиків мікроорганізми-асоціанти.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В І С

**Сніцарь Н. А.- член МАН
Науковий керівник - проф. кафедри інфекційних хвороб,
зав. курсом мікробіології, вірусології, імунології
СумДУ Каплін М. М.**

Вірусні гепатити (ВГ) є сучасною серйозною проблемою охорони здоров'я населення. 40% так званих „носіїв” помирають від ускладнень гепатиту – цирозу печінки і гепатоцелюлярної карциноми. Тривалий час хвороба перебігає таємно, проявляючись іноді тільки загальною слабкістю, втомлюваністю,

розладами травлення. Тому великого значення набуває своєчасна діагностика.

Нами проведена порівняльна характеристика методів діагностики вірусних гепатитів В і С– імуноферментного аналізу і полімеразної ланцюгової реакції.

Обстежено 5424 зразки сироваток крові на HBsAg, відсоток позитивних склав 11% (частота виявлення гепатитів переважає серед гастроентерологічних хвороб, аутоімунних захворювань та імунодефіцитів).

При додаткових обстеженнях на а-HBcor IgG відсоток виявлення антитіл до ВГВ підвищився до 39,8%. При подальшому дослідженні методом ПЛР сироваток, негативних за ІФА, HBV DNA виявлено у 18,8% випадків. Таким чином при комплексному обстеженні хворих методом ІФА і ПЛР відсоток діагностування ВГВ складає 58,6%.

На а-HCV обстежено 3950 зразків крові хворих з розладами ШКТ, відсоток позитивних склав 10,4%. При додатковому дослідженні методом ПЛР негативних за ІФА сироваток відсоток збільшився до 35,4%.

Таким чином обстеженню на ВГВ та ВГС повинні підлягати хворі з розладами ШКТ, аутоімунними захворюваннями та хворобами сполучної тканини, імунодефіцитами тощо. Обстеження повинно бути комплексним (ІФА та ПЛР).

ВИЗНАЧЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ ДО ОСНОВНИХ АНТИМІКОТИКІВ У ГРИБІВ РОДУ *CANDIDA*

Голубнича В.М.

Науковий керівник – д-р мед.наук, проф. Каплін М.М.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб із курсом мікробіології

В останні роки відмічається значне збільшення кількості штамів не чутливих до ітраконазолу, флуконазолу, міконазолу та кетоконазолу – основних антимікотичних препаратів. Для того щоб забезпечити успіх етіотропної терапії, до її початку обов'язково необхідно проводити визначення чутливості виділених від хворого грибів до основних антимікотиків. Метою нашого дослідження було визначення чутливості у грибів роду *Candida* до основних протигрибкових препаратів та порівняння результатів із існуючими у літературі даними. При обстеженні вагітних та породілля ми отримали 223 культури *Candida* spp. Визначення чутливості серед отриманих культур проводили методом паперових дисків (виробництва інституту антибіотиків Санкт-Петербург) та тест-системою “АТВ Fungus”(виробництва лаб. Біомерье Франція). Серед первіренних штамів до ністатину були чутливі 95% проти 90% за даними літератури, до клотримазолу чутливі – 59% проти 91% порівняння, до амфотерицину чутливі – 89% проти 100% порівняння, до флуконазолу – 59% штамів проти 81%, до ітраконазолу 54% проти 86% літературних даних. Отримані результати свідчать про значне зростання кількості

стійких до антимікотиків штамів та необхідність обов'язкового визначення чутливості перед проведенням етіотропної терапії.

ВИЯВЛЕННЯ АНТИТІЛ ДО ВІЛ В КРОВІ ДОНОРІВ, ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ СНІДУ

Лобанов О. О., студ. 1-го курсу

Науковий керівник – д-р мед.наук, проф., Каплін М. М.

Сум ДУ, кафедра інфекційних хвороб з курсом мікробіології.

При обстеженні 164346 донорів на антитіла до ВІЛ зафіксована тенденція до підвищення рівня інфікованості серед них з 0,34% у 1996р. до 0,40% у 2000р., а потім – до зменшення з 0,4% в 2000 до 0,2% за відповідний період 2003 року, що значною мірою відображає загальну інфікованість ВІЛ серед населення області.

Найбільша кількість ВІЛ - інфікованих виявлена серед донорів м.Сум та Сумського району, а також Шосткінського, Охтирського, Конотопського та Глухівського районів.

Зросла кількість ВІЛ-інфікованих донорів з 0% в 1996р. до 0,0109% в 2003р., що збігається із загальноукраїнською динамікою.

Всього було 14 ВІЛ – інфікованих. Серед ІФА-позитивних донорів домінувала вікова група 18 – 25 років. Одинадцять чоловік належали до цієї вікової групи (18-25-років), і лише троє до групи 25 – 36 років. За статтю 2 жінки і 12 чоловіків. Всі вони є одноразовими донорами.

При більш детальному вивченні соціального статусу ВІЛ-носіїв встановлено, що п'ять осіб - є військовослужбовцями, а інші належать до малозабезпечених верств населення.

Доведено, що кров від постійних платних донорів підлягає вірусній контамінації меншою мірою, ніж кров від добровільних донорів, які, як правило, в більшості випадків здають кров одноразово або декілька разів у житті.

ОСОБЕННОСТИ СОРБЦИИ ЭПИХЛОРИДИНА УГЛЕРОДНЫМИ ЭНТЕРОСОРБЕНТАМИ И НЕКОТОРЫМИ ПРОИЗВОДНЫМИ СОПОЛИМЕРОВ N-ВИНИЛПИРРОЛИДОНМАЛЕИНОВОГО АНГИДРИДА В ОПЫТАХ *in vitro*

Высоцкий И.Ю.

СумГУ, кафедра биохимии и фармакологии

Как свидетельствуют данные литературы (В.Д. Горчаков и соавт., 1989) клинический опыт подтвердил высокую эффективность сорбционных методов лечения и необходимость дифференцированного подхода как к количеству, так и химической природе извлекаемых компонентов. Это в свою очередь требует поиска энтеросорбентов новых типов.

Цель настоящего исследования – в опытах *in vitro* провести сравнительный анализ сорбционной активности карбовита, карбовита–М, энтеросгеля и некоторых производных сополимеров N–винилпирролидон–малеинового ангидрида по отношению к летучему компоненту диановых эпоксидных смол эпихлоргидрину (ЭХГ).

Проведенные исследования показали, что карбовит особенно карбовит–М, обладают значительно большей равновесной емкостью и более высоким коэффициентом распределения по отношению к ЭХГ, чем уголь активированный. Энтеросгель практически не сорбирует ЭХГ. Результаты испытания карбовита и угля активированного в динамическом режиме показали, что процесс сорбции молекулярной формы ЭХГ практически завершается в течение первых 15–20 мин и наиболее активен при pH 5,8–8,0.

Среди производных N–винилпирролидон–малеинового ангидрида сорбционная и связывающая активность полиэлектролита ПЭ–12 значительно выше, чем у полиэлектролитов ПЭ–4 и ПЭ–6. Препарат сравнения N–винилпирролидон не оказывает существенного влияния на исходную концентрацию ЭХГ в изучаемых пробах.

Выше изложенное дает веские основания для проверки эффективности изучаемых сорбентов в опытах *in vivo*.

РОЛЬ ДЕЯКИХ МЕТАБОЛІТІВ АРАХІДОНОВОЇ КИСЛОТИ У ПАТОГЕНЕЗІ ТОКСИЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ ЛЕТКИМИ КОМПОНЕНТАМИ ЕПОКСИДНОЇ СМОЛИ ЕД-20

Висоцький І.Ю.

СумДУ, кафедра біохімії і фармакології

Вивчали інгаляційний динамічний вплив летких компонентів епоксидної смоли ЕД-20 (ЕС) у концентрації, що становить $1/3 LC_{50}$ (120-140 мг/м³) за епіхлоргідриним і веде до розвитку токсичного ураження печінки, на рівень лейкотрієну В₄ (ЛТВ₄), простагландину Е₂ (ПГЕ₂) і простагландину F_{2α} (ПГF_{2α}) в плазмі крові білих щурів-самців лінії Вістар.

Радіоімунний аналіз ЛТВ₄ і ПГЕ₂ у плазмі крові проводили за допомогою комерційних наборів фірми “Amersham” (Англія), ПГF_{2α} - Institute of isotopes (Угорщина).

Проведені дослідження показали, що через 6 год після гострої інгаляційної інтоксикації леткими компонентами ЕС концентрація ЛТВ₄ у плазмі крові зростала, порівняно з групою інтактних щурів, на 83%, а через 24 год - знижувалася на 57%. Динаміка змін рівня ПГЕ₂ у обидва строки експерименту була не суттєвою і статистично недостовірною. Що стосується ПГF_{2α}, то вміст цього простагландину зростав через 24 год після вилучення тварин із камери на 63%, а через 72 год - на 46% і був статистично значимим. Таким чином, гостра інтоксикація леткими компонентами ЕС спочатку викликала

збільшення у плазмі крові вмісту ЛТВ₄, через 24 год - ПГФ_{2α}, а рівень ПГЕ₂ залишався незмінним.

Ці результати певним чином узгоджуються з раніше отриманими даними, щодо вивчення продуктів ліпопероксидації і стану тіол-дисульфідного обміну за аналогічних умов. Можливо, що невеликі кількості перекисів активують ферменти синтезу метаболітів арахідонової кислоти - циклооксигеназу і ліпоксигеназу, а у високих концентраціях, навпроти, - пригнічують їх активність, що відповідним чином впливає на розвиток токсичної гепатопатії.

ДИНАМІКА ЗМІН ВМІСТУ ВОДИ, МАКРО- ТА МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У СТІНКАХ КРОВОНОСНИХ СУДИН ЩУРІВ ЗА УМОВ ГІПЕРАДРЕНАЛІНЕМІЇ

Наумко Р.Ф., асистент

Науковий керівник – д-р мед.наук, проф. Атаман О.В.

СумДУ, кафедра нормальної і патологічної фізіології

У сучасному розумінні патогенезу атеросклерозу та артеріосклерозу Менкеберга велике значення приділяється ушкоджувальному впливові високих доз адреналіну на тканини кровоносних судин. За умов гіперадреналінемії спостерігається гіпоксичне ушкодження клітин судинної стінки, активація реакцій пероксидного окиснення ліпідів, реалізація кальцієвих патогенетичних механізмів ушкодження клітин. Ці процеси супроводжуються змінами хімічного складу тканин кровоносних судин. Метою даної роботи було вивчення змін вмісту води, макро- та мікроелементів у судинній стінці щурів у динаміці розвитку адреналінових уражень кровоносних судин.

У 25 тварин у складі 5 досліджуваних груп артеріосклероз моделювали шляхом щоденного внутрішньовенного введення в крайову вену вуха 0,1 % розчину адреналіну гідрохлориду з розрахунку 50 мг/кг маси тварини протягом 1, 3, 7 та 14 діб. У досліджуваних тканинах визначали вміст води та низки хімічних елементів, що як кофактори входять до складу ферментів енергетичного обміну, антиоксидантного захисту та систем активного іонного транспорту. Введення щурам високих доз адреналіну спричинює збільшення вмісту води, кальцію, магнію, міді та цинку в тканинах аорти і задньої порожнистої вени. Водночас виявлено і різноспрямовані зміни вмісту деяких мікроелементів у зазначених тканинах: зменшення вмісту заліза та збільшення концентрації марганцю в аортальній стінці і, навпаки, збільшення вмісту заліза та зменшення концентрації марганцю у венозній тканині. Зміни зазначених показників у венозній тканині є меншими, ніж в артеріальній, що може бути пов'язано з більшою резистентністю вен до адреналінових ушкоджень, як порівняти з артеріями.

ОЦІНКА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ ПРИДАТНОСТІ БОРЦІВ ДО ЕФЕКТИВНОГО СПОРТИВНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ

Михайлова Т.І., ст. викладач

Сумський державний університет

Кафедра нормальної і патологічної фізіології

Проблема оцінки придатності спортсменів складається у визначенні показників, що володіють високою прогностичною цінністю на кожному з етапів їхньої підготовки.

У зв'язку з цим, одна з задач досліджень полягає у визначенні комплексу психофізіологічних функцій, що забезпечують ефективність змагальної діяльності.

З метою вирішення поставленої проблеми проведено дослідження з залученням до них 46 спортсмена. Для оцінки функціонального стану різних ділянок кори головного мозку використовували психомоторні методики. На хронорефлексометрії "Центр" реєстрували латентні періоди простих рухових реакцій на світло (ЛПЗМР) і звук (ЛПАМР), а також час реакції вибору одного з двох подразників (ЛПЗМР_{1,2}). Загальнономозкову лабільність вивчали за допомогою визначення критичної частоти злиття і розрізнення світлових мелькань (КЧЗСМ і КЧРСМ). Для визначення стійкості ЦНС створювали модель монотонної роботи у виді 100-кратного пред'явлення простого світлового сигналу в інтервалі 2-4 с. На підставі реєстрації часу простої сенсорномоторної реакції розраховували показники функціонального рівня системи (ФРС), стійкості реакцій (СР) і рівня функціональних можливостей (РФМ).

Проведені дослідження дозволяють сформулювати висновок. Психофізіологічну придатність борців 14-16 років до досягнення високих результатів у спорті визначають, у порядку зниження їхньої значимості, фактори: загальносистемні властивості мозку, ергічність нервової системи, психоемоційна стійкість і здатність до мобілізації вольових зусиль.

ВКЛАД І.М. СЕЧЕНОВА В РОЗВИТОК ФІЗІОЛОГІЇ

Карпенко Л.Є., студ. 2-го курсу

Науковий керівник - канд.мед.наук, доц. Янчик Г.В.

Сумський державний університет

Кафедра нормальної та патологічної фізіології

І.М. Сеченов (1829-1905) - видатний вчений, один з найяскравіших фізіологів.

Перша наукова робота, була виконана Сеченовим ще в студентські роки, в галузі клінічної хірургії. Його докторська дисертація була дослідженням фізіології алкогольного сп'яніння. Серед перших робіт молодого вченого увагу наукового товариства привернула фундаментальна праця "про тваринну електрику". Пізніше Сеченов відкриває центральне гальмування як особливу функцію головного мозку та явища сумачії. Гальмівний центр у таламічній ділянці отримав назву Сеченовського центру.

У 1866 році публікується його "Фізіологія нервової системи", у 1867 році - "Фізіологія органів чуття", а в 1891- "Фізіологія нервових центрів".

У своїх дослідженнях велику увагу Сеченов М.І. приділяв фізіології психічних явищ. Психології присвячені його статті "Зауваження на книгу г. Коверіна "Задачі психології", "Кому і як розробляти психологію", "Елементи думки".

М.І. Сеченов вперше дав пояснення фізіологічним основам психічної діяльності. Він заклав фундамент наукової психології, розробивши такі проблеми як відчуття і сприйняття, асоціації, пам'ять, мислення, рухові акти, розвиток психіки.

Усі роботи Сеченова відрізняло нестандартне, незвичне для медиків тих часів мислення - фізико-математичне і фізико-хімічне. Кожне положення Сеченов ілюстрував доказовими дослідженнями. Найвідомішими учнями І.М. Сеченова є вчені: В.В. Пашутін, Н.П. Кравкова, Н.С. Введенський, Б.Ф. Веріго та лікарі Н.П. Сулова, М.А. Бокова і багато інших.

СУЧАСНІ ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ГЛАУКОМИ

Козинець А.І., студ. 3-го курсу

Науковий керівник - ст. виклад. Михайлова Т.І.

Сумський державний університет

Кафедра нормальної та патологічної фізіології

Мета дослідження полягала в вивченні сучасних уявлень про етіологію та патогенез глаукоми - групи захворювань, пов'язаних з порушеннями в гідростатиці та гідродинаміці ока.

На рівень внутрішньоочного тиску (ВОТ) впливають численні фактори: нервові, судинні, ендокринні, обмінні, але всі ці впливи не можна розглядати як регуляторні.

В регуляції офтальмотонусу певну роль відводять гіпоталамусу. Разом з тим не знайдено визначеного центру регуляції офтальмотонусу, зміна останнього може бути викликана подразненням різних ділянок гіпоталамусу.

На наявність активної регуляції ВОТ вказують наступні факти. Функціональна система "циліарне тіло - дренажний апарат ока", яка забезпечує циркуляцію внутрішньоочної рідини має симпатичні, парасимпатичні та чутливі нервові закінчення.

Фактори, що впливають на розвиток глаукоми:

1. Спадковість - вивчена недостатньо.
2. Нейроендокринні фактори 4-х рівнів.
 Гіпоталамусм → ліберин → гіпофіз → АКТГ → синтез →
 глюкокортикоїдів → підвищення ВОТ.
3. Гемодинамічні порушення.
4. Обмінні порушення. Стосуються змін вуглеводного, білкового обмінів.
5. Місцеві дистрофічні зміни в дренажному апараті ока.
6. Анатомічні фактори.

Проводячи огляд літературних джерел з приводу впливу умов зовнішнього середовища як етіологічних факторів було з'ясовано, що в наш час немає достовірних даних про те, що ці фактори є причиною первинної глаукоми. Разом з тим, фактори середовища, впливають на патогенез захворювання та дію фармакологічних препаратів на механізми глаукоми.

МЕХАНІЗМИ ТОКСИЧНОЇ ДІЇ ВІТАМІНУ D

Корєєв О., студ. 2-го курсу

Науковий керівник - канд.біол.наук, ст. виклад. Гарбузова В.Ю.

Сумський державний університет

Кафедра нормальної та патологічної фізіології

Перші повідомлення про тяжкі отруєння за умов клінічного використання вітаміну D з'явилися ще в 1928 році. Однак у вивчені механізмів токсичної дії вітаміну D і до цього часу залишається багато нез'ясованих питань.

Тривале застосування високих доз вітаміну D призводить до розвитку хронічного D-гіпервітамінозу, проявами якого є загальна інтоксикація організму з порушенням мінерального, білкового, вуглеводного і ліпідного обмінів. Результати численних експериментальних і клінічних досліджень свідчать про серйозні наслідки навіть легких форм гіпервітамінозу D. Це пов'язано зі стабільністю морфологічних змін, які виникають за умов D-вітамінної інтоксикації. Найсерйознішою та найбільш значущою з цих змін є кальцифікація тканин, яка за умов гіпервітамінозу D має генералізований характер, охоплює майже всі органи і тканини та суттєво порушує їх функції. Вже в перших дослідженнях з D-гіпервітамінозу було показано, що характерною ознакою токсичної дії вітаміну D є підвищена концентрація іонів кальцію в крові. Вітамін D сприяє підвищенню акумуляції цього мінералу в клітинах. У численних дослідженнях обґрунтовано, що ушкоджувальна дія високих доз вітаміну D опосередкована посиленням процесів пероксидного окиснення і підвищенням концентрації вільних радикалів. D-вітамінна інтоксикація супроводжується вираженими порушеннями енергетичного обміну в організмі. Токсичні дії вітаміну D викликають значне пригнічення поглинання кисню, повне гальмування фосфорування.

Сьогодні окреслюють такі основні механізми патогенного впливу високих доз вітаміну D на органи і тканини: гіперкальціємія, активація ПОЛ і непрямі механізми ушкодження клітин.

ГУМОРАЛЬНИЙ ІМУНІТЕТ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ (БА) ПРИ КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ЛІКУВАЛЬНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ (ЛП)

Любчак В.В., аспірант

*Науковий керівник – проф. кафедри інфекційних хвороб,
зав. курсом мікробіології, вірусології, імунології*

СумДУ Каплін М.М.

Лікування бронхіальної астми (БА) на сьогодні залишається гострою проблемою. У хворих на БА спостерігається висока гетерогенність порушень імунної системи, які зачіпають всі її ланки. Кров також відноситься до периферійних лімфоїдних органів і від її складу, в тому числі імуноглобулінів (G, A, M) і В-лімфоцитів, залежить стан гуморальної імунної системи. Гуморальний імунітет грає значну роль в етіопатогенезі БА. Під впливом антигенного механізму в організмі людини розвивається стан сенсibiliзації, який виражається появою клітин, чутливих до алергену і накопиченням тіл, специфічних до нього, В-лімфоцити продуцують антитіла, тому і вони грають величезну роль в імунній системі. Від кількості і якості В-лімфоцитів залежить кількість антитіл, специфічність яких настільки багаточисельна, що вони можуть зв'язувати практично любий білок.

При дослідженні крові 24-х хворих на БА була виявлена тенденція зниження імуноглобулінів (G, A, M і В-лімфоцитів) у всіх. Ступінь зниження залежала від ступеня важкості хвороби і від її давності.

У 14-ти хворих на БА зниження імуноглобулінів і В-лімфоцитів відмічалось на 50% (G₄₀ 3,5-4,0 г/л; A – 0,5-0,7 г/л; M – 0,3-0,7 г/л; В_л – 3,5-5 г/л). У 10-ти хворих зниження відмічались незначні – до 20%.

Після проведення трьох курсів ЛП (кожний із 6) кількісний показник імуноглобулінів і В-лімфоцитів відновлювався і практично нормалізувався.

Тому рахуємо, що наряду з ЛП слід вводити гамаглобуліни із донорської крові і це прискорить позитивний результат і контролюватиме процес утворення аутоантитіл.

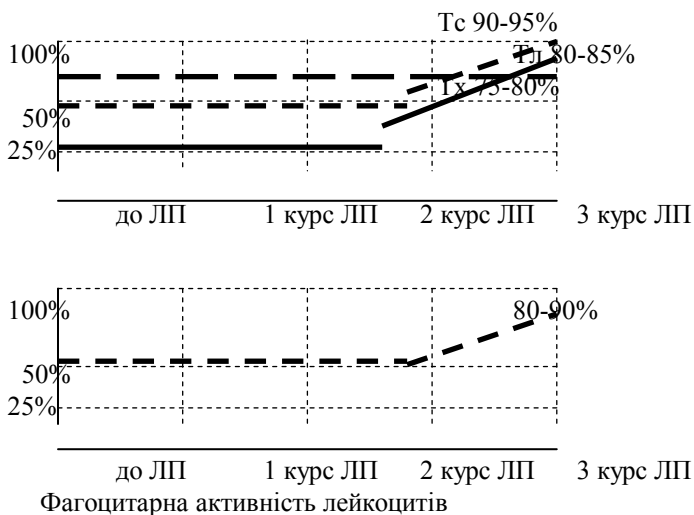
ПОКАЗНИКИ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ (БА) ПРИ КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ЛІКУВАЛЬНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ (ЛП)

Любчак В.В., аспірант

Науковий керівник – проф. кафедри інфекційних хвороб,

зав. курсом мікробіології, вірусології, імунології
СумДУ Каплін М.М.

Імунна система являє собою сукупність лімфоїдних органів, які не мають анатомічного зв'язку, але злагоджено працюють за рахунок рухомих клітин, медіаторів і інших факторів. Кров також відноситься до периферичних органів і від її складу залежить стан імунної системи. При аналізі кількості і активності Т-лімфоцитів (СД-3), Т-хелперів (СД-4), Т-супресорів (СД-8) у хворих БА до і після проведення лікувального плазмаферезу (ЛП) у 24 хворих ми одержали результати, які відображені на графіку.



Таким чином, з приведених даних можна зробити висновок, що лікувальний плазмаферез не тільки оновлює склад крові, в тому числі і лімфоцити, а й підвищує їх активність і в цілому підвищує клітинний імунітет.

БІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕНТЕРОПАТОГЕННОЇ КИШКОВОЇ ПАЛИЧКИ

Липовська В.В., канд.біол.наук, доц.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб

Епідеміологічна ситуація по захворюваності на гострі кишкові інфекції (ГКІ) бактеріальної етіології в Україні в останні роки залишається напруженою. Серед немовлят встановлено високу захворюваність на кишковий ешерихіоз, який викликаний ентеропатогенною кишковою паличкою (ЕПЕС).

Нами вивчено серологічний пейзаж та гемолітичну активність 98 штамів ЕПЕС, виділених від немовлят, хворих на кишковий ешерихіоз та проведено їх типування.

Серологічний пейзаж ЕРЕС характеризувався присутністю 14 сероварів, серед яких частіше циркулювали серовари "408" (26,5%), O75:K-:H7 (16,3%) та O143:K- (12,2%). Встановлено, що серовар O124:K72 був представлений біоваром 1 та 2, серовар O142:K86 – біоваром 3 та 4, а серовар O144:K+:H4 - біоваром 2.

При мікробіологічному дослідженні сероварів ЕРЕС було встановлено, що всі досліджені ізоляти (98 штамів), виділені від хворих, володіли гемолітичною активністю.

При типуванні штамів ЕРЕС встановлено, що 63,27% бактерій піддавалися лізису донорспецифічним бактеріофагом MS2. Це свідчило про наявність у геномі цих клітин F-плазмиди ешерихій. Встановлено, що 9 сероварів володіли донорськими властивостями. Донорська активність за F-фактором була притамана всім виділеним культурам серовара "408", склавши в популяції 42%. Культури серовара O75:K- склали у популяції 24,2% від загальної кількості штамів, що піддавалися лізису. Виходячи з цих даних, нами спрогнозовано, що в наступні роки чекається зростання числа захворювань, зумовлених сероваром "408" та O75:K-, хоча ці серовари ще не набрали у популяції критичної маси, що забезпечувало б реалізацію їх селективних переваг. Тому поряд з вищевказаними сероварами при ешерихіозі будуть реєструватися й інші серовари.

П.К. АНОХИН - ОСНОВОПОЛОЖНИК ТЕОРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ

Ветох И.В., студ. 2-го курса

Научный руководитель - ст. препод. Михайлова Т.И.

Сумской государственной университет

Кафедра нормальной и патологической физиологии

Петр Кузьмич Анохин - выдающийся советский физиолог основоположник системного подхода в изучении физиологических функций, автор теории функциональных систем как основного принципа функционирования организма.

В 1921 году П.К. Анохин будучи студентом Государственного института медицинских знаний под руководством В.М. Бехтерева приступил к научной исследовательской работе на тему: "Влияние мажорных и минорных комбинаций звуков на возбуждение и торможение в коре головного мозга человека".

В 1922 году состоялась встреча П.К. Анохина с И.П. Павловым. В Павловской лаборатории Анохин был подключен к изучению механизмов внутреннего торможения и условно-рефлекторной деятельности. Стремление к философскому осмыслению физиологических закономерностей на основе знаний материализма проходит красной нитью на всех этапах творческого пути П.К. Анохина.

Плодом 50 летней творческой научной-деятельности явилась монография "Биология и физиология условного рефлекса". В последние годы жизни П.К. Анохин создал новое направление в физиологии - функциональную нейрохимию, основная задача которой состоит в выявлении и изучении взаимосвязи между характером возбуждения и нейрохимией. Механизмами его обработки на нейроне. Использование теории функциональных систем в условия патологии привело П.К. Анохина к теории компенсации нарушенных функций. Учение о функциональной системе явилось универсальным принципом изучения урвной биологической организации.

ВПЛИВ НОВИХ СИНТЕТИЧНИХ СУЛЬФАНІЛАМІДІВ НА ГРАМПОЗИТИВНІ І ГРАМНЕГАТИВНІ БАКТЕРІЇ

Ляліков Я.В., аспірант

Науковий керівник – проф. Галкін Б.М

*Одеський національний університет ім. І.І. Мечникова,
кафедра мікробіології та вірусології*

Досліджено антимікробну активність низки нових синтетичних сульфаниламідів по відношенню до клітин *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* та *Pseudomonas aeruginosa*, тобто грампозитивні та грамнегативні бактерії, які є збудниками різних захворювань людини.

У досліджах використовували наступні синтетичні аналоги сульфаниламідів: N-(1Н-бензомідазол-2-іл) - бензенсульфонамід (1), N-(1Н-бензомідазол-2-іл) - 4-бромо - бензенсульфонамід (2) та N-(1Н-бензомідазол-2-іл)- 4-нітро - бензенсульфонамід (3), концентрації яких становили 10, 20 та 40 мкМ.

Отримані результати свідчать про те, що усі досліджувані сполуки достовірно інгібують ріст усіх тест-мікроорганізмів. Найбільш активними виявились речовини 1 та 3, особливо це помітно для *P. aeruginosa*. Пригнічення росту *E. coli* відбувалося, в значній мірі, під впливом речовин 2 та 3. Найменш токсичними вищеозначені сполуки були для *S. aureus*, особливо це стосується сполуки 2.

Також спостерігалась залежність росту культур від концентрації сполук. Так, збільшення концентрації сполуки в поживному середовищі в значній мірі інгібувало ріст *S. aureus*. Найменш чутливою до цього фактору виявилася *E. coli*, а ріст *P. aeruginosa* також пригнічувався в значній мірі, але помітно в меншій, ніж *S. aureus* і дещо в більшій, порівняно з *E. coli*. Використання у досліджах в якості контролю стрептоміцину, як досить поширеного сульфаниламідів, показало його низьку рістингібуючу активність щодо культур мікроорганізмів. Таким чином, отримані дані свідчать про необхідність подальших детальних досліджень вищеозначених сполук.

РОТАВІРУСИ ТА ЇХ ІНДИКАЦІЯ В НАВКОЛИШНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ МЕТОДОМ

ІМУНОХРОМАТОГРАФІЧНОГО АНАЛІЗУ

Обертинська О.В., аспірант

Науковий керівник – проф. Дзюблик І.В.

КМАПО ім.П.Л.Шурика МОЗ України, кафедра вірусології

Сьогодні в Україні складається дуже несприятлива епідеміологічна ситуація щодо гострих кишкових інфекцій, кількість яких постійно збільшується, причому на ротавірусну інфекцію припадає від 35 до 75% випадків.

Відсутність уніфікованого методу індикації ротавірусів у навколишньому середовищі заважає отриманню об'єктивних даних про рівень їх вірусного забруднення та послідовую розробку гігієнічних заходів.

Мета роботи: пошук уніфікованого та ефективного методу індикації ротавірусів людини в навколишньому середовищі.

Матеріали і методи: в роботі використовували позитивні зразки фекалій хворих на ротавірусний гастроентерит, проби питної води. Збір і концентрування вірусів здійснювали методом адсорбції – елюції з застосуванням висококоefficientних по відношенню до ротавірусів адсорбентів. Індикацію вірусів із клінічного матеріалу і проб води здійснювали за допомогою імунохроматографічного аналізу (ІХА) наданого фірмою “Фармаско”. Паралельно для порівняння індикацію проводили за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА) “Рота-аналіз”.

Вперше в Україні експериментальним шляхом для ефективності та зручності проведення санітарно-вірусологічних досліджень проведено індикацію ротавірусів з отриманих елюатів в ІХА. Результати досліджень в ІХА виявилися ідентичними у 97 % випадків з результатами досліджень в ІФА.

Новий метод індикації збудника ротавірусного гастроентериту із питної води, зважаючи на його доступність, зручність та доведену ефективність, може бути запропонованим для широкого впровадження в практику вірусологічних лабораторій по здійсненню санітарно-вірусологічних досліджень навколишнього середовища.

ВПЛИВ НА ПРОЦЕС СТАРІННЯ МЕШКАНЦІВ УКРАЇНИ ТА ФІНЛЯНДІЇ ЗМІНЕНОЇ КОНЦЕНТРАЦІЇ В СИРОВАТЦІ КРОВІ МІКРОЕЛЕМЕНТА СЕЛЕНА

*Пашолок С. П., канд.мед.наук Шаригіна О. С.**

Одеський державний медичний університет Міністерства охорони здоров'я України, кафедра клінічної імунології, генетики та медичної біології

**Одеське базове медичне училище Міністерства освіти та науки України, цикл терапії*

Сукупна концентрація ізотопів мікроелемента селена (Se^0 , Se^{2+} та Se^{4+}) в живих організмах коливається в діапазоні від 0,01 до 0,61 мкг/мл (сироват-

ка крові), ґрунті – в межах 0,01-0,49 мкг/мл (тобто $1 \cdot 10^{-6}$ - $1 \cdot 10^{-3}$ %; останнє характерно для деяких біогеохімічних селенових провінцій), тому чутливість методів його визначення повинна бути $\leq 0,01$ мкг/мл (Lott p., 1983; “Hitachi”).

Визначено, що концентрація ізоотопу Se^{4+} в мешканців Одеської області дорівнює $0,206 \pm 0,01$ мкг/мл, фінської частини Північної Карелії (Суомі) – $0,069 \pm 0,009$ мкг/мл, що майже втричі менше, ніж у жителів півдня України. Показано, що при концентрації Se^{4+} в плазмі крові саме чоловіків на рівні менше ніж 0,045 мкг/мл ризик померти від ішемічної хвороби серця вищий в 3,6 рази порівняно з контрольною групою. Відповідно до цих даних, чоловіків-мешканців Фінляндії відрізняє низький показник середньої тривалості життя – 69,2 роки (перепис 2000 р.), на відмінну від загальносвітового показника – 70,7 років (перепис 2000 р.). Залежність швидкості старіння від надходження в організм чоловіків Se^{4+} пояснюється тим, що цей ізоотоп активізує діяльність ферментів протиокислювальної системи – супероксиддисмутази, каталази, глутамінопероксидази, глутатіонредуктази тощо, котрі каталізують реакції розпаду вільних радикалів (O_2^- , H_2O^- , H_2O_2 , OH^* , H^*), перешкоджаючи, таким чином, руйнуванню біологічних мембран, наприклад, міокардіоцитів і макромолекул, у т. ч. життєво важливих – ДНК, РНК, ДНП, РНП тощо.

Виключна біологічна роль цього мікроелемента саме для організму чоловіків також пояснюється тим, що майже половина від його концентрації знаходиться в звивистих сім'яних каналцях, приймаючи активну участь у кінцевій стадії сперматогенезу, а саме – формуванні сперматозоонів.

Добова норма надходження мікроелементу Se^{4+} в організм чоловіків становить 120-160 мкг. З іншого боку, нестача Se^{4+} в харчуванні не впливає на життєздатність жінок-мешканок Фінляндії; середня тривалість їх життя становить 77,6 років (перепис 2000 р.), що прямо та позитивно корелює із загальносвітовим показником – 77,1 (перепис 2000 р.). Встановлено, що в чоловіків активна лише одна х-гетерохромосома (аллосома) саме материнського походження зі всіма її генетичними дефектами, проте, в жінок у різних соматичних клітинах активна то материнська, то батьківська х-аллосома (Єрмаков В. В., Ковальський В. В., 2001, спираючись на теорію Марії Лайон, 1962).

З іншого боку, висока концентрація Se^{4+} в плазмі крові тварин призводить до виникнення патологічних станів – “лужної хвороби” (Medison A., 1891) та “вертячки” (Beath O., 1937), людей – злоякісних пухлин (вперше Ancizar-Sordo l., 1947). При вивченні мінерального складу ґрунтів і ґрунтових вод регіону Фінляндії Північна Карелія з'ясовано, що в цих природних об'єктах виключно низька концентрація Se^{4+} . Так, у ґрунтах суомі концентрації se^{4+} і його похідних хімічних сполук низькі та становлять від $1,6 \cdot 10^{-5}$ до $3,4 \cdot 10^{-5}$ % (Greeters-Hansen v., 1994). Також концентрація se^{4+} є

надзвичайно низькою в природних джерельних водах Фінляндії – від 0,06 до 0,15 мкг/л (*Lindberg P., 1998*), що пояснюється сильною та швидкою адсорбцією селенітів глинястими мінералами, особливо гідроксильними окислами заліза (II). В жодному районі Фінляндії не було зареєстровано біогеохімічних селенових провінцій. Тому для фінів-чоловіків є характерним незначне переміщення мікроелемента селена в біологічній системі травного ланцюга “гірська порода – ґрунт – природні джерельні питні прісні води – рослини – організм тварин – організм людини”.

Висновки:

1. Діапазон нормальної концентрації мікроелемента селена в організмі людини становить 0,2-0,6 мкг/мл, оптимум 0,4±0,01 мкг/мл (сироватка крові).

2. Для людини небезпечним є як нестача, так і надлишок надходження в організм мікроелемента Se⁴⁺.

3. Досі не з’ясовано, чи є зміна концентрації мікроелемента Se⁴⁺ причиною виникнення різноманітних захворювань людини та патогенетично пов’язаного з ними старіння, або їх наслідком.

ГІПЕРТЕРМІЯ ТА ГІПОКСІЯ, ЇХ ВПЛИВ НА ТРУБЧАСТІ КІСТКИ ТА КОРЕКЦІЯ ПРЕПАРАТОМ КВЕРЦЕТИН

Білик О.В.

Наукові керівники: д-р біол.наук, проф. Рибальченко В.К.,

д-р біол.наук, проф. Романюк Б.П.

Медичний інститут Уратнської асоціації народної медицини

Луганський державний медичний університет

Кафедра медичної біології

Такі несприятливі чинники як гіпертермія та гіпоксія постійно супроводять працівників глибинних (більше 1000 м) шахт Луганщини, що викликає інтерес про їх вплив.

Дослід був проведений на 54 тваринах зрілого віку репродуктивного періоду онтогенезу. Тварин піддавали 15 хвилинному випробуванню в спеціально виготовленій та обладнаній приладдям камері, що відповідала шахтним умовам. Тварини були розподілені на 3-и групи по 18 у кожній. I-а була контрольною, II — піддослідною, у III-й з метою фармакорекції один раз на добу згодовували біофлавоноїд кверцетин дозою 100 мг/кг живої маси.

Кісткову тканину тварин досліджували із проксимальних епіфізів та середини діяфізів великогомілкових кісток на парафінових зрізах.

На 30 добу досліду відмічали збільшення діаметру остеонів та зменшення поперечних розмірів діяфізів. Різко зменшувалася мінералізація кісткової тканини, що супроводжувалося зменшенням вмісту кальцію та

збільшенням

фосфору.

Застосування препарату кверцетину сприяло, до деякої міри, нівелюванню вищевказаних змін у кістковій тканині.

ВПЛИВ МЕТАЛОКОМПЛЕКСУ *мезо*-ТЕТРА (4-N-МЕТИЛ-ПРИДИЛ) ПОРФІРИНУ З ВІСМУТОМ НА БАКТЕРІЇ

Галкін М.Б., Малярчик І.О., студ. 3-го курсу

Науковий керівник - проф. Філіпова Т.О.

*Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова,
кафедра мікробіології і вірусології*

Вивчено здатність металокомплексу *мезо*-тетра(4-N-метил-пиридил)порфірину з вісмутом інгібувати ріст *Staphylococcus aureus* і *Salmonella enteritidis*. У роботі було досліджено вплив низки концентрацій у діапазоні від 0,04 до 80 мкмолей. Одержані результати свідчать про те, що вісмутовий комплекс дозо-залежно пригнічує ріст обох мікроорганізмів. Найменша концентрація інгібувала ріст *S. aureus* і *S. enteritidis* на 23 і 18 %, відповідно. По мірі зростання вмісту металокомплекса у середовищі спостерігалось практично прямопропорційне підвищення інгібуючої дії щодо *S. aureus*. При концентрації 80 мкмолей ріст стафілококу пригнічувався на 92 %. Для *S. enteritidis* виявлено два інтервала концентрацій, у межах яких спостерігалось зростання ефекту: 0,04 – 4,00 і 40 – 80 мкмолей. В діапазоні концентрацій від 4 до 40 мкмолей інгібующа дія металокомплексу була постійною і складала 40 %. Максимальне пригнічення росту сальмонели становило 70 % і спостерігалось в присутності 80 мкмолей досліджуваної сполуки. Нітрат вісмуту був неактивним при вказаних концентраціях, а вільна основа *мезо*-тетра(4-N-метил-пиридил)порфірину лише у максимальній концентрації дещо (на 10-12 %) знижувала ріст тест-штамів. Таким чином, одержані результати дозволяють зробити висновок, що саме металокомплекс вісмуту з синтетичним порфірином здатен виявляти антимікробну дію.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕКСИДОЛУ ПРИ ХРОНІЧНІЙ НІТРАТНИЙ ІНТОКСИКАЦІЇ

Денисенко С.В., асистент

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Кафедра патологічної фізіології

Описано, що однією з патогенетичних ланок хронічної нітратної

інтоксикації є посилення вільно радикального перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) у крові і тканинах. Корекція антиоксидантами відкриває шлях до лікування і профілактики таких ушкоджень, дозволяє поглибити уявлення про механізм дії надлишку нітратів. Мета роботи – дослідити вплив синтетичного антиоксиданту мексидолу на процеси ПОЛ і антиоксидантного захисту в сім'яниках білих щурів за умов хронічної нітратної інтоксикації. Експерименти виконані на 22 білих статевозрілих щурах–самцях, яким протягом 3-х місяців щоденно інтрагастрально вводили розчин натрію нітрату (200 мг/кг). Одночасно з токсикантом одній групі тварин вводили мексидол (2-етил-6-метил-3-оксипіридину сукцинат) у дозі 50 мг/кг. Контролем слугували інтактні щури, яким аналогічним чином вводили 0,9% розчин натрію хлориду. Після завершення експерименту тварин піддавали евтаназії і визначали в сім'яниках вміст продуктів, що реагують із 2-тіабарбітуровою кислотою (ТБКАП), активність супероксиддисмутази (СОД) і каталази. Встановлено, що під дією надлишку нітратів у сім'яниках тварин вірогідно збільшується вміст ТБКАП, що свідчить про активацію ПОЛ і накопичення його проміжних продуктів. Водночас, активність СОД і каталази істотно знижується, що вказує на виснаження антиоксидантного захисту. Введення мексидолу зменшує накопичення ТБКАП на 36% і підтримує активність СОД і каталази на рівні показників інтактних щурів. Це свідчить, що потужна антирадикальна і мембраностабілізуюча активність мексидолу (Воронина Т.А., Середин С.Б., 1998) виявляється й за умов хронічної нітратної інтоксикації і створює передумови для попередження розладів репродуктивної функції самців, зумовлених впливом надлишку нітратів.

МЕХАНІЗМИ ГЕПАТОЗАХИСНОЇ ДІЇ МЕКСИДОЛУ ПРИ ГОСТРОМУ СТРЕСІ

Луценко Р.В., асистент

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава
Кафедра експериментальної та клінічної фармакології*

У мексидолу описані екстрацеребральні властивості, серед яких чинне місце займає гепатозахисна дія препарату, зокрема, при стресі. Тому метою нашої роботи було з'ясування механізмів гепатопротективної дії мексидолу за умов гострого стресу. У 29 білих щурів-самців моделювали гострий стрес шляхом іммобілізації їх на спині протягом 3-х годин. Для попередження стресорних порушень вводили мексидол (100 мг/кг). В сироватці крові визначали активність ферментів-маркерів ушкодження гепатоцитів, вміст білірубину і його фракцій, бромсульфалеїну та показники вуглеводного обміну в тканині печінки. Гострий стрес викликає вірогідне підвищення активності АЛТ, АСТ, альдолази, лужної фосфатази та гамма-глутаматтранспептидази (ГГТП) в сироватці крові, зростання концентрації загального і непрямого білірубину на 30% ($p < 0,02$) та рівня бромсульфалеїну на 340% ($p < 0,001$). В основі гіпе-

рферментемії та порушення дезінтоксикаційної і білірубінутворюючої функції печінки знаходиться зменшення запасів глікогену і глюкози, зростання вмісту лактату, ушкодженням мембран гепатоцитів і епітелію жовчних протоків. Одноразове профілактичне внутрішньо-очеревинне застосування мексидолу характеризується вірогідним зменшенням у сироватці крові активності АЛТ, альдолази, лужної фосфатази, ГГТП, покращенням дезінтоксикаційної функції печінки. В основі гепатозахисної дії мексидолу знаходиться попередження порушення вуглеводного обміну, що виявляється у вірогідному збільшенні вмісту глікогену і зниженні вмісту лактату в печінці і сироватці крові. Механізми гепатопротективної дії мексидолу підтверджуються результатами кореляційного аналізу і багатофакторного покрокового регресійного аналізу (метод виключення).

ЗРІВНЮВАЛЬНА АДГЕЗІЯ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО АЛМАЗОВМІСТКОЇ ОБОЛОНКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ІМПЛАНТАТІВ

Назаренко Г. М., аспірант

*Науковий керівник – д-р біол.наук, проф. Іваниця В.О.
Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова,
кафедра мікробіології і вірусології*

Експерименти проводили з використанням мікроорганізмів родів: *Lactobacillus*, *Staphylococcus* і *Candida*, з колекції кафедри мікробіології і вірусології Одеського національного університета. За зразки імплантатів використовували лавсан і поліметилметакрилат (ПММА) у чистому вигляді та з модифікованою алмазовмісткою плівкою (АП) поверхнею.

Адгезія вивчалася за допомогою методу мічення бактеріальних клітин L-[¹⁴C] – лейцином у фосфатному буфері (pH=7) при 37 °С. Для визначення характеру взаємодії між мікроорганізмами і різними матеріалами в експеримент додатково були введені зразки із заздалегідь відомими властивостями поверхні - гідрофобними та гідрофільними.

Результати експерименту після 2-х годинної експозиції показали, що найбільш виражені адгезивні властивості у стафілокока (71,5 % клітин прикріпилося до матеріалів без покриття і 55,3 % - до АП). Матеріали, у яких поверхня модифікована АП, були більш ареаактивними до бактерій родів *Staphylococcus* і *Lactobacillus*, ніж матеріали без покриття. Дріжджеподібні гриби рода *Candida* прикріплювались до матеріалів з АП з більшою інтенсивністю (22,22 %) ніж до лавсану (11 %) і ПММА (1,6 %) без покриття. Результати експериментів показали, що між стафілококами і лактобацилами та імплантатами переважають гідрофобні взаємодії, між кандидами та небіологічними матеріалами – гідрофільні. Матеріали з АП мають високу гідрофільність, що підтвержує попередні дані фізичних розрахунків.

**ПРОФІЛАКТИЧНА ДІЯ ПІРАЦЕТАМУ ПРИ
СТРЕСОРНОМУ ПОРУШЕННІ ФУНКЦІЙ ПЕЧІНКИ**
Нассер М., студ. 3-го курсу; Мазанько Ю.В., студ. 1-го курсу
Науковий керівник – канд.мед.наук, асист. Луценко Р.В.
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава
Кафедра клінічної та експериментальної фармакології

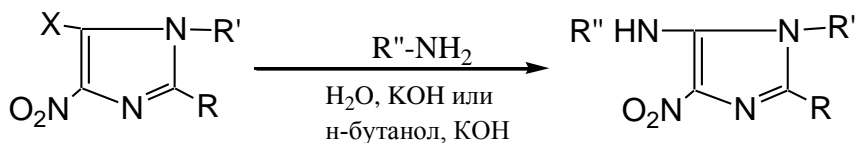
Відомо, що стрес викликає реактивні явища в печінці, які за певних умов започатковують патологічний процес. Однак дія нейротропного препарату пірацетаму на uszkodження печінки, викликані стресом, досліджена недостатньо. Мета роботи – встановити в експерименті характер дії пірацетаму при стресорному порушенні функцій печінки. Експерименти виконані на 30 білих щурах, яких розділено на 3 групи: 1 — інтактні; 2 — тварини, в яких відтворювали гострий іммобілізаційний стрес за методом Сельє (3 год); 3 — тварини, яким за 30 хв до початку стресу вводили пірацетам (100 мг/кг). Через 1,5 год після стресу проводили бромсульфалеїнову пробу. В сироватці крові визначали концентрацію бромсульфалеїну, вміст білірубіну, активність аланінамінотрансферази (АЛТ), аспартатамінотрансферази (АСТ), альдолази, лужної фосфатази. Стрес викликав збільшення вмісту бромсульфалеїну в сироватці крові. Він супроводжувався підвищенням концентрації білірубіну за рахунок його непрямої фракції, зростанням активності АЛТ в 1,9 рази, АСТ в 1,6 рази, лужної фосфатази в 2 рази, альдолази в 2,5 рази. Введення пірацетаму сприяло зниженню концентрації бромсульфалеїну в 1,8 рази порівняно з такою при стресі. Препарат запобігав розвитку гіпербілірубінемії і зменшував активність АЛТ, альдолази і лужної фосфатази. Як бачимо, гострий стрес порушує екскреторну функцію печінки, її білірубінутворюючу функцію, викликає цитоліз гепатоцитів. Профілактичне введення пірацетаму на фоні гострого стресу підтримує на належному рівні екскреторну функцію печінки, запобігає порушенням захоплення і кон'югації жовчних пігментів, зменшує цитоліз гепатоцитів. Сукупність наведених фактів дозволяє оцінити дію пірацетаму при стресорному uszkodженні печінки як гепатопротективну.

СИНТЕЗ ИМИДАЗОЛИЛЗАМЕЩЕННЫХ АМИНОКИСЛОТ
Перепадья В.В., студ. 4-го курса; Прийменко А.О., студ. 2-го курса
фармацевтического факультета

Научный руководитель – доц. Александрова Е.В.
Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра органической химии с курсом биоорганической химии

Исследована реакция 1-метил-4-нитро-5-хлор(бром)-, 1,2-диметил-4-нитро-5-бром- и 1-метил-4-хлор-5-нитроимидазолов с рядом алифатических и ароматических аминокислот, таких как глицин, валин, β-аланин, γ-аминомасляная, п-аминофенилуксусная, о- и м-аминобензойная кислоты.

Эта реакция в большинстве случаев легко протекает при нагревании в воде или в н-бутаноле в присутствии KOH и приводит к образованию соответствующих имидазолилзамещенных аминокислот.



R = R' = H, CH₃, X = Cl, Br

R'' = CH₂COOH, (CH₂)₂COOH и другие

остатки алифатических и ароматических кислот

Изучены некоторые химические свойства полученных имидазолиламинокислот.

Биологические исследования иммуномоделирующей активности имидазолилзамещенных аминокислот подтверждает, что они проявляют иммуностимулирующий эффект равный эффекту метронидазола.

Строение синтезированных соединений подтверждено данными элементного анализа, а также данными ИК-, ПМР-спектроскопии.

СИНТЕЗ И БИОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОДНЫХ ТИОГУАНИНА

*Приيمنко А.О., студ. 2-го курса; Перепадья В.В., студ. 4-го курса
фармацевтического факультета*

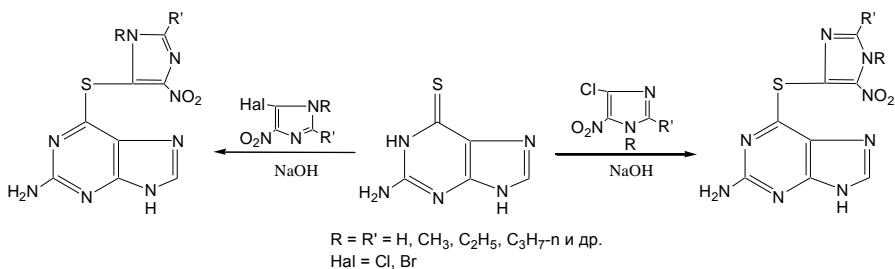
Научный руководитель – доц. Александрова Е.В.

*Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра органической химии*

В литературе имеются сведения, что производные тиогуанина обладают противоопухолевой и иммунодепрессивной активностью. Определенный интерес представляет 2-амино-6-(1-метил-4-нитроимидазолил-5)-тиопурин, получивший название тиамиприн (гуанеран). Этот препарат обладает более сильным иммунодепрессивным действием, чем азатиоприн.

С целью поиска новых и менее токсичных иммунодепрессивных и антилейкозных соединений исследована реакция тиогуанина с различными 1-алкил(1,2-диалкил)-4-нитро-5-хлор-, 2-алкил(1,2-диалкил)-4-нитро-5-бром- и 1-алкил(1,2-диалкил)-4-хлор-5-нитроимидазолами.

В результате осуществлен синтез ряда 2-амино-6-(4-нитроимидазолил-5)- и некоторых 2-амино-6-(5-нитроимидазолил-4)-тиопуринов.



Исследования биологической активности показали, что новые производные тиогуанина проявляют иммунодепрессивную активность.

Строение полученных соединений установлено с помощью элементного анализа и данных ИК-, ПМР-спектроскопии.

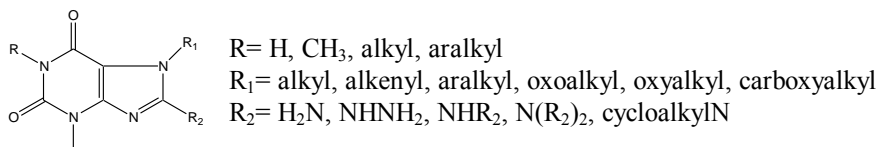
СИНТЕЗ ТА ВИВЧЕННЯ АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ ДЕЯКИХ ПОХІДНИХ КСАНТИНУ

*Іванченко Д.Г., асп., Шкода О.С., асист., Євсєєва Л.В., Жмурін Р.В., Ми-
лосердова Г.В., Сапронова О.Ю., студ., Павлов С.В., ст. лаборант Науко-
вий керівник – проф. Романенко М.І.*

*Запорізький державний медичний університет
Кафедра біологічної хімії*

Однією з ланок патогенезу захворювань, обумовлених ішемією органів є накопичення в клітинах тканин продуктів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ), зокрема малонового діальдегіду, що призводить до значної модифікації біомолекул (білків, НК, фосfolіпідів мембран) та порушення функцій клітин. Відомо, що ішемія органів призводить до суттєвого зниження активності антиоксидантних ферментів (каталази, суперперосиддисмутази, глутатіонпероксидази) на тлі різкого падіння вмісту макроергічних фосфатів. В цих умовах важливе значення набуває корекція патологічних змін препаратами – антиоксидантами, близькими за структурою до ендogenous субстратів.

У відповідності з вищевказаним нами синтезовано значний ряд неопісаних раніше похідних теоброміну, теофіліну та 3-метилксантину загальної формули:



Структура та індивідуальність синтезованих сполук доказана за допомогою даних елементного аналізу, ІЧ- та ПМР-спектроскопії, тонкошарової хроматографії.

На моделі неферментного ініціювання вільно-радикального окиснення ліпопротеїнів курячого жовтка вивчена антиоксидантна дія синтезованих сполук. Показано, що антиоксидантна дія вивчених сполук досить висока і подальші дослідження в цьому напрямку дуже перспективні.

**ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ
ХИНОЛИНИЛПРОИЗВОДНЫХ ПОРФИРИНОВ
В КУЛЬТУРЕ КЛЕТОК АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЭРЛИХА**

Русакова М.Ю., асп., Захаркина Т.И., студ.

*Научный руководитель – д-р биол.наук, проф. Филиппова Т.О.
ОНУ им. И.И. Мечникова, кафедра микробиологии и вирусологии*

Фотосенсибилизирующая активность порфиринов основана на их способности генерировать активные формы радикалов, в том числе кислорода, в результате активации видимым светом. Процессы, запускаемые при этом, приводят к гибели клеток и некрозу новообразования.

В работе были изучены активность и механизмы действия свободного основания 6-хинолинилпорфирина тозилата (I), а также его комплексов с германием (II) и оловом (III). Жизнеспособность клеток аденокарциномы Эрлиха (АКЭ), активность сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и количество белка, теряемого клетками, оценивали через 24 часа после начала совместной инкубации культуры с 0,01 – 10 мкМ вещества. Предварительная активация производных проводилась дневным светом и интенсивность излучения составляла 20 Вт/см².

Металлокомплексы данных порфиринов оказались более эффективными фотосенсибилизаторами по отношению к культуре клеток АКЭ. Наиболее активным, проявившем во всех концентрациях более 56 %-ное ингибирование роста АКЭ, является соединение II. В среднем же для свободного основания (III) это значение не превышало 35 %. При определении количества белка, теряемого клетками, было установлено, что наибольшие потери соответствуют производному II (до 39 %), что свидетельствует о том, что попадая в клетку данное соединение вызывает ее лизис. В то время как для соединений I и III происходит снижение активности СДГ на фоне незначительного (менее 15 %) увеличения потери белка, что, очевидно, свидетельствует о главной роли митохондрий в повреждающем действии этих веществ.

**ВЛИЯНИЕ ТИЛОРОНА НА УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА И
АНТИОКСИДТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ СЫВОРОТКИ КРОВИ
МЫШЕЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ
АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТЕ**

Степанова Т. Ю., асп., Крылова Е.И., студ.

*Научный руководитель – д-р біол. наук, проф. Галкин Б. Н.
ОНУ им. И.И. Мечникова, кафедра микробиологии и вирусологии*

Целью работы являлось изучение влияния иммуномодулятора тилорона на некоторые показатели сыворотки крови мышей при экспериментальном аллергическом энцефаломиелите (ЭАЭ) - модели рассеянного склероза. ЭАЭ вызывали введением энцефалитогенной эмульсии (ЭГЭ) в подушечки задних лап. Тилорон вводили перорально в дозе 50 мг/кг. Количество кортизола в сыворотке определялось методом ИФА, антиокислительную активность (АОА) сыворотки оценивали стандартным методом по количеству ТБК-активных продуктов на 3-и, 7-е и 14-е сутки после введения ЭГЭ.

На 3-и сутки АОА сыворотки у животных с ЭАЭ составила 84,7 % по сравнению с контролем, в группе мышей, которым вводили тилорон, - 75,9 %. Содержание ТБК-активных продуктов в сыворотке крови животных с ЭАЭ в динамике развития заболевания повышалось до 219 % на 7-е сутки и 303% - на 14-е. Введение тилорона привело к снижению этого показателя до 147% на 7-е сутки и 144% - на 14-е сутки. У здоровых животных количество кортизола в сыворотке крови составляло $190,6 \pm 2,1$ нмоль/л. У животных с ЭАЭ на все сроки заболевания уровень этого гормона снижался на 10 -15%. На 3-и сутки у животных, которым вводили тилорон, наблюдалось увеличение содержания кортизола на 14% ($218 \pm 4,4$ нмоль/л), на 7-е и 14-е сутки - на 26% ($241,5 \pm 2,5$ нмоль/л) по сравнению с контролем.

Препарат снижает количество ТБК-активных продуктов и увеличивает содержание кортизола в сыворотке крови животных с ЭАЭ.

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОК ПОКРОВНО-ЯМОЧНОГО ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА КРЫС ПРИ ИММУНОСТИМУЛЯЦИИ

Андрущенко В. В., аспирант

Научный руководитель – проф. Федченко С. Н.

*Луганский государственный медицинский университет
Кафедра медицинской биологии, генетики и паразитологии*

До настоящего времени не исследована ультраструктура клеток покровно-ямочного эпителия при воздействии иммуностимулятора циклоферона, что и явилось целью нашей работы. В эксперименте использовали крыс-самцов в количестве 18 животных, которым вводили ЦФ в дозе 6 мг/кг по соответствующей схеме. Контролем служили животные, которым по той же схеме вводили физиологический раствор в эквивалентном объёме. Забор материала производили через 15, 30 суток с соблюдением основных требований эвтаназии. Материал фиксировали в 1% растворе OsO₄, обезвоживали в ацетоне и заключали в эпон-аралдит. У контрольных животных в клетках покровно-ямочного эпителия ядро, как правило, с гомогенной нуклеоплазмой,

представляющей собой эухроматин. Умеренно развиты структуры эндоплазматической сети. Комплекс Гольджи расположен в супрануклеарной зоне. Секреторные гранулы мелкие, вблизи комплекса Гольджи. У экспериментальной группы в исследуемых клетках их апикальная часть, обращенная к просвету, шире, базальная часть значительно уже. Ядро располагается базально, округло-овальной формы. Клетки в апикальной части насыщены готовыми к экскреции, слизистыми гранулами. Циклоферон стимулирует выделение секреторных гранул из ямочных клеток. при этом их относительный объем уменьшается, а относительный объем комплекса Гольджи возрастает по сравнению с контролем. Последнее свидетельствует об увеличении процессов образования слизистого секрета.

СТРУКТУРНО МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИТОХОНДРИЙ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА КРЫС ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ ВВЕДЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ

Четверикова А.Ю. ,Федченко С.Н.

Научный руководитель – д-р биол.наук, проф. Федченко С.Н.

Луганский государственный медицинский университет

г. Луганск, Украина

Кафедра медицинской биологии

Цель работы - проанализировать структурно-метаболические изменения митохондрий эпителиоцитов СОЖ в условиях различных способов введения гидрокортизона.

Эксперименты проведены на 18 интактных (контроль) и 28 опытных крысах, получавших инъекции гидрокортизона в дозе 0,250мг, как внутримышечно(вторая серия),так и периартикулярно (третья серия) в правый коленный сустав; кратность – ежедневно, 4 дня подряд.

Объектом исследования служила слизистая оболочка желудка (СОЖ) крыс. Для световой микроскопии парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Для электронной микроскопии образцы СОЖ фундального и антрального отделов от всех экспериментальных животных фиксировали в 1% растворе OsO₄ на фосфатном буфере (рН= 7,2- 7,4), дегидрировали в серии спиртов возрастающей концентрации и заключали в смесь эпона и аралдита.

Во второй группе животных, получавших инъекции гидрокортизона внутримышечно в течение 4 дней, по сравнению с третьей группой, преобладали распространенные деструктивные изменения в митохондриях секреторных glanduloцитов. Отмечалось снижение плотности крист и повышение электронной плотности матрикса с очагами резкого уплотнения. Встречались группы более крупных митохондрий с просветленным матриксом и редуцированными, хаотично ориентированными кристами, миелиновые фигуры. Снижение АТФ с одновременным дефицитом внутриклеточной регенерации может способствовать снижению протективных свойств секреторных клеток и всего эпителиального пласта, что усугубляет развитие патологического процесса в СОЖ

Морфологія

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ РЕПАРАТИВНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ ПРИ КОРЕКЦІЇ ДІЇ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЧИННИКІВ

Будко Г.Ю., аспірант

Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. Романюк А.М.

Сум ДУ, кафедра нормальної анатомії

Актуальним питанням для вивчення є характер морфофункціональних змін репаративного остеогенезу в умовах корегування негативних впливів загальної гіпоксії, радіаційного опромінення, солей важких металів.

Нами була проведена науково-експериментальна робота по вивченню структурно-функціональних особливостей репаративного остеогенезу великогомілкової кістки білих щурів в умовах загальної гіпоксії під впливом радіаційного опромінення та солей важких металів. Виявлені глибокі деструктивні та дистрофічні зміни змусили нас провести пошук препарату, що допоміг би корегувати несприятливий несприятливі процеси в травмованій кістці. В своїх пошуках ми зупинились на препараті “Остеогенон”, який є новим широко використовуваним регулятором відновлення кісткової тканини.

Введення препарату “Остеогенон” на фоні несприятливої дії ендогенних та екзогенних чинників сприяє поліпшенню структурно-функціонального стану кістки та мозолі, збільшує мінеральну насиченість регенерату велико-

гомількової кістки, що дозволяє рекомендувати його для профілактики і лікування переломів в умовах комбінованої несприятливої дії внутрішнього та зовнішнього середовищ.

МОРФОГЕНЕЗ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В УМОВАХ КОРЕКЦІЇ ДІЙ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЧИННИКІВ

Гортинська О.М., аспірант

Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. Романюк А.М.

СумДУ, кафедра патологічної анатомії

Метою нашої роботи є вивчення корегуючи властивостей препарату "Кальцій Д3" на ріст та будову кісток скелету в умовах опромінення, вживання солей важких металів та загальної гіпоксії організму.

В експерименті було задіяно 45 щурів, яких розбили на 3 групи по 15 тварин в кожній. Першу серію склали інтактні щурі, другу серію на фоні гіпоксії опромінювали в дозі 0,2 Гр та з питною водою додавали солі важких металів протягом 1 місяця. Третій серії додатково давали "Кальцій Д3" в якості можливого коректора. Зміни в великогомількових та тазових кістках вивчали в терміни 1, 7, 14, 21 та 28 днів після закінчення експерименту.

Вивчаючи показники росту довгих та губчастих кісток другої серії ми помітили різке відставання від контролю довжини, ширини проксимального та дистального епіфізів та деяке збільшення ширини та передньо-заднього розмірів діафізу. Різко порушувалася будова епіфізарної пластинки росту, компактної речовини діафізу та губчастої речовини тазової кістки. Найбільші зміни виявлялись в терміни 1 та 7 днів після закінчення експерименту. Поступове відновлення росту та структури кісток не досягало показників контролю навіть через місяць.

Використання "Кальцій Д3" дозволило значно зменшити остеотоксичну дію солей важких металів, радіації та загальної гіпоксії. Остеометричні та морфометричні показники достовірно відрізняються від контролю тільки в терміни 1 та 7 днів. Гістоструктура діафізу, тазової кістки та епіфізарного хряща також не відрізняється від контролю вже в терміни 21 та 28 днів.

Таким чином, "Кальцій Д3" можна використовувати в якості коректора в умовах опромінення, навантаження солями важких металів та загальної гіпоксії організму.

СМЕРТНІСТЬ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ ЗА ДАНИМИ СУМСЬКОГО ОБЛАСНОГО ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОГО БЮРО

Білик О.П., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – канд. мед. наук, доцент Карпенко Л.І.

СумДУ, кафедра патологічної анатомії

Вступ. Захворюваність і смертність від туберкульозу займає одне з перших місць серед різних нозологічних форм інфекційних захворювань.

Метою дослідження було вивчення смертності хворих на туберкульоз, які померли в Сумському обласному туберкульозному диспансері у 2004 році.

Матеріалом для дослідження послужили 49 протоколів розтину померлих хворих на туберкульоз серед дорослого населення м.Суми та районів області.

Методом дослідження став статистичний аналіз результатів патоморфологічних досліджень, отриманих при проведенні розтинів на базі Сумського обласного патологоанатомічного бюро померлих хворих на туберкульоз.

Результати досліджень. Серед померлих хворих жінки становили - 20,41%, чоловіки- 79,59 %. Розглядаючи віковий аспект хворих слід відмітити, що хворі віком від 20 до 30 років становили-8,16%, від 31 до 40 років-14,29%, від 41 до 50 років - 32,66 %, від 51 до 60 років-10,20%, від 61 до 70 років-24,49%, від 71 до 80 років -10,20%. Серед жінок хворі працездатного віку становили 1/2 частину (5 із 10), серед чоловіків-3/4 частини (27 із 39) всіх померлих.

У м. Суми смертність становила - 42,86%, Сумському районі-18,38%, Буринському районі- 8,16%, Краснопільському районі-6,12%, у Кролевецькому, Тростянецькому, Путивльському, Білопільському районах відсоток померлих хворих становив 4,08 % у кожному. У таких районах як Роменський, Лебединський, Л.-Долинський, Глухівський кількість випадків смерті від туберкульозу становила 2,04%. Серед клініко- морфологічних форм туберкульозу було виявлено: дисемінований туберкульоз у 61,23%, фіброзно- кавернозний- 22,45%, інфільтративний- 6,12%, туберкульоз сечо - статевої системи- 4,08%, казеозна пневмонія, циротичний туберкульоз, осередковий туберкульоз був виявлений у 2,04% кожна форма. Патоморфологічні зміни в легенях були представлені деструктивними процесами, зонами некрозу і розпаду. Мали місце випадки розходжень клінічного і патологоанатомічного діагнозів, коли діагноз туберкульоз встановлюється під час розтину хворих , які знаходились на лікуванні у відділеннях лікувально-профілактичних закладів міста іншого профілю. Причиною розходжень є тяжкий стан хворих при поступленні в стаціонар, зумовлений швидкою генералізацією патологічного процесу, недостатнє обстеження хворого в зв'язку з короточасним перебу-

ванням у відділенні. Серед супутньої патології, яка була виявлена у хворих хронічний бронхіт зустрічався у 48,98% випадках, хронічна ішемічна хвороба серця – 32,65%, цукровий діабет- 6,12%, були виявлені поодинокі випадки хронічного отиту, хронічної виразки 12- палої кишки, рак шийки матки, хронічний пієлонефрит, сифіліс.

Висновок. Великий відсоток серед померлих хворих від туберкульозу це люди працездатного віку. Частіше це чоловіки у віці від 41 до 50 років. На першому місці по смертності від туберкульозу знаходиться м. Суми та Сумський район, у яких кількість померлих хворих становить разом 61,24%. Найбільший відсоток серед форм туберкульоз припадає на дисемінований туберкульоз і складає 61,23%. Найчастіша супутня патологія, яка є несприятливим фоном для перебігу туберкульоз у більшості померлих хворих, є хронічний бронхіт, що становить 48, 98% .

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ СМЕРТНОСТІ В БАГАТОПРОФІЛЬНІЙ ЛІКАРНІ

Самодахова Л.О., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – канд. мед. наук, доцент Карпенко Л.І.

СумДУ, кафедра патологічної анатомії

Вступ. Оцінка роботи лікувального закладу базується на його кількісних і якісних показниках діяльності. Особлива увага приділяється вивченню структури смертності померлих хворих, які знаходились на лікуванні у цьому закладі протягом року.

Метою дослідження було вивчення структури смертності у відділеннях Сумської обласної клінічної лікарні.

Матеріалом для дослідження були 128 протоколів розтинів померлих хворих за 2004 рік.

Методом дослідження став статистичний аналіз патоморфологічних досліджень, отриманих при проведенні розтинів.

Результати досліджень. Всі розтини померлих хворих з усіх відділень лікарні були проведені на базі Сумського обласного патологоанатомічного бюро.

Злоякісні новоутворення різних локалізацій з однаковою частотою зустрічались у чоловіків і жінок і становили 10,94% (14 випадків).

Злоякісні захворювання крові становили 20,31%(26 випадків) і були відмічені у чоловіків від 29 до 70 років, а у жінок від 25 до 65 років.

Гострі порушення мозкового кровообігу мали місце у 21 випадку, що становило 16.41%. Серед них 10 чоловіки віком від 49- до 85 років; 11-жінки віком від 40 до 79 років.

Серед померлих від цирозу печінки було 8 випадків, що становило 6,25%, із них 7 були чоловіки віком від 38 до 60 років,

Смерть від кровотечі, викликаної хронічною виразкою 12- палої кишки становила 3,13% (4 випадків).

Хронічний панкреатит став причиною смерті у 5 хворих (3 з них - це чоловіки віком 43 роки; 1 хворий 63 років; 1 жінка віком 43 роки).

Смертність від захворювань нирок становила 5,47%(7 випадків), переважно це були чоловіки віком від 21 до 65 років.

Захворювання органів дихання стали причиною смерті у 6 хворих, що склало 4,69%

Крім цього були зареєстровані поодинокі випадки смерті від інших захворювань, таких як: ревматизм; алкогольний жировий гепатоз; розшаровуюча аневризма аорти; розповсюджений псоріаз; обтуруючий тромбоз аорти; розповсюджений атеросклероз аорти ; вульгарна пухирчатка ;перфорація товстої кишки стороннім тілом; гранулематоз Вегенера; ревматоїдний поліартрит; хронічний гнійний гемісинусит; дилатаційна кардіопатія; псевдомембранозний тотальний коліт у поєднанні з інфільтративним туберкульозом верхньої долі лівої легені.

Смертність від таких захворювань як: туберкульоз, тромбофлебіт; хронічний калькульозний холецистит; цукровий діабет; складала (2 випадки- 1,56% з кожної нозологічної форми). Флегмони різних локалізацій становили (3 випадки)2,34%; тромбоз мезентеріальних судин і аденома простати (4 випадки кожна форма) 3,13%.

Висновок. Серед всіх нозологічних форм, які викликали смерть, на першому місці знаходяться злоякісні захворювання внутрішніх органів різної локалізації і пухлинні захворювання крові. Всі вони становлять 25% . На другому місці – гострі порушення мозкового кровообігу 16.41%.Третє місце займають хвороби органів травлення цирози печінки, панкреатити, виразкова хвороба 12- палої кишки) – 14,07%. Слід підкреслити, що від таких захворювань як цироз печінки, панкреатит, пневмонія, лейкоз , частіше помирають чоловіки. В порівнянні з жінками смертність їх становить 70,45%

ВПЛИВ ПУХЛИННОГО ПРОЦЕСУ НА МАКРО- І МІКРОЕЛЕМЕНТНИЙ СКЛАД М'ЯКИХ ТКАНИН

Фреїва Г.В., Москаленко Р.А., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – проф. Романюк А.М.

Сумський державний університет, кафедра патологічної анатомії

Вступ. Як відомо, при злоякісному та доброякісному пухлинному рості спостерігаються зміни метаболізму в клітинах, які зазнали онкогенної трансформації. Всі зміни носять кількісний характер і стосуються концентрації іонів, активності ферментів та ферментних систем, до складу яких макро- і мікроелементи входять як коферменти.

Метою роботи було вивчення змін вмісту кальцію, заліза, міді, цинку в тканинах молочної залози, матки і її придатків, шкіри, м'яких тканин стегна за умов пухлинного росту.

Матеріали і методи Дослідження проведено на 55 зразках тканин, взятих під час операцій з приводу пухлин молочної залози, матки і придатків, шкіри, м'яких тканин стегна. Шматок тканин розміром 5x5x1 мм отриманої під час операції, висушували до постійної ваги в сухо жаровій шафі при температурі 105°C спалювали до утворення попелу. 10 мг попелу розчиняли і випаровували в концентрованій азотній кислоті, а потім доводили кипіння в соляній кислоті. Отриманий розчин розводили в 10 мл бідистильованої води. Концентрація названих хімічних елементів визначалася на спектрофотометрі в атомно-абсорбційному режимі.

Результати і висновки. Виявлено підвищення вмісту кальцію в пухлинах молочної залози та придатків матки в 2 рази в порівнянні з нормальною тканиною. Помічено деяке зниження рівня міді та заліза в тканинах злоякісних пухлин.

Отримані результати підтверджують наявність порушень обміну речовин в клітинах пухлин. Кальцій, залізо, мідь входять до складу ферментів і їх зміни свідчать про відповідні зрушення в енергетичному обміні, антиоксидантному захисті клітин при пухлинному рості.

ВМІСТ КАЛЬЦІЮ, ЗАЛІЗА, МІДІ, ЦИНКУ В ТКАНИНАХ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ДЕЯКИХ ФОРМАХ ЇЇ ВОГНИЩЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ

Москаленко Р.А., Фреїва Г.В., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – проф. Романюк А.М

Сумський державний університет

Кафедра патологічної анатомії

Вступ. Сучасні дослідження вмісту макро- і мікроелементів в тканинах молочної залози (МЗ) за умов її проліферативної патології нечисленні, незважаючи на значну зацікавленість вчених медиків питаннями патогенезу пухлинних захворювань МЗ. Особливо актуальне це питання у зв'язку зі зростанням захворюваності на рак та доброякісні пухлини МЗ за останнє десятиліття.

Метою роботи було визначення вмісту кальцію, заліза, міді, цинку в тканинах МЗ за умов її проліферативної патології.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на 42 зразках паренхіми МЗ, взятих під час операцій з приводу проліферативних захворювань. Шматок тканини розміром 5x5x1 мм висушували до постійної ваги в сухожаровій шафі при температурі 105 °С, спалювали в муфельній печі до утворення попелу. 10 мг попелу розчиняли і випаровували в концентрованій азотній кислоті до утворення сухого залишку, який доводили до кипіння в соляній кислоті. Отриманий розчин розводили в 10 мл бідистильованої води.

Концентрацію хімічних елементів визначали на спектрофотометрі в атомно-абсорбційному режимі.

Результати і висновки. Виявлено, що при доброякісних проліферативних захворюваннях МЗ рівень кальцію в середньому становив 2,35 мг/л, а у випадках злякисного росту складав 4,83 мг/л, що у 2 рази більше. Показники вмісту міді, цинку та заліза у випадках злякисного, доброякісного та нормального росту не дали можливості достовірно визначити тенденції зміни цих хімічних елементів.

Отримані результати вказують на можливу роль кальцію в патогенезі гіперпластичних злякисних утворень в МЗ.

ОСОБЛИВОСТІ РОСТУ КІСТОК СКЕЛЕТУ ПРИ ОПІКОВІЙ ХВОРОБІ НА ФОНІ ВЖИВАННЯ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ

Чайка О.А., студ. 4-го курсу; Галян Я.С., студ. 2-го курсу

Науковий керівник – асист. Моїсеєнко О.С.

СумДУ, кафедра патанатомії з курсом судової медицини

Опікова хвороба моделювалася на білих щурах-самцях, які на протязі 1 місяця вживали воду, насичену солями важких металів. Об'єктами дослідження були стегнова кістка, грудний хребець, тазова кістка. Проводилося остеометрія кісток з подальшим гістологічним дослідженням кісткової та хрящової тканини тварин молодого, зрілого та похилого віку.

Встановлено, що структурні зміни клітинних елементів кісткової та хрящової тканини при опіковій хворобі на фоні інтоксикації організму солями важких металів, погіршення функціональної активності внутріклітинних органодів, пригнічення пластичного та енергетичного метаболізму приводять до порушення гомеостазу всіх компонентів кісткової системи, негативно впливаючи на ріст та формування кісткового скелету. В першому періоді протікання опікової хвороби при дослідженні ростових процесів просліджується незначне сповільнення поздовжнього та поперечного росту всіх досліджуваних кісток лише в тварин молодого віку. Через 7,14,21,30 днів після опікової травми спостерігається подальше зменшення остеометричних показників в молодих щурів. В тварин зрілого віку відставання від контролю в сторону зменшення поздовжніх та поперечних розмірів кісток починає спостерігатися з 7 дня і більше виражене в період опікової септикотоксемії. При дослідженні трубчастих та губчастих кісток щурів похилого віку, спостерігається прогресування остеопоротичних змін, яке проявляється через 21-30 днів після опікової травми.

Виявлені показники свідчать, що при опіковій хворобі на фоні впливу на організм солей важких металів відбувається сповільнення ростових процесів кісток скелету, зменшення остеометричних показників залежить від віку та стадії перебігу хвороби.

ПОРУШЕННЯ РОСТОВИХ ПРОЦЕСІВ У КІСТКАХ СКЕЛЕТА В УМОВАХ МІКРОЕЛЕМЕНТОЗІВ

Романюк К.А., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. Сікора В.З.

СумДУ, кафедра нормальної анатомії

Дослідження проведені на 90 статевозрілих лабораторних тваринах (білі пацюки), які вживали з питною водою солі міді, цинку (I група); марганцю, свинцю, міді (II група); свинцю, хрому, цинку (III група). Тривалість експерименту складала 1 місяць. Дослідження проводили через 1, 7, 14, 21 день та 1 місяць після закінчення експериментів. Остеометрія трубчастої, губчастої та плоскої кісток виконувалася за W.Duerst. Одночасно вивчали зміни у компактній речовині діафізів великогомілкової кістки, у губчастій речовині поперекових хребців, епіфізарному хрящі трубчастих кісток. Гістологічні препарати фарбували гематоксилін – еозином, пікрофуксином за Ван Гізоном та тіоніном.

Зразу ж після закінчення експерименту результати остеометрії показали пригнічення ростових процесів у всіх досліджуваних кістках. При цьому поздовжні розміри стегнової, тазової кісток та поперекового хребця відстають від інтактних тварин відповідно на 4-6%.

Через тиждень після початку експерименту остеометричні дані засвідчують ще більше пригнічення ростових процесів у трубчастих, губчастих та плоских кістках скелета. У компактній та губчастій речовині морфометричні показники відрізняються між собою у групах експериментальних пацюків та у порівнянні з інтактними тваринами. У епіфізарному хрящі виявлено пригнічення проліферативної активності хондроцитів, зміну фарбування основної речовини, звуження ростової пластинки.

Спостереження за тваринами впродовж 14 днів показали, що негативні зміни нарастають. У губчастій речовині хребців, метафізів виявляються ознаки пригнічення остеогенезу особливо у третій групі експериментів. Зі сторони епіфізарного хряща відмічається зниження проліферативної активності хондроцитів, звуження ширини епіфізарного хряща на 10-18%.

На 21 день експерименту відставання ростових процесів від інтактних тварин не зникають і найбільше спостерігаються у третій групі. Гістологічна картина компактної та губчастої речовин характеризується ознаками пригнічення кісткоутворювання. У епіфізарному хрящі гальмуються проліферативні процеси та виявляються ознаки дистрофічних змін у хрящових клітинах та проміжній речовині.

Місячний термін спостереження за експериментальними тваринами засвідчив наявність дистрофічних змін у кісткових та хрящових клітинах, пригнічення проліферативних процесів у хрящах. При порівнянні ростових змін між окремими експериментальними групами виявлено найбільше про-

гресування негативних морфологічних перетворень під впливом мікроелементозів у тварин, які вживали солі свинцю, хрому і цинку.

Таким чином, техногенні мікроелементози мають негативний остетропний ефект, який зумовлює пригнічення ростових процесів у кістках скелета.

ВАРІАНТИ КІНЦЕВИХ ГІЛОК ПЛЕЧОВОЇ АРТЕРІЇ

Базін М.Є., студ. 3-го курсу

Науковий керівник - доц. Устянський О.О.

СумДУ, кафедра нормальної анатомії

Нами раніш (Базін М., 2003) повідомлялось про варіант кінцевих гілок плечової артерії, при якому променева артерія відходила від плечової у верхній третині плеча. Вивчаючи методи препарування індивідуальні особливості артерій верхньої кінцівки, ми виявили варіант, при якому ліктьова артерія відходила від плечової в середній третині плеча. Вона мала значно менший діаметр, ніж при звичайному варіанті відходження, та майже не віддавала гілок на всьому протязі до проникнення на кисть. Відразу є після відходження від стовбуру плечової артерії, ліктьова артерія в супроводі двох вен-супутниць розташовувалась на передньо-присередній поверхні двоголового м'язу плеча, прямуючи до ліктьової ямки. В ліктьовій ямці вона заходила під апоневроз двоголового м'язу плеча. Вийшовши на передпліччя, вона пробивала черевце довгого долонного м'язу та поруч з сухожилком цього м'язу прямувала до утримувача м'язів-згиначів. Через ліктьовий канал зап'ястка поруч з одноіменним нервом вона виходила на долоню та формувала невелику за розмірами і діаметром поверхневу долонну дугу. Вивчені основні морфометричні параметри цієї артерії. Виявлений нами варіант необхідно враховувати при хірургічних втручаннях в області плеча та передпліччя.

МОРФОЛОГИЯ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ ПРИ ОБЩЕМ ОБЛУЧЕНИИ

Болотная М.А., студ. 1-го курса

Научный руководитель - ст. препод. Болотная И.В.

СумГУ, кафедра нормальної анатомії

Серия опытов проводилась на 30 белых беспородных крысах, которые подвергались облучению в дозе 0,3 Гр с интервалом 10 дней. В ранних стадиях поражения после облучения в печени обнаружено активацию биосинтеза информационной РНК. Это связано с активированием системы ферментов, а также с проницаемостью клеточных мембран. Установлено, что доза 0,3 Гр вызывает у белых крыс повышение активности триптофанпиразы.

Полученные данные показали, что на седьмой день после однократного облучения в паренхиме печени наступают функциональные изменения, которые можно уловить, используя некоторые показатели. Уменьшение количества общего белка обусловлено при облучении изменениями в проницаемости клеточных мембран для белков, аминокислот и форменных элементов и нахождение их вне кровеносных сосудов.

Обнаруженные на 15-й день сдвиги, несмотря на нормализацию количества общего белка свидетельствует об углублении патологического процесса в печени, что отражается на ее функциональном состоянии. Это показывает, что печень не остается вне патологического процесса при лучевом поражении, причем, эти поражения имеют фазовый характер.

После общего облучения наблюдается гиперплазия куперовских клеток, обнаруживаются некротические очаги, резко выражена жировая дегенерация. В митохондриях гепатоцитов возникают изменения, выражающиеся в уменьшении количества гликогена и увеличении липидов. В крупноядерных и в некоторых гепатоцитах с обычной величиной ядер выражены явления некробиоза. Купферовские клетки увеличены в размерах и часто имеют большие ядра. В этих ядрах хроматин концентрируется под оболочкой. Некоторые ядра - овальные, их хроматин не воспринимает окраску, малозаметен на общем базофильном фоне бесструктурной массы ядра. В области очагов некроза погибают элементы ретикуллоэндотелия. На 9-10 сутки после облучения в паренхиме печени отмечаются большие участки некроза. Клетки с большими ядрами отсутствуют. Ткань печени не содержит клеток, встречаются лишь их "тени".

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОВГИХ КІСТОК ПРИ ЗАГАЛЬНОМУ ЗНЕВОДНЕННІ ОРГАНІЗМУ

Бончев С.Д., студ. 1-го курсу

Науковий керівник - доц. Полякова В.І.

СумДУ, кафедра нормальної анатомії

Кістка, крім опорно-локомоторної та захистної функції, забезпечує підтримання водно-сольового гомеостазу в організмі. Зміна внутрішнього і зовнішнього середовища суттєво відбивається на кістках скелету. Одним із факторів, що мають вплив на будову кісток, є зневоднення організму. Як відомо, без води неможливі життєві перетворення, адже саме вода зумовлює обмін і дисоціацію електролітів, звільняє іони, які переносять електричні заряди.

Метою роботи було визначити структурні зміни кісток за умов середнього ступеня загального зневоднення.

Дослідження проведено на 30 білих щурах - самцях віком біля 3 місяців з масою тіла 190-210 г.

При середньому ступені загального зневоднення проведена остеометрія вказує на недостовірну різницю між величинами кісток експериментальних та контрольних груп тварин.

Затримка росту довгих кісток у довжину є наслідком сповільнення функції зони росту кістки - епіфізарної хрящової пластинки, що підтвердили гістоморфометричні дослідження. Клітини невеликих розмірів, клиноподібної форми з ексцентрично розташованим ядром. В напрямку повздожньої осі кісток вони розділені незначним прошарком сполучної тканини. На відміну від препаратів контрольної групи стовичаста структура хряща експериментальних тварин на цей день втрачає свою структурність і клітини зменшені, попадаються хондроцити з пікнотичними ядрами, колонки клітин втрачають свою суворо повздожню орієнтацію, сповільнення процесів розвитку хрящових клітин викликає розширення зони дефінітивного хряща: хондроцити цієї зони зменшені, але збільшуються їх кількість.

Отже, середній ступінь загального зневоднення організму викликає морфологічні зміни основних складових структур довгих кісток.

МОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ ЕПІФІЗАРНОГО ХРЯЩА В РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ

*Ярмак Н.В., Резнікова Є.В., Майстренко О.І., студ.1-го курсу
Науковий керівник - асп. Погорєлов М.В.
СумДУ, кафедра нормальної анатомії*

Останнім часом вивченню змін кісткової системи присвячено велику кількість робіт. Серед методів, що використовуються для дослідження змін в кістках найбільш розповсюдженим є метод морфометрії.

Нами проведено вивчення динаміки морфометричних показників наросткового хряща щурів молодого та статевозрілого віку. Для дослідження використано 20 тварин, які були поділені на 2 групи. Першу склали щурі молодого віку (1 місяць) - 10 тварин, другу - статевозрілі щурі у віці 5 місяців. Для дослідження забирались великогомілкові кістки, виготовлялись гістологічні препарати проксимального наросткового хряща. За допомогою світлового мікроскопу та пакета прикладних програм проводилась морфометрія хряща, яка включала загальну ширину, ширину зон індиферентного, проліферуючого, дефінітивного хряща та шару деструкції.

Зі збільшенням віку тварин відбувається звуження загальної ширини хряща на 42,3 мкм. Ширина зони індиферентного хряща залишається без змін. Загальне звуження відбувається в основному за рахунок ширини проліферуючої зони, яка з віком зменшується на 38,1 мкм та зони дефінітивного хряща - на 31,9 мкм. Зона деструкції зменшується незначно - на 12,4 мкм.

Таким чином зі збільшенням віку щурів відбувається зменшення ширини наросткового хряща великогомілкових кісток, яке відбувається в основному за рахунок зони проліферуючого та дефінітивного хрящів.

ІНДИВІДУАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ІННЕРВАЦІЇ ШКІРИ ТИЛУ КИСТІ

Пучков Б.О., студ. 4-го курсу

Науковий керівник - доц. Устянський О.О.

СумДУ, кафедра нормальної анатомії

Як відомо (Сапін М.Р., 1993) іннервація шкіри тилу кисті відбувається за рахунок гілок променевого та ліктьового нервів. Шкіру на тильній стороні середньої та дистальної фаланг II - III пальців іннервують долонні пальцеві гілки серединного нерва. У виявленому нами варіанті іннервація шкіри тилу кисті відбувалася за рахунок гілок виключно променевого нерва. Досягнувши рівні бічного надвиростку плечової кістки, променевий нерв у межах передньої бічної борозни ліктьової ямки розгалуджувався на поверхневу та глибоку гілки. Поверхнева гілка розташовувалась на присередній поверхні плече-променевого м'язу дещо назовні від одноім'яної артерії. В нижній третині передпліччя поверхнева гілка відхиляється назовні між сухожилками плечопреневого м'язу та довгого променевого розгинача зап'ястка, виходила на тил передпліччя. Дещо вище рівня променево-зап'ясткового суглобу поверхнева гілка розгалуджувалася на два стовбури. Один із них, бічний, віддавав тильні пальцеві гілки до I пальця та до променевої сторони II пальця. Другий, присередній, розгалуджувався на 6 гілок до тильної поверхні кисті та III - V пальців. Виявлений нами варіант іннервації шкіри тилу кисті необхідно враховувати у неврологічній та хірургічній практиці.

ЗМІНИ ХІМІЧНОГО СКЛАДУ ДОВГИХ КІСТОК ЩУРІВ ПІСЛЯ ТРЕНУВАННЯ ПОМІРНИМИ ДИНАМІЧНИМИ ФІЗИЧНИМИ НАВАНТАЖЕННЯМИ В УМОВАХ ШКІДЛИВИХ ЧИННИКІВ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА СУМЩИНИ

Шепелев А.Є.

Науковий керівник – проф. Сікора В.З.

Метою нашої роботи було вивчення вмісту макро- та мікроелементів в кістках щурів після комбінованої дії екологічних чинників на протязі місяця на тлі динамічного характеру. Моделювання динамічних фізичних навантажень здійснювали в третбані за методикою В.В. Алексеева та В.І. Без'язичного(1969). На атомному абсорбційному спектрофотометрі С-115 М за загальноприйнятою методикою визначали кількість кальцію, натрію, магнію, міді, марганцю, цинку, хрому, свинцю.

Експериментальні тварини були поділені на 2 групи. Першу групу тренуваних тварин (15 щурів) опромінювали на установці "Rocus", в сумарній дозі 0,2 Гр протягом місяця. Одночасно щурі отримували з питною водою солі цинку, свинцю та хрому. Друга група (15 щурів), відрізнялися від першої зміненою дозою опромінення 0,3Гр. Контрольна група тварин (10 щурів),

протягом місяця виконувала помірні фізичні динамічні навантаження в трет-бані.

Хімічний аналіз кісток експериментальних тварин свідчать, що в першій серії вологість в порівнянні з контролем більша на 4,52%, в другій серії збільшилася на 5,73%. Вміст мінеральних речовин, кальцію, магнію, марганцю в першій серії менший на 5,33%, 5,64%, 2,74%, 6,55%, в другій серії - на 6,76%, 7,91%, 3,66%, 4,02%, відповідно. Одночасно зростає вміст в першій серії натрію на 3,53%, калію на 3,20%, міді на 5,66%, цинку на 4,4%, хрому на 1,15%, свинцю на 0,65%. В другій серії показники вищі в порівнянні з контролем на 4,07%, 3,79%, 6,37%, 4,89%, 1,37%, та 4,75%, відповідно.

Проведені дослідження дають можливість зробити такі висновки: помірні динамічні навантаження викликають адаптаційні зміни в кістковій тканині і є нівелюючим чинником впливу опромінення та важких металів на хімічний склад кісток скелета.

ХІМІКО-АНАЛІТИЧНІ ПОКАЗНИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО РЕГЕНЕРАТУ КІСТОК В УМОВАХ ІОНІЗУЮЧОГО ОПРОМІНЕННЯ ТА СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ

Шишук Д.В. – 3-го курсу; Сизоненко Ю.В., студ. 2-го курсу

Науковий керівник – асист. Ткач Г.Ф.

Кафедра нормальної анатомії СумДУ

В досліді на 48 білих щурах вивчали хіміко-аналітичні показники посттравматичного регенерату великогомілкової кістки при хронічному опроміненні та інтоксикації солями важких металів.

I група - експериментальні тварини після моделювання перелому кістки піддавалися опроміненню (0,2Гр) і отримували підвищені дози солей цинку, міді, свинцю і хрому.

II серія - 24 щура слугували контролем.

На сьомий день при опромінюванні в дозі 0,2 Гр і вживанні води з підвищеним вмістом солей важких металів, кількість кальцію в кістковій мозолі експериментальних тварин значно менше (на 10,42% ($p < 0,001$)) від контрольних показників, що призводить до зменшення вмісту мінеральних речовин на 9,37% ($p < 0,01$). Одночасно, в результаті накопичення надмірної кількості води (на 10,85% ($p < 0,05$)) більше від контрольної групи), збільшується кількість гідрофільного натрію (на 9,35% ($p < 0,01$)), калію (на 8,24% ($p < 0,001$)), магнію (на 8,75% ($p > 0,05$)), міді - на 2% - 3% ($p > 0,05$), а цинку - на 7% - 9% ($p > 0,05$), що природньо. Кількість свинцю через 7 днів збільшується в порівнянні з контролем на 10,52% ($p < 0,05$), через 14 - на 7,84% ($p < 0,01$), через 21 - на 6,39% ($p < 0,001$) і через 30 - на 6,05% ($p > 0,05$). Подальше збільшення дози солей важких металів в організмі призводить до ще більшої декальцинації і збільшення гідрофільності кісткової мозолі на

22,85% ($p < 0,01$), що призводить до зниження загальної кількості неорганічних речовин.

Таким чином, під впливом загального опромінювання організму і солей важких металів відбувається прогресуюча демінералізація кісткової мозолі за рахунок зменшення вмісту в ній кальцію із збільшенням гідрофільності регенерату і кількості калію, натрію і магнію. Обмін мікроелементів змінюється незначно і залежить від складу споживаних з питною водою солей.

МЕТОДИКА ФІКСАЦІЇ ПРЕПАРАТІВ ПЛОДІВ ЛЮДИНИ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО МОРФОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Ахтемійчук Ю.Т., Цигикало О.В., Скорейко П.М.

Науковий керівник – проф. Ахтемійчук Ю.Т.

Буковинська державна медична академія,

кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії

Комплексне морфологічне дослідження органів та структур препаратів плодів людини потребує правильної їх фіксації. Найчастіше використовують розчини на основі формаліну (40% розчину газоподібного формальдегіду). При тривалому зберіганні в розчині концентрованого формаліну випадає білий осад – полімер формаліну, який розчиняли нагріванням до 55°C на водяній бані протягом однієї доби. Для фіксації готували три види розчинів формаліну: 5%, 10% та забуферений нейтральний розчин (формалін концентрований (40% розчин) – 100 мл, дистильована вода – 900мл, однозаміщений натрія фосфат – 4 г, безводний двозаміщений натрія фосфат – 6,5%). Перед фіксацією забирали матеріал для гістологічного дослідження і фіксували його в забуференому нейтральному формаліні. Для запобігання забрудненню розчину кров'ю, меконієм, фрагментами плодових оболонок, ін'єкційними сумішами і розчинниками свіжий препарат ретельно промивали і, обережно розітнувши порожнини тіла невеликими розрізами, поміщали в 5% формалін для “проміжної” фіксації при 5-10°C на 2-3 доби. В порожнини тіла плода вводили ірігатори. Для імобілізації кінцівок плодів у фронтальній площині їх тіл застосовували спеціальний каркас. Завдяки цьому надалі значно полегшувались рентгенографічні, антропометричні дослідження та препарування. Перед заключною фіксацією робили оглядові рентгенівські знімки, у разі потреби – обережно видаляли заповнені контрастною речовиною органи, тінь від яких на рентгенограмах перекривала структури, що вивчаються. Остаточ-

на фіксація і зберігання препаратів між етапами дослідження тривали в “основному” фіксуєчому розчині - 10% формаліні.

**МЕТОДИКА ВИВЧЕННЯ ТОПОГРАФІЧНОЇ АНАТОМІЇ
ОРГАНОКОМПЛЕКСІВ ПЛОДІВ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ
ЛЮДИНИ РЕНТГЕНПОЛІКОНТРАСТНОЮ ІН'ЄКЦІЄЮ
СУДИН ТА ПОРОЖНИСТИХ ОРГАНІВ**

Ахтемійчук Ю. Т., Цигикало О. В., Лісничок С. О.

Науковий керівник – проф. Ахтемійчук Ю. Т.

Буковинська державна медична академія,

кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії

Особливості форми будови, синтопії, скелетотопії судин та порожнистих органів нефіксованих плодів та новонароджених людини досліджували за допомогою рентгенполіконтрастної ін'єкції цих структур з наступним виготовленням і вивченням рентгенограм. Для наливки ін'єкції анатомічних структур, що досліджувалися, використовували трихкомпонентні суміші, до складу яких входить клей БФ-2, ксилол та рентгенконтрастні речовини різної молекулярної маси, які по-різному поглинають рентгенівські промені (залізний сурик, свинцевий сурик, барій сірчаноокислий). Сухий розтертий у фарфоровій ступці порошок контрастної речовини заливали клеєм БФ-2, ретельно розмішували і додавали ксилол. Ін'єкцію артерій здійснювали сумішшю на основі свинцевого сурика через катетер, встановлений в грудну аорту з лівої плевральної порожнини. Доступ – лівобічна торакотомія у червертому міжреберному проміжку. Ін'єкцію вен проводили через пупкову вену сумішшю на основі залізного сурика. Порожністі органи наливали сумішшю на основі барію сірчаноокислого. На рентгенограмі можна було диференціювати артерії, вени та порожністі структури за різницею контрастного зображення, що дозволяло комплексно вивчати особливості топографії певного органокомплексу.

**ВЛИЯНИЕ ЭРБИСОЛА НА ОРГАНЫ ЭНДОКРИННОЙ И
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ
СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

Андыбура Н. Ю., Рогозина О. В., Степанова О. В.

Научный руководитель – проф. Каширина Н. К.

Крымский государственный медицинский университет

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

В структуре общей заболеваемости населения в настоящее время значительный удельный вес составляют болезни, которые выделены как микроэлементозы. Тяжелые металлы, и особенно соединения свинца, являются наиболее распространенными ксенобиотиками, обладают политропностью, имеют

длительный период полувыведения и негативные отдаленные последствия для здоровья.

Хроническая свинцовая интоксикация (ХСИ) моделировалась на 2-х поколениях мышей- самцов линии BALB/c. Животным 2-го поколения ежедневно вводили водный раствор ацетата свинца в течение 30 суток (1-я группа), а также параллельно с введением ацетата - подкожно препарат «Эрбисол» (2-я группа), 3-я группа животных служила контролем. Материал изучен методами световой, электронной микроскопии, морфометрии с использованием оптического анализатора изображения.

При ХСИ развиваются изменения в паренхиме и васкулярном компонентах аденогипофиза, надпочечников и поджелудочной железе у животных 1-й группы. Изменения эндотелиоцитов протекают по типу гидropической дистрофии, сопровождаются истончением базальной мембраны гемокапилляров, развитием выраженных стазов и сладжей. В паренхиме выявлены тотальные дистрофические изменения, которые в ряде случаев завершаются некрозом клеток. Морфометрическими методами установлено резкое снижение числа митохондрий и уменьшение профильного поля на 24, 47-36,5%, увеличение диаметра и периметра ациноцитов соответственно на 14,95% и 14,17%.

Применение «Эрбисола» обеспечивает протекторный эффект на структуры паренхимы и васкулярный компонент изученных органов. В кортикотропocyтaх и кортикоцитах общая площадь поперечного сечения митохондрий увеличена на 15,65% и 11,48% по сравнению с 1-й группой, из них только 18,45% и 12,04% имеют признаки тотальной деструкции. В ациноцитах поджелудочной железы отмечается умеренное увеличение диаметра и периметра ядрышек, на 17,92% и 19,01% соответственно.

Полученные данные свидетельствуют о выраженном положительном протекторном действии «Эрбисола» на структурные компоненты аденогипофиза, надпочечника и поджелудочной железы.

ГИСТОРАДИОАВТОГРАФИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.

Купца Е.И., Каширина Н.К.

Научный руководитель – проф. Каширина Н.К.

*Крымский государственный медицинский университет
им.С.И.Георгиевского, кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии*

Печень, как ключевое звено процессов детоксикации в организме, является мишенью для многих ксенобиотиков, в том числе для солей тяжелых металлов. Соединения свинца доминируют среди тяжелых металлов и, поступая в организм в субтоксических дозах, обладают способностью к кумуляции и плейотропным токсическим действием, активируют реакции ПОЛ, нару-

шают структури мембран, звязуються з SH-групами інгібурую ферментні системи.

Наше дослідження проведено на 2-му поколінні лінійних мишей – самців BALB/c, які отримували щодня ацетат свинцю в дозі 10 мг/кг на протязі 90 днів. Друга група з 5 мишей була контролем. При хронічній свинцевій інтоксикації (ХСИ) спостерігаються зміни, що стосуються паренхіматозного, стромального і васкулярного компонентів печіночної дольки. Печіночні пластинки в дольках втрачають типову радіальність розташування, що обумовлено появою локальних некрозів паренхіми і зменшенням числа анастомозів між пластинками. Синусоїдні капіляри різко звужені в результаті збільшення числа околосоудистих клітин і вмісту волокон в перисинусоїдальному просторі. Вміст околосоудистих клітин становить 66,06% і вище, ніж в контрольній групі (57,22%). Індекс мечених клітин (ІМК) околосоудистих клітин зростає (162,91%) порівняно з даними в контрольній групі (96,27%). Гепатоцити піддаються гідропічній і балонній дистрофії, що супроводжується суттєвим збільшенням ІМК світлих гепатоцитів до 79,16%, тоді як у тварин контрольної групи цей показник становить лише 43,31%. Однак, на периферії долек практично відсутня резервна популяція малих темних гепатоцитів. Кількість двоядерних темних гепатоцитів при ХСИ (6,51%) нижче, ніж в контролі: кількість світлих гепатоцитів становить 7,69%, а темних – 12,89%.

Таким чином, ХСИ організму обумовлює розвиток дистрофічних і деструктивно-некротических змін в паренхімі долек печінки, проліферативними змінами стромальних елементів, які протікають паралельно з формуванням адаптаційних і компенсаторно-приспособительних процесів, створюючи пре- або коморбідний фон в ряду патологічних станів печінки.

КРОВОПОСТАЧАННЯ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПЛОДІВ ЛЮДИНИ

*Слободян О.М., Смоляк М.П., Візнюк В.В.
Науковий керівник – проф. Ахтемічук Ю.Т.*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці
Кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії*

Дослідження виконані на 36 плодах від 4 до 10 місяців методами макромікропрепарування, рентгенографії, морфометрії. Встановлено, що крім основних джерел кровопостачання дванадцятипалої кишки (гілки спільної печінкової і верхньої брижової артерій), в окремих випадках виявляються і непостійні артерії. Діаметр їх не перевищує 0,1-0,3 мм. Частіше додаткові артерії трапляються у плодів 6-8 місяців.

На нашому матеріалі виділені такі додаткові артерії: для верхньої частини дванадцятипалої кишки – міхурова артерія (на 2 препаратах); для низхідної – власна печінкова (1), права ободова (2), селезінкова (1); для горизонтальної – права і середня ободові (1), клубово-ободова (1), артерії тонкої кишки (4), селезінкова (1); для висхідної – селезінкова (2), гілки черевної аорти (2). Гілки, які кровопостачають низхідну частину дванадцятипалої кишки, одночасно кровопостачають голівку підшлункової залози.

ВИВЧЕННЯ АНАТОМІЇ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ІН'ЄКЦІЇ РЕНТГЕНКОНТРАСТНОЇ МАСИ

Власова О.В.

Науковий керівник – проф. Ахтемійчук Ю.Т.

Буковинська державна медична академія

Кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії

Склетотопія та форма дванадцятипалої кишки вивчались за допомогою ін'єкції рентгенконтрастної маси з наступною рентгенографією. Для ін'єкції використовували суміш, яка складалась із силікатного клею, сурика та ефіру. Всі компоненти ретельно перемішували до отримання однорідної рентгенконтрастної суміші. Розкривали черевну порожнину, знаходили початковий відділ порожньої кишки, ретроградно через катетер вводили суміш. Після виготовлення рентгенограм вивчали особливості анатомії дванадцятипалої кишки.

УЛЬТРАЗВУКОВА АНАТОМІЯ ВОРОТАРНОЇ ЧАСТИНИ ШЛУНКА У НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ГРУДНИХ ДІТЕЙ

Заволович А.Й.

Науковий керівник – проф. Ахтемійчук Ю.Т.

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії

Ультрасонографічне дослідження воротарної частини шлунка дітей першого року життя проведено на базі Хмельницької міської дитячої лікарні. Обстежено 30 дітей обох статей без патології органів травлення. За допомогою апарата “Sonolayn G60S” фірми “Simens” (Німеччина) високошільним лінійним датчиком 7,5 МГц вимірювали довжину пілоричного каналу, його зовнішній та внутрішній діаметри. Дітей обстежували вранці двічі – до і після годування. Для візуалізації воротаря виявляли ліву частку печінки та підшлункову залозу. Пілоричну частину шлунка відсканували в поперечному зрізі, для чого датчик фіксували косогоризонтально. Дані морфометрії, одержані на трупному матеріалі аналогічного віку, зіставляли з ультрасонографічними параметрами.

УРОВЕНЬ КОНЦЕНТРАЦИИ АЦЕТАЛЬДЕГИДА ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКЕ

ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Бондаренко В.В., Вороной Ю.Ю.

*Харьковский государственный медицинский университет
Харьковское областное бюро судебно-медицинской экспертизы*

Целью исследования являлось установление возможности использования концентрации ацетальдегида (АцА) в крови и моче в качестве дополнительного диагностического критерия острого отравления алкоголем.

Материалом исследования послужили 96 трупов лиц. Первую группу составили 50 случаев отравления алкоголем, вторую, третью и четвёртую (контрольные) группы составили, соответственно, механическая травма (10 случаев), механическая асфиксия (17 случаев) и скоропостижная смерть (19 случаев). При этом, в контрольных группах, смерть регистрировалась на фоне алкогольного опьянения различной степени тяжести.

В каждом случае изучался уровень концентрации этанола и АцА в крови и моче методом газо-жидкостной хроматографии, предложенный А.Е. Успенским и соавт. (1982).

В результате исследования установлено, что во всех четырёх группах, независимо от причины смерти, наблюдалось увеличение концентрации АцА в крови и в моче. При этом, наиболее высокие концентрации АцА в крови наблюдались при относительно высоких концентрациях этанола в организме. В первой группе наиболее часто смерть наступала в фазе элиминации, где и регистрировались наибольшие концентрации АцА, что, по всей видимости, обусловлено особенностями танатогенеза алкогольной интоксикации. Кроме этого, установлена взаимосвязь уровня содержания АцА в крови со степенью алкогольного опьянения.

Таким образом, концентрация АцА в крови может быть использована в качестве дополнительного диагностического критерия острого отравления алкоголем.

КРИТИЧНІ ПЕРІОДИ У РОЗВИТКУ ГРУДНИННО-РЕБРОВОГО І ГРУДНИННО-КЛЮЧИЧНОГО СУГЛОБІВ У ПЕРЕДПЛОДІВ ЛЮДИНИ

Борчук А.В., Смірнова Т.В.

Науковий керівник – д-р мед.наук, Макар Б.Г.

Буковинська державна медична академія

Кафедра анатомії людини

Дані літератури свідчать про те, що 8 – 10 тижні пренатального онтогенезу являються критичним періодом, оскільки в цей момент здійснюється видова та статева диференціація ознак організмів. На восьмому тижні внутрішньоутробного розвитку в тілі ребра з'являється перша точка скостеніння (передпліді 28,0 – 30,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД)). У всіх випадках ручка груднини ширша і більша, її мечоподібний відросток

довший і мало не завжди роздвоєний у порівнянні з будовою груднини у дорослої людини. При цьому спостерігається заміна мезенхімної тканини хрящовою шляхом утворення хрящових центрів у тілах і дугах хребців та ребрах. За цією ознакою груднина людини в даний період подібна до груднини більшості ссавців. І лише набагато пізніше, завдяки злиттю між собою всіх зон скостеніння, груднина набуває форму, притаманну дорослій людині. Наприкінці восьмого тижня розвитку ключиця і груднина вже виглядають як окремі структури. Мікроскопічно відзначаються дрібнохвилясті обриси цих структур, з'являються прошарки незрілої кісткової тканини, з боку ручки груднини – зона, яка розмежовує зону росту і базальну зону симфізіального хряща. В цей же період відзначаються закладки зв'язок у вигляді групи мезенхімних клітин – це стадія мезенхімної зв'язки. Зв'язки між клітинами, орієнтованими вздовж осі зв'язки, ще більше ущільнюються. Обидві груднинні пластинки із ростом ребер зближуються між собою і, починаючи з верхнього кінця (ручки груднини), зростаються в єдину хрящову закладку груднини (на дев'ятому тижні – у передплідів 38,0 – 40,0 мм ТКД). Ключиця з'єднується із зачатками груднини без чіткої межі, а її проміжна зона швидко розвивається у зачаток суглоба і диск. У медіальній частині розрізняється хрящовий остов, який піддається скостенінню дуже рано.

ВІКОВІ ЗМІНИ МІКРОАРХІТЕКТОНІКИ КОМПАКТНОЇ РЕЧОВИНИ СПАЛЕНИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК

Голубович П.Л., асистент

Запорізький державний медичний університет, кафедра судової медицини

В експериментах вивчено 225 поперечних шліфів-блоків виготовлених з діафізів спалених до сірого розжарювання плечових кісток від скелетів загиблих чоловіків (150) і жінок (75) у віці від 17 до 94 років. При стереомікроскопічному вивченні звертали увагу на гістоструктуру поперечних шліфів (наявність чи відсутність загальних зовнішніх і внутрішніх кісткових пластинок), а також проводився підрахунок на 8-16 ділянках площею 1мм^2 окремих форм остеонів (вторинних циліндричних, материнсько-дочірніх, дочірньо-материнських, дочірніх — 1, 2, 3, 4 генерацій, остеонів з перебудованою центральною частиною, остеонів зі зміщенням гаверсовим каналом, багатоканальних сплюснених, остеонів-співустів. Встановлено, що загальні кісткові пластинки з віком потоншуються і до 50 років зникають. Загальна кількість одних остеонів на одиниці площі з віком збільшується, а інших — зменшується. На основі статистичної обробки

числових матеріалів і математичних розрахунків виведено формулу і отримаві рівняння множинної регресії, які дають можливість обчислити вік загиблої невідомої людини у процесі їх ідентифікації з відхиленням від дійсного віку на + 5,07 років.

СТАТИСТИЧНІ ДАНІ, ШОДО ДЕЯКИХ ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ ГІДРОЦЕФАЛІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Решетілова Н.Б., Куліш Н.М., Сальникова В.В.

Науковий керівник – д-р мед.наук, Макар Б.Г.

Буковинська державна медична академія, кафедра анатомії людини

Більшість вад розвитку головного мозку формується впродовж 3-8 тижнів ембріонального життя, тому що це період найбільш сильного диференціювання тканин і структур головного мозку. Незважаючи на те, що процес активного онтогенезу ЦНС продовжується до досягнення дитиною одного року, дія шкідливих факторів на пізніх стадіях вагітності, як правило, не викликає важких вад розвитку. Природжені аномалії розвитку в Україні за даними державної звітності займають 2 місце серед причин смертності новонароджених. Дефекти нервової трубки плода займають 2-3 місце в структурі перинатальної та ранньої дитячої смертності. Згідно статистичних даних, частота дефектів нервової трубки становить 0,12-2,5 на 1000 живонароджених і мертвонароджених. Серед дітей з вадами розвитку головного мозку гідроцефалія зустрічається в 45-50% випадків. Дефекти невральної трубки відзначалися у 25-30% і близько 25% мали аномальний каріотип. Асоційовані аномалії виявлялись в 70-80% випадків, і найчастіше вони діагностувались після народження. 20-40% цих аномалій були позачерепними. Під час вагітності гідроцефалія діагностується з частотою 1 на 2000 вагітностей. При цьому у 30% випадків єдиною ознакою патології є багатоводдя. Наявність супутніх аномалій погіршує прогноз та потребує проведення цитогенетичного дослідження. Приблизно у 5% гідроцефалія є ознакою спектра Х-зчепленої гідроцефалії. Найчастішою причиною розвитку у новонароджених гідроцефалії пренатального генезу є токсоплазмоз (22%), а постнатального – субарахноїдальні крововиливи, особливо у недоношених немовлят. Обструктивна гідроцефалія у новонароджених, як правило, супроводжується стенозом водопроводу мозку. Частота фетальної смерті складає 24%, неонатальної - 17%.

ДИНАМІКА ЛЕКТИН-ПОЗИТИВНИХ СТРУКТУР ЛЕГЕНЬ ЩУРІВ У НОРМІ І ПІСЛЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ВВЕДЕННЯ АНТИГЕНІВ

Скуба Н.В., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – канд.біол.наук, Алієва О.Г.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра гістології цитології та ембріології

Вивчено легені щурів 1-го місяця життя в нормі та після внутрішньоутробного введення антигенів людського імуноглобуліну та вакцини паротиту (всього 127 тварин). В дослідженнях використовували лектини арахісу (PNA), специфічно зв'язані із залишками β -D-галактози, лектин сої (SBA), специфічний до залишків N-ацитіл-cD-галактозаміну і лектин бобчука (LAL), що специфічно взаємодіє із залишками α -L-фукози.

Встановлено що рецептори до PNA присутні на мембранах не диференційованих Т лімфоцитів, рецептори до SBA на мембранах незрілих В-лімфоцитів. В легенях щурів кількість PNA⁺ і SBA⁺ лімфоцитів рівномірно збільшується до 7-11 доби, знижується до 21 доби і не змінюється до кінця 1-го місяця життя. В експерименті спостерігається збільшення кількості PNA⁺ SBA⁺ лімфоцитів на протязі 1-го тижня життя. PNA і SBA інтенсивно маркують функціонально-активні клітини легень: альвеолярні макрофаги (AM), великі альвеолоцити, келихоподібні клітини епітелію бронхів, деякі клітини кінцевих відділів залоз бронхів, поодинокі клітини фіброblastного ряду, тучні клітини. LAL є селективним маркером ендотелію артерій. Нами вперше встановлено наявність рецепторів до LAL на поверхні AM, тучних клітин, на волокнах сполучної тканини адвентиції легеневих судин. Кількість та інтенсивність маркування AM збільшується на протязі 1-го місяця життя. Внутрішньоутробне введення антигенів призводить до збільшення кількості лектин-позитивних AM на 1-2 тижні життя і змінює їх функціональний стан.

Т.ч., динаміка лектин-позитивних структур легень щурів має хвилеподібний характер і міняється при антигенному впливі.

Педіатрія 1

ОСОБЛИВОСТІ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГКІ

Литвин І.О., магістр кафедри педіатрії №1

Науковий керівник – д-р мед. наук, професор Сміян О.І.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1

Гострі кишкові інфекції займають провідне місце в інфекційній патології дитячого віку, внаслідок високої захворюваності та смертності.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей антибіотикотерапії у дітей раннього віку, хворих на ГКІ.

Нами проаналізовано 231 історія хвороби дітей, що знаходилися на лікуванні в інфекційному відділенні №3 МДКЛ м.Суми.

Середньотяжкий перебіг захворювання спостерігався у 97% ($p < 0,001$) дітей, у решти – тяжкий (3%) .

В процесі лікування всі діти отримували антибактерійну терапію, переважна більшість дітей- комбіновану (87,2%±2,2%, $p<0,001$). Найчастіше призначали: фуразолідон-35,1%, ампіцилін-27,2%, цефтріаксон 13,1%, ніфу-роксазид-12,3%, гентаміцин-9,3%, норфлуксацин-3,0%.

Для лікування 84% ($p<0,001$) дітей було достатньо одного курсу антибіотикотерапії, а 16% потребували двох. Середня тривалість лікування скла-ла 6,3 дні.

Дітям, віком від 1 до 3 років антибіотики призначалися в 1,7 разів час-тіше, ніж дітям до 1 року ($p<0,001$).

Частина дітей ще вдома отримували антибактерійну терапію (34,2%). Таким чином, для лікування дітей, віком до 3 років, хворих на ГКІ, найчас-тіше використовували 1 курс комбінованої антибіотикотерапії у вигляді ам-піциліну і фуразолідону.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЕРЕСПАЛ У ДІТЕЙ *Хрін Н.В. , Чижик О.С., Куропятнік Н.П., Люлько Н.В., лікарі інфекцій-* *ного відділення №1*

Науковий керівник – доц. Січненко П.І.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1

Впродовж 2004-2005 років у відділенні проводилась оцінка клінічної ефективності препарату Ереспал. Ереспал призначався дітям в досліджуваній групі, з розрахунку 4 мг/кг. Контрольна група ереспал не отримувала. Всього дітей було в досліджуваній групі 32, гострий бронхіт – 24(75%), гостра пневмонія – 8(25%). Відповідно контрольна група -32 дітини ,розподілялась за таким же принципом.

З гострим бронхітом відхаркуючи препарати отримували діти в досліджуваній групі лише в перші 2-3 доби. Діти з гострим обструктивним бронхі-том потребували додаткової терапії спазмолітичними препаратами. В дослі-джуваній групі 8 дітям з обструктивним бронхітом антибактеріальна терапія не проводилась. Зменшення частоти кашлю та зволоження в досліджуваній групі відбувалось на 2-3 добу, в контрольній групі на 3-5 добу. Позитивна динаміка аускультативних даних в досліджуваній групі відбувалась в дослі-джуваній групі на 3 добу, в контрольній групі на 4-5 добу.

У дітей з гострою пневмонією в дослідній групі нормалізація темпе-ратури відбувалась на 1-2 добу, зменшення кашлю на 3-4 добу, нормалізація аускультативних даних –на 5-7 добу, в контрольній групі відповідно: норма-лізація температури –на 2-3 добу, зменшення кашлю на 4-5 добу, нормаліза-ція аускультативних даних на 7-8 добу.

Ереспал можна рекомендувати для дітей з респіраторними інфекціями в комплексному лікуванні. Ереспал не виключає призначення антибіотиків та спазмолітиків, а в деяких випадках і відхаркувальних препаратів, але в ком-

плексному лікуванні дає зменшення медикаментозного навантаження, прискорює поліпшення стану дитини та скорочують терміни лікування.

КЛІНІКО - ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

Куропятнік Н.П., Хрін Н.В., Чижик О.Є., Люлько Н.В., лікарі інфекційного відділення №1

Науковий керівник – доц. Січненко П.І.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1

Докторами зроблено аналіз історій хвороб дітей, що перебували в 1 інфекційному відділенні впродовж 2004 року з діагнозом гостра пневмонія. Всього на лікуванні перебувало 1748 дітей, з них з діагнозом гостра пневмонія-104 дитини (5,9%) , (в порівнянні , в 2003 році – 54(3,3%) дитини). Серед них дітей першого року життя було – 46 (44,2%) , дітей з 1 до 3 років - 25(24%) , дітей старше 3 років - 33(31,7%).

З діагнозом правобічна пневмонія перебувало - 68(65,4%) , лівобічна – 27(25,9%), двобічна - 9(8,6%) дітей . З діагнозом вогнищева пневмонія перебувало – 57(54,%) дітей, з діагнозом вогнищево - зливна – 38(36,5%) дітей, з діагнозом крупозна пневмонія -1 дитина (0,9%), полі сегментарна пневмонія – у 7(6,7%), сегментарна – у 2 дітей(1,9%).

При госпіталізації попередній діагноз пневмонія мали - 48(46,1%)дітей, інші діагнози – 52(50%), з них 16 дітей(15,3%) звернулися по допомогу самостійно. До 3 діб від початку хвороби було госпіталізовано – 23(22,1%) дітей, до 7 діб – 43(41,3%) дітей, більше, як 7 діб - 38(36,5%) . Неускладнений перебіг спостерігався у 56(53,8%) дітей.

Ускладнений перебіг пневмонії спостерігався у 48(46,1%) дітей. Кількість пневмоній у дітей зросла за останній рік , особливо у дітей першого року життя. Особливо збільшилася кількість пневмоній в другій половині року. Переважають правобічні пневмонії. На до госпітальному етапі пневмонія частіше не розпізнається, діти направляються несвоєчасно, але, незважаючи на це у дітей частіше спостерігається неускладнений перебіг пневмоній.

КЛІНІКО – ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Люлько Н.В., аспірант

Науковий керівник – д-р мед.наук, проф., Сміян О.І.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1

Авторами проведено аналіз історій хвороб дітей раннього віку (до 3 років), що перебували на лікуванні в 1 інфекційному відділенні впродовж 2004 року.

Всього перебувало 1748 дітей на лікуванні. Серед них з гострим бронхітом – 481 дитина(27,5%) , всі діти були раннього віку. Серед них дітей першого року життя - 267(55,5%) , від 1 до 3 років – 214(44,4%) .Гіпертермію на момент госпіталізації мали 145(30,1%) дітей. Серед них діти до року - 73(50,3%) , до 3 років – 72(49,7). Субфебрильну лихоманку мали – 157(32,6%) дітей, з них дітей до року – 96(61,1%) , до 3 років – 61(38,9%) .Перебіг бронхіту без лихоманки спостерігався у 122(25,4%)дітей , серед них дітей до року - 79(64,8%) , до 3 років – 43(35,2%). Зимом у відділенні проліковано 129 дітей(26%), весною – 79(16,4%), літом – 126(26,2), восені – 185(38,5%). Повторно впродовж 2004 року з діагнозом гострий бронхіт госпіталізувалось - 109(22,7%) дітей. Серед них дітей до 1 року – 46(9,6%), від 1 до 3 років – 51(10,6%) дітей.

Гострий бронхіт є досить розповсюдженим захворюванням серед дітей раннього віку. Частіше на гострий бронхіт хворіють діти першого року життя, в осінне-зимовий період. Гострий бронхіт у дітей частіше супроводжується субфебрильною лихоманкою та гіпертермією, причому гіпертермія однаково часто спостерігається у дітей як першого року життя, так и до 3 років. Майже четверта частина дітей повторно госпіталізувалась з гострим бронхітом впродовж року, частіше це спостерігалось у віковій групі дітей від 1 до 3 років.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ЦИМЕВЕНУ У ХВОРИХ НА ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНИЙ ЕНЦЕФАЛІТ

Сміян О.І., Хоменко О.І., Бинда Т.П.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1

Цитомегаловірусний (CMV) енцефаліт стає поширеним захворюванням як серед дорослих, так і серед дітей внаслідок зниження загальної реактивності організму та частіше діагностується, безумовно, за рахунок покращення специфічної діагностики та настороги лікарів до цієї патології.

Під наглядом перебувало три хворих дитини (3 роки 10 міс., 1 рік 8 міс., 1 рік 5 міс.). У двох дітей етіологія CMV-енцефаліту була підтверджена методом ПЛР, у однієї - клінічно. За допомогою комп'ютерної томографії мозку була встановлена локалізація запального процесу, його об'єм та зміни в динаміці. Захворювання в обох хворих мало гострий початок. За тяжкістю стану діти потребували первинного лікування у відділенні інтенсивної терапії та реанімації. Серед неврологічних проявів були: загальнономозкові (до розвитку набряку мозку та коматозного стану) та лікворногіпертензійні (до розвитку гідроцефалії); ураження черепних нервів; парези кінцівок (як парапарези, так і за гемітипом) до плегії; синдроми ураження пірамідної та екстрапірамідної систем (з формуванням гіперкінетичного синдрому); судомний синдром; мозочкові розлади; дienceфальний синдром; грубі порушення вищої нервової діяльності (афазія, апраксія, галюцинаторний синдром, психоорганічний синдром).

Лікування CMV-енцефаліту проводили ганцикловіром (цимевеном) внутрішньовенно. Діти одужали і при катamnестичному спостереженні через 6 місяців грубих порушень нервово-психічного розвитку не виявлено. В одного хворого CMV-паненцефаліт призвів до стійкого судомного синдрому.

Таким чином, при своєчасному призначенні цимевену зменшується летальність серед хворих на CMV-інфекцію з ураженням нервової системи.

АНАЛІЗ ПРИЧИН ПІДВИЩЕНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА НИЗЬКОЇ ЕТІОЛОГІЧНОЇ РОЗШИФРОВКИ ГКІ У ДІТЕЙ

*Бинда Т.П., Татаренко С.Д., Кругляк С.І., Захарчук О.С.
Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1
Сумська міська дитяча клінічна лікарня*

За даними інфекційного відділення №3 МДКЛ м. Сум за останній рік відзначається ріст на 21,6% кількості дітей, пролікованих із приводу ГКІ. При вивченні етіології захворювання було встановлено, що в 2004 р. відзначався ріст числа дітей із невстановленою етіологією ГКІ на 10,9% (у тому числі на 2,1% дітей першого року). Захворюваність дітей першого року життя в абсолютних числах за чотирирічний період залишається практично на одному рівні, а відносні величини з 2002 р. мають навіть тенденцію до зниження (30,2% в 2002 р., 28,1% в 2003 р., 22,8% в 2004 р.). За даними літератури бактеріальні діареї діагностуються у 10% хворих, тоді як на частку вірусних діарей доводиться від 20 до 60% усіх ГКІ. Питома вага бактеріальних діарей, а саме сальмонельозу, шигельозу й ешерихіозу, за даними інфекційного відділення №3 також становить близько 10% (10,5% - у 2002 р., 11,6% - у 2003 р., 9,1% - у 2004 р.). Має тенденцію до зниження й питома вага ГКІ, викликаних УПФ (43,2% у 2001 р., 42,0% у 2002 р., 39,8% у 2003 р., 32,8% у 2004 р.). У той же час дослідження на ентеровіруси проводилися у місті тільки в декількох хворих, а на ротавіруси - зовсім не проводилися.

Таким чином, ріст кишкових інфекцій у місті в цей час можна, очевидно, пояснити характерними рисами епідеміологічного процесу: періодичним (кожні три - п'ять років) підйомом захворюваності, відсутністю специфічної профілактики, легкістю інфікування. Неможливість проведення вірусологічних досліджень не дозволяє встановити вірусну природу хвороби, що переводить цю категорію хворих у розряд ГКІ, невстановленої етіології.

ДІАГНОСТИКА ГКІ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Грінка С.Д., лікар-інтерн

Науковий керівник – доц. Бинда Т.П.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1

Діти з ГКІ госпіталізувалися в інфекційне відділення частіше (76,0%) в перші три доби від початку захворювання: в 1-й день - 18 (24,0%); на 2-й день - 28 (37,3%); на 3-й день -11 (14,7%), і тільки 18 (24,0%) на 4-й день і пізніше. При цьому кожна третя (32%) дитина одержувала антибактеріальне лікування на дошпитальному етапі.

В клініці захворювання виявлялися катаральні прояви з боку верхніх дихальних шляхів у 33 (44%) дітей, підвищена температура тіла - в 68 (90,7%) дітей, блювання - у 49 (65,3%) дітей, діарея - в 68 (90,7%) дітей, явища інтоксикації - в 39 (52,0%) дітей, ознаки зневоднення - в 19 (25,3%) дітей.

Загальний стан частіше розцінювався як середньотяжкий (90,7%) і рідше, як тяжкий (9,3%, $p < 0,001$). Діти з тяжким ступенем ГКІ отримували лікування в перші дні після госпіталізації у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії.

Зміни запального характеру в клінічному аналізі крові (лейкоцитоз, нейтрофіліоз із зрушенням формули вліво) були виявлені в 84,0% дітей, у копрограмі (лейкоцити, слиз, еритроцити) - в 56,0% дітей.

Посів калу на кишкову групу в 93,3% дітей проводився в день госпіталізації, у 6,7% - на другий день.

Отже, при встановленні діагнозу ГКІ враховувалися клініко-лабораторні ознаки наявності запалення в організмі. Рання діагностика сприяла вибору адекватної терапії, швидкій ліквідації симптомів захворювання, а також дозволяла вчасно здійснити профілактичні заходи.

РЕЗУЛЬТАТИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА ВИЯВЛЕННЯМ ХВОРИХ НА ГОСТРІ В'ЯЛИ ПАРАЛІЧІ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Кругляк С.І., Тищенко В.В., Бинда Т.П.
Сумська міська дитяча клінічна лікарня
Сумська обласна СЕС*

Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1

Незважаючи на те, що Європейський регіон сертифікований, як вільний від поліомієліту, діяльність по виявленню хворих з гострими в'ялими паралічами (ГВП) продовжується і залишається „золотим стандартом" якості епідагляду.

Протягом 8 років поспіль в області випадків поліомієліту, які викликані диким поліовірусом, не реєструвалося. За період нагляду за ГВП (з 1998 року) виявлено 21 хворий, із них 1 випадок вакциноасоційованого поліомієліту. Розрахункова кількість підозри на ГВП за рекомендаціями ВООЗ складає не менше 1 випадку на 100 тис. дитячого населення (віком до 15 років), тобто в

області щорічно має реєструватися 3-4 випадки ГВП. За даними аналізу МОЗ України, в 2003 р. показник виявлення ГВП в Сумській області був найнижчим і його включено у звіт до ВООЗ, як незадовільний для нашої країни.

Виявлені в 1998-2003 роки хворі з ГВП по сезонах року розподілилися таким чином: зима - 5 (23,8%), весна - 4 (19%), літо - 6 (28,6%), осінь - 6 (28,6%). Дівчатка склали 38,1%, хлопчики - 61,9% ($p > 0,05$). Отримали щеплення проти поліомієліту 20 (95,2%) дітей, з них згідно з календарем - 17 (85%), з порушенням календаря - 3 (15%).

В результаті проведених вірусологічних досліджень віруси виявлені у 4 (19,0%) хворих: у 2 дітей ентеровіруси неpolіомієлітоподібні, у 2 дітей - поліовіруси 2 і 3 типів, причому в останніх дітей виділення було пов'язане в часі з попередньо проведеним щепленням проти поліомієліту. Через 60 днів від початку паралічу повторно були обстежені 18 (85,7%) хворих. Серед них не мали залишкових явищ - 15 (83,3%) дітей ($p < 0,01$), мали залишкові явища - 3 (16,7%) дітей.

Таким чином, підтримка високого рівня імунітету проти поліомієліту залишається одним з головних завдань епідагляду за поліомієлітом.

ЕТИОЛОГІЯ ГОСТРИХ ПОЗАЛІКАРНЯНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Горбась В.А., аспірант

Науковий керівник – д-р мед.наук, проф. Сміян О.І.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1

З метою вивчення нинішнього стану етіологічної структури пневмоній було проаналізовано 360 історій хвороб дітей, які знаходились на лікуванні у інфекційному відділенні №2 Сумської міської дитячої клінічної лікарні за 2004 рік. Вік дітей був від 1 до 16 років. Із них 20% - до 3-річного віку, 14,2% - від 3 до 7 років, 37,8% - від 7 до 12 років і 28,1% - старші 12 років.

Етіологічна верифікація збудника ґрунтувалася на результатах бактеріологічного дослідження харкотиння. Позитивні результати отримані у 57,5% дітей, у 42,5% - відмічено відсутність росту бактерій. Було виділено Гр(+) флору, серед неї стрептококи: *Strept. mitis* – у 24,2% хворих дітей, *Strept. ruogen.* – у 21,1%, *Strept. pneumon.* – у 11,9%. У 1 хворої дитини (0,28%±0,28) було виявлено паличку роду *Bacillus*.

Таким чином, отримані результати дослідження розкривають етіологічну структуру пневмоній у дітей лише у половині випадків, що необхідно враховувати при виборі антибактеріальної терапії поза лікарняних пневмоній.

СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ДІТЕЙ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Кривцун С.І., Лаба О.Б. Сипченко Л.О.
Сумська міська дитяча клінічна лікарня*

Незважаючи на стабілізацію деяких епідеміологічних показників, епідемія туберкульозу в Україні продовжує поширюватись.

Захворюваність на туберкульоз органів дихання (76,9%) складає основну частку всіх вперше виявлених форм туберкульозу. Із загальної кількості вперше виявлених дітей із туберкульозом органів дихання серед дітей м. Суми та області в фазі розпаду не виявлено ні однієї дитини, тоді як у 2003 році в м. Суми була виявлена 1 дівчинка з деструкцією легеневої тканини. В Україні в 2003 р. було діагностовано 29 (5,7%) дітей з туберкульозом органів дихання в фазі розпаду.

Серед усіх вперше виявлених дітей було 6 (46,2%) дівчаток і 7 (53,8%) хлопчиків. Діти до 4-х років склали - 15,4%, від 5 до 10 років - 15,4%, від 10 до 12 років - 15,4%, 13 років і старше - 38,5%. При профілактичному огляді в області виявлено 38,5%, по м. Суми – 60,0% дітей (по Україні в 2003 р. - 55,8%).

У Сумській області на першому місці в структурі захворюваності знаходиться ексудативний плеврит (46,2%), на другому місці - туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (23,1%), кістково-суглобовий туберкульоз (23,1%), на третьому - первинний туберкульозний комплекс (7,7%).

Отже, всі форми туберкульозу органів дихання як в області, так і по м. Суми виявлені вчасно. Хворіють діти на туберкульоз усіх вікових категорій, дівчатка і хлопчики з однаковою частотою. Найчастіше зустрічаються нерозповсюджені форми: туберкульозний плеврит, туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Залишається великою проблемою кістково-суглобовий туберкульоз, так як цю форму туберкульозу надзвичайно тяжко виявити вчасно, і великий відсоток дітей саме з цією патологією мають інвалідність.

ЗАСТОСУВАННЯ ПУНКТУРНОЇ ЛАЗЕРОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СИНУСИТІВ

Лобода Т.О., зав. ФТВ стаціонару СМДКЛ

Гребеник О.М., лікар-фізіотерапевт

Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1

Лазерна терапія отримує все більш широке розповсюдження в лікуванні захворювань органів дихання у дітей, внаслідок медикаментозної пересиченості організму хворої дитини, виникнення резистентності до медикаментів, розвитку алергічних реакцій. Один із найефективніших методів лазеротерапії – лазеропунктура. Саме її було запропоновано включити в комплекс лікування хворих на риносинусити.

Для ЛП використовувався гелій неоновий лазер (від апарату „УЛФ-01”), експозиція складала від 30 до 90 секунд на 1 БАТ в залежності від віку дитини та дня лікування, довжина хвилі 0,6328 мкм, потужність – 2-2,5 Вт.

Процедури лазеропунктури проводились щодня на БАТ, за методом, запропонованим Еригіною С.Г.. Курс лікування складав 5-7 сеансів. Кількість сеансів контролювалась по регресії симптомів хвороби та динаміці об'єктивних даних.

Всього даним методом в період з січня 2004 р. по лютий 2005 р. нами було проліковано 43 дитини, віком від 6 до 16 років. Ефективність лазеротерапії оцінювалася по клінічним (об'єктивним та суб'єктивним) даним. Вже після 2-3 сеансу у 52% хворих полегшувалося носове дихання, зникав головний біль, на 5-7 день у 98% відмічався регрес симптомів риносинуситу. У жодного з хворих, що отримував зазначений курс лазеропунктури не відмічалось погіршення стану, розвитку ускладнень чи загострення перебігу процесу.

Таким чином, слід відзначити досить високу ефективність даного методу ЛП, його безболісність, відсутність алергічних, чи будь-яких інших серйозних ускладнень, до того ж його простоту та економічність, що дозволило швидше ліквідувати запальні зміни, скоротивши тривалість перебування хворих в середньому на 2-3 ліжко дні.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ “АТФ - ЛОНГ”, І “СЕДАСЕН-ФОРТЕ” ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ

Маркевич О.В., асистент

Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1

Були впроваджені в практику роботи педіатричного відділення СМДКЛ препарати “АТФ-лонг” і “Седасен-форте” для лікування вегетативної дисфункції (ВД) у дітей.

ВД впливають на функціонування життєво важливих органів і систем, зокрема, на функції серцево-судинної системи.

У генезі ВД у дітей важливу роль відіграють напруга, хронічний стрес, розумова перевтома, клінічною ознакою яких є надмірна тривожність, порушення сну, емоційна лабільність, у зв'язку з цим зниження успішності.

Серед препаратів, які нормалізують метаболічні процеси в міокарді, високу клінічну ефективність має препарат “АТФ-лонг”, який нормалізує енергетичний обмін, має антиішемічну дію, здійснює енергозберігаючий та антиаритмічний ефект.

«Седасен-форте» - має седативну, спазмолітичну дію, зменшує збудливість ЦНС.

Під впливом комплексного застосування “АТФ-лонгу” та «Седасен-форте» покращується сон, зменшується тривожність, страхи, підвищується працездатність, зменшується втома після уроків та частота нападів головного болю, болю в серці і серцебиття.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА “МААЛОКС” ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ

Маркевич О.В., Величко Л.И.

Сумский государственный университет, кафедра педиатрии №1

Современные представления о язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки рассматривают их как результат дисбаланса конфликта факторов агрессии и защиты.

Первое и основное направление в лечении язвенной болезни представлено препаратами, снижающими уровень кислотной продукции. В лечении этих заболеваний, наряду с антихеликобактерными препаратами, холинолитиками, антациды имеют преимущественное значение.

Препарат “Маалокс” имеет наиболее сбалансированное соотношение Al и Mg. Достоинством “Маалокса” является наличие разных лекарственных форм, как твердых, так и жидких, обладающих хорошими вкусовыми качествами и удобной расфасовкой, что очень важно для детей.

В 2004 году в отделении находилось 35 больных детей о язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и 10 больных с эрозивным бульбитом. Возраст больных от 13 до 16 (из них мальчиков-32, девочек-13), 30 человек получали “Маалокс”, 15 человек – “Альмагель”. “Маалокс” применялся в комплексной терапии по 15,0 мл 3 раза в день через 1ч после еды. Аналогичным образом назначался “Альмагель”.

На основании клинических наблюдений сделано следующее заключение:

"Маалокс" эффективен при курсовом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и эрозивного дуоденита. Препарат эффективен в купировании симптоматики заболевания: на 3-4 день лечения отмечается полное устранение диспепсии и болевого синдрома. Суспензия “Маалокса” приятна на вкус, хорошо переносится детьми и, в отличие от “Альмагеля” не вызывает запоров.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОНЬЮГАЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Попов С.В., Еременко В.В.

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии №1
Сумской областной центр акушерства, гинекологии, репродукции*

Патологические состояния периода новорожденности имеют важное значение для оценки успешности периода адаптации к внеутробной жизни. Коньюгационные желтухи обусловлены, прежде всего, преходящей недостаточной активностью ферментной системы печени. В первую очередь, данное патологическое состояние характерно для незрелых новорожденных и недоношенных. Однако, имеется рост частоты случаев коньюгационных желтух среди контингента доношенных новорожденных.

Целью работы было изучение частоты и выделение причинно-значимых факторов в развитии конъюгационных желтух у новорожденных в условиях отделения СОЦАГР.

Проанализировано 36 историй развития и родильниц. Изучалось время появления иктеричного окрашивания кожных покровов, степень гипербилирубинемии, длительность желтухи и ее выраженность, анамнестические и клинические данные.

Выявлена значительная частота анемических состояний у матери, наличие гестозов, угроз прерывания беременности у матерей детей с конъюгационной желтухой. При оценке степени зрелости по шкалам Баллард, Дубовица выявлено несоответствие морфофункциональной зрелости гестационному возрасту. Полученные данные позволяют сделать вывод о влиянии патологического течения беременности на нарушение процессов внутриутробного созревания органов и систем с последующим изменением их функций после рождения, отражением чего, в частности, служит рост частоты случаев конъюгационной желтухи.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ МЕНИНГИТОМ

Попов С.В., Корниенко О.В.

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии № 1
Сумская городская детская клиническая больница*

Распространенность бактериального менингита в детском возрасте остается достаточно высокой по настоящее время. Тяжесть течения заболевания, вовлечение в патологический процесс центральной нервной системы, требуют интенсивного внимания к вопросам диагностики и лечения данного заболевания. Дискутабельным вопросом в лечении остается эффективность назначения гормонов, в частности дексаметазона. В настоящее время он продолжает рекомендоваться к назначению, в то же время имеется целый ряд публикаций, свидетельствующих о недостаточной его эффективности в качестве противоотечного средства, снижения эффективности, на фоне его применения, ряда антибиотических средств.

Целью работы было изучение эффективности назначенной гормонотерапии на тяжесть интоксикации у детей с бактериальным менингитом в возрасте 1-3 лет.

Было проанализировано 32 истории болезни детей с диагнозом бактериальный менингит. Все они получали терапию с использованием дексаметазона в дозе 1 мг/кг в течение 5 дней. Рассчитывались показатели крови – ЛИИ и ГПИ – свидетельствующие о степени интоксикационных процессов. Для оценки результатов использовался двухфакторный анализ с выделением 4 потоков цифровых трейдов по специально разработанной методике.

Полученные данные свидетельствовали об отсутствии доказанного

влияния на степень интоксикации по гематологическим показателям назначенной гормонотерапии.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ И КОНЬЮГАЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Попов С.В., Кривокобыльская Н.А.

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии № 1
Сумской областной центр акушерства, гинекологии, репродукции*

Значительная частота антенатальной гипоксии плода закономерно ведет к увеличению случаев патологического течения периода новорожденности. Это проявляется как нарушением функции центральной нервной системы, так и других органов и систем. Одним из таких проявлений может служить развитие конъюгационных желтух новорожденных.

Целью работы было проведение анализа между частотой антенатальной гипоксии и частотой развития конъюгационных желтух.

Было проанализировано 42 истории развития детей с конъюгационной желтухой и 42 истории родильниц. Анамнестические данные свидетельствовали о наличии состояний ведущих к антенатальной гипоксии. Ими были наличие фетоплацентарной недостаточности, соматические (наиболее часто - анемия) и гинекологические заболевания матери, патологическое течение беременности. В то же время в большинстве случаев выявлялись признаки, свидетельствующие о возможности внутриутробного инфицирования.

Результаты анализа могут свидетельствовать о роли гипоксического фактора в нарушении созревания и становлении функции органов и систем плода, в том числе и ферментной системы печени. Другим фактором, влияющим на частоту моно- или мультиорганной дисфункции, может быть высокий уровень внутриутробного инфицирования. Последнее требует дальнейшей работы с целью выявления истинной распространенности среди данного контингента различных вариантов внутриутробной инфекции.

ВЫРАЖЕННОСТЬ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Миколаенко С.В., врач-интерн специальности «педиатрия»

Научный руководитель – проф., Попов С.В.

Сумский государственный университет, кафедра педиатрии № 1

Хронические заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта – одно из наиболее частых патологических состояний. Распространенность гастритов и гастродуоденитов возрастает к старшему школьному возрасту. Наиболее частыми клиническими проявлениями указанных заболеваний являются болевой, диспептический и синдром хронической интоксикации. Последний в значительной мере может определять тяжесть состояния

ребенка и наличие осложнений и нарушений уровня функционирования других органов и систем.

Целью работы было изучение распространенности и выраженности синдрома хронической интоксикации у детей с хроническими заболеваниями желудка и 12-перстной кишки.

Было изучено 35 историй болезни детей с хроническими гастритами/гастродуоденитами, которые находились на лечении в Сумской городской детской клинической больнице. Оценивалось наличие признаков хронической интоксикации, для количественного анализа использовалось определение лейкоцитарного индекса интоксикации и гематологического показателя интоксикации.

Полученные данные свидетельствовали о наличии определенного параллелизма, зафиксированного значением коэффициента парной корреляции, между клиническими данными и количественными показателями интоксикации. Это дает возможность оценить выраженность хронического синдрома интоксикации в динамике пребывания больного в стационаре.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЫХАЖИВАНИЯ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Попов С.В., Мороз Т.Д.

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии № 1
Сумская областная детская клиническая больница*

Вопросы выхаживания недоношенных новорожденных остаются на острие внимания неонатологов. Это обусловлено относительно высокой частотой их рождения, значительным удельным весом в показатели заболеваемости и смертности. Совершенствование средств и способов выхаживания недоношенных позволяет улучшить прогноз относительно жизни и здоровья младенцев.

Целью работы было выявление факторов, способствующих совершенствованию выхаживания недоношенных новорожденных.

Было проанализировано 16 историй болезни детей, находящихся на лечении в отделении выхаживания недоношенных новорожденных. Средний гестационный возраст младенцев составил $30,12 \pm 0,15$ недель, масса тела $1128,5 \pm 52,1$ грамм. Проводилась оценка варианта вскармливания, интенсивности и особенностей диагностически-лечебных процедур.

Отмечена более значительная динамика массы тела при использовании грудном вскармливании, в то же время меньшая частота диспептических расстройств при естественном вскармливании. Выявлена положительная зависимость между объемом лечебно-диагностических процедур при тяжелом состоянии ребенка и меньшей массе и длительностью пребывания младенца в стационаре.

ОЦІНКА СІРОШКАЛЬНОГО ЗОБРАЖЕННЯ ТА ВНУТРІШНЬОНИРКОВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ НИРОК У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Попов С.В., Облазницький В.М.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії № 1

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

В останні роки на Україні залишається високим і має тенденцію до зростання показник поширеності хвороб нервової системи у дітей. Щорічно збільшується питома вага перинатальних уражень нервової системи. За даними літератури у 50% дітей, які пройшли крізь відділення реанімації, спостерігається ушкодження нирок, причому на аутопсії вони виявляються в 5 разів більше, ніж при житті. Вони можуть не мати самостійного значення, але ускладнюють стан перинатального періоду. Гостра ниркова недостатність в періоді новонародженості також часто пов'язана з такими чинниками, як гіпоксія плода та новонародженого.

Метою роботи стало комплексне вивчення сонографічних параметрів нирок у 28 доношених немовлят, які перенесли анте- та інтранатальну гіпоксію. До аналізу залучено дані обстеження дітей перших тижнів життя із тяжким ступенем ПГІУ ЦНС, які знаходились в відділенні реанімації, 20 дітей без ознак ПГІВ ЦНС становили контрольну групу.

Було показано, що у дітей, які перенесли гіпоксичне ураження показники систолічної та середньої швидкості значно зменшені при порівнянні із здоровими. Була виявлена залежність між підвищенням ехогенності кіркового шару паренхіми від ступеню порушення внутрішньониркової гемодинаміки. Ці показники також позитивно корелювали із ступенем тяжкості основної хвороби. Але відсутність строгої кореляції між сірошкальним зображенням та показниками інтратренальної гемодинаміки не можуть використовуватись як прогностична ознака.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Товстуха Б.П., врач-интерн специальности «Педиатрия»

Научный руководитель – проф., Попов С.В.

Сумский государственный университет, кафедра педиатрии № 1

Хронические заболевания верхних отделов желудочно-кишечного

тракта – одно из наиболее частых патологических состояний. Распространенность гастритов и гастродуоденитов прогрессивно возрастает к старшему школьному возрасту. У взрослых данная патология может приводить к нарушению трудоспособности и развитию ряда осложнений. Своевременная профилактика и лечение гастритов и гастродуоденитов в детском возрасте может улучшить качество жизни в последующие годы.

Целью работы было изучение клинико-анамнестических особенностей хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта для выявления причинно-значимых этиологических факторов.

Было изучено 35 историй болезни детей с хроническими гастритами/гастродуоденитами, которые находились на лечении в Сумской городской детской клинической больнице. Оценивались жалобы, анамнез заболевания и жизни ребенка, особенности семейного анамнеза.

Выявлено влияние на развитие хронических заболеваний желудка и 12-перстной кишки отягощенного семейного анамнеза, в большей степени со стороны матери относительно детей мужского пола. В значительном проценте случаев имели место другие заболевания ЖКТ, наличие пищевой аллергии.

ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Захарова Т.М., врач-интерн по специальности

«общая практика – семейная медицина»

Научный руководитель – доц. Романюк О.К.

Сумский государственный университет, кафедра педиатрии №1

Гастродуоденит является наиболее распространенной формой гастродуоденальной патологии у детей. Своевременная диагностика, диета, рациональная терапия, комплекс реабилитационных мероприятий и наблюдение за такими пациентами является необходимым, позволяет обеспечить исключение вышеуказанных осложнений и выздоровление таких детей. С 1.10.2004 по 30.11.2004 года проводилось наблюдение детей с гастродуоденитом в количестве 37 человек в возрасте от 10 до 17 лет. Среди обследованных преобладали девочки – 75,7%. Работа включала изучение жалоб, данных объективного обследования, эндоскопического исследования ЖКТ и результатов лечения таких детей. В клинике хронического гастродуоденита наблюдались как язвенноподобный, так и дискинетический типы. Боли в животе в большинстве случаев (54%) носили разлитой характер. Им сопутствовали жалобы общевротического характера (головная боль, головокружение, кардиалгии). При проведении ФЭГДС у наблюдаемых пациентов наиболее часто (89%) наблюдались изменения, характерные для поверхностного гастродуоденита, реже эрозивного бульбита (8%) и гипертрофического гастродуоденита (2,7%). Антихеликобактерную терапию получала 1/3 больных детей. Все обследованные получали также антисекреторные препараты, средства, норма-

лизую-щие микрофлору кишечника. Улучшение состояния больных, исчезновение абдоминальных болей и диспептических рас-стройств наблюдалось у большинства больных к 13-14 дню пре-бывания в стационаре. Таким образом, значительная распростра-ненность, усиление тенденций к прогрессирующему и ослож-ненному течению данного заболевания определяют меди-ко-со-циальное значение проблемы выбора терапии и профилактики гастро-дуоденальной патологии у детей.

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГІСТАМІННИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ У ДІТЕЙ

Романюк О.К., Гончарова Н.Ф., Кравченко Н.Я.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1

Сумська міська дитяча клінічна лікарня

Алергічний риніт відноситься до хронічного захворювання, яке значно погіршує якість життя дітей та їх батьків. Основним напрямком фармакотерапії є застосування антигістамінних препаратів, судинозвужуючих препаратів, кромолів, глюкокортикоїдів. Проте антигістамінні препарати залишають-ся основними в лікуванні алергічного риніту.

Нами застосовувався у дітей підліткового віку з алергічним ринітом антигістамінний препарат другого покоління цетиризин. Особливістю препара-ту є швидкий початок дії та довготривалий ефект.

Під спостереженням знаходилось 14 дітей з клінікою цілорічного алер-гічного риніту, у 5-ти з них відмічався риніт у поєднанні з бронхіальною аст-мою середньої важкості. Окрім того, у 4-х пацієнтів був помірно виражений алергічний кон'юнктивіт, у п'яти - атопічний дерматит. Вік дітей, які перебу-вали під наглядом, складав від 11 до 13 років. Діагноз алергічного риніту був встановлений в середньому у віці $7,6 \pm 1,2$ роки. Виражені симптоми риніту, кон'юнктивіту були у 6,2 % хворих, помірні у 31 %. У 14 % хворих з бронхіа-льною астмою за даними спірографії визначалися знижені показники функції зовнішнього дихання.

Цетиризин призначався додатково до базисної терапії. Ефективність лікування оцінювалась на 4-му та 8-му тижні спостереження. Враховували вираженість та динаміку ринореї, носового дихання, свербіжу, чхання, симп-томів кон'юнктивіту, динаміку атопічного дерматиту, аускультативних змін в легенях. Ефект від лікування цетиризином спостерігали у 90 % дітей з 4-5-го дня лікування. Найбільш вираженим він був на 10 день терапії. Через 4 тижні зменшувалися прояви ринокон'юнктивіту більш ніж в 3 рази. На фоні додат-кового призначення цетиризину нормалізація носового дихання відбувалася на фоні зменшення частоти приступів задишки через 2 тижні терапії.

При легкій та середньоважкій формі дихальної астми та алергічного риніту ефективною є комплексна терапія, яка включає в себе кромони та ан-тигістамінні препарати другого покоління. Зменшення запального процесу у

верхніх дихальних шляхах сприяє відновленню носового дихання, веде до зменшення подразнюючої дії факторів зовнішнього середовища.

ЗАСТОСУВАННЯ МУКОАКТИВНИХ ПРЕПАРАТІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

*Абрамова В.В., Саранча К.С., лікарі-інтерни зі спеціальності «педіатрія»
Науковий керівник – доц. Романюк О.К.
Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1
Сумська МДКЛ*

Особливістю фізіологічної реакції слизової бронхів на фоні гострої респіраторної інфекції у дітей перших трьох років життя є виражена гіперпродукція та підвищення в'язкості слизу у поєднанні з набряком слизової бронхів, що порушує мукоціліарний транспорт, сприяє інфікуванню. Необхідним компонентом лікування захворювання, яке супроводжується кашлем, є використання мукоактивних препаратів.

Метою нашої роботи є вивчення застосування препаратів з відхаркуючим ефектомв комплексній терапії гострих бронхітів у дітей раннього віку. Проаналізовано 100 історій хвороб дітей віком до 3-х років, які знаходилися на лікуванні в 1-му інфекційному відділі СМДКЛ з приводу гострого бронхіту, з них 50 випадків у дітей грудного віку.

Виявлено високу частоту обструктивного компоненту захворювання : у дітей до 1 року у 58% (29 чол.), у дітей 1-3 років – у 38% випадків (19 чол.).

В середньому перехід сухого чи малопродуктивного кашлю у продуктивний, початок відходження мокроти наставав на 2,46 день застосування мукоактивного препарату. Загальна тривалість кашлю коливалася від 4 до 12 діб.

Найбільш високий ефект, який оцінювався на основі тривалості вологого кашлю, виявився при застосуваннікомбінації амброксолу та ацетилцистеїну (4,29 днів). Застосування ацетилцистеїну більше 3-х діб затримувало одуження через ефект надмірного зрідження мокроти. Відмічається більш висока ефективність амброксолу (тривалість вологого кашлю при його застосуванні – 4,43 дні), у порівнянні з бромгексином (аналогічний показник при його застосуванні – 5,18 діб).

При виборі мукоактивного препарату необхідний індивідуальний підхід, враховуючи етіологію, характер кашлю, вік дитини, механізм фармакологічної дії лікарських засобів.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ ИЗ ГРУПП РАДИАЦИОННОГО РИСКА

*Савельева Н.А., студ. 6-го курса
Научный руководитель – д-р мед.наук, проф. Смиян А.И.
Сумский государственный университет, кафедра педиатрии №1*

Вегетативна дисфункція – одна из наиболее частых патологий детского возраста. Целью настоящей работы было изучить особенности клинического течения вегетативных дисфункций у детей с отягощенным радиологическим анамнезом в сравнении с таковыми у детей, не ассоциирующих с повреждающим эффектом ионизирующего облучения.

Под наблюдением находилось 25 детей /15 девочек и 10 мальчиков/ с отягощенным радиологическим анамнезом – 1 группа и 26 детей /17 девочек и 9 мальчиков/ - 2 группа не относящихся к группам радиационного риска. На стационарном лечении по поводу вегетативной дисфункции находились пациенты в возрасте от 9 до 15 лет, которые были госпитализированы в Сумскую городскую детскую больницу в 2003-2004 г.г.. Доминирующей среди клинко-патогенетических форм вегетативной дисфункции в 1-ой и 2-ой группах наблюдения была вегетососудистая дисфункция /ВСД/.

Кроме общепринятых исследований, всем детям в клинике была проведена кардиоинтервалография (КИГ), реоэнцефалография (РЭГ) и эхоэнцефалография (ЭхоКГ).

В результате проведенных исследований было установлено, что у детей из группы радиационного риска манифестация клинических признаков ВД наступала чаще в дошкольном и младшем школьном возрасте. В клинике заболевания чаще отмечались головокружения, лабильность артериального давления, повышенная утомляемость, периоды субфебрилитета, тошнота, боли в животе, не связанные с приемом пищи. При этом период стабилизации общего состояния на фоне лечения был более длительным. По данным КИГ – компенсаторные механизмы /относительно/ чаще были ослаблены. При проведении РЭГ чаще отмечалось затруднение венозного оттока и гипертонус интракраниальных сосудов.

АНАЛІЗ СЕКЦІЙНИХ ВИПАДКІВ ГОСТРОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Дандан Самір Тауфік, аспірант, Куропятник Н.П., Хрін Н.В.

Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. Сміян О.І.

Сумський державний університету, кафедра педіатрії №1

Сумська міська дитяча клінічна лікарня

Гостра пневмонія у дітей раннього віку є одним із найпоширеніших захворювань і посідає третє місце в структурі смертності немовлят.

Метою роботи був аналіз летальності дітей, у яких однією з причин смерті була пневмонія.

Проаналізовано 37 протоколів патологоанатомічних досліджень дітей віком від 29 днів до 3-х років, які хворіли на гостру пневмонію (основна група). Групу порівняння склали 134 живих дитини відповідного віку, які перенесли пневмонію. В основній групі переважали діти першого року життя (78,4%), і в першу чергу діти перших 6 місяців життя (51,4%), відмічався

зв'язок з уродженою й спадковою патологією (37,8%). Факторами ризику щодо несприятливого результату пневмонії у дітей від 29 днів до 3-х років була низька маса тіла (менше 3000 г) при народженні (73,0%, 31,6%, $p < 0,001$), штучне вигодовування, переважно з перших днів після народження (64,9%, 11,0%, $p < 0,001$). Серед фоновієї патології частіше діагностувалася дефіцитна анемія (64,9%, 27,7%, $p < 0,001$), рахіт (18,9%, 4,4%, $p < 0,05$), перинатальна енцефалопатія (37,8%, 13,2%, $p < 0,01$), гіпотрофія (51,4%), а саме II-III ст. (43,2%), або мало місце поєднання 2-3 фонових захворювань (86,5%, 3,7%, $p < 0,001$). У дітей, які померли, частіше відмічалася акцидентальна трансформація тимуса III-IV ст. (56,8%), ніж I (10,8%, $p < 0,001$) і II (32,4%, $p < 0,05$) ступенів.

Урахування клініцистами наведених даних дозволить проводити корекцію цих відхилень і, можливо, попереджати розвиток пневмонії у дітей раннього віку та сприяти зниженню летальності.

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРИХ ПНЕВМОНІЯХ У ДІТЕЙ

Дандан Самір Тауфік, аспірант

Науковий керівник – д-р мед.наук, проф. Сміян О.І.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1

Запалення супроводжує більшість захворювань і направлене на захист організму від інфекційних агентів. Але в деяких випадках воно перетворюється у патологічний процес, який закінчується порушенням функції органу. В зв'язку з цим доцільним є при лікуванні таких хворих проводити ранню протизапальну терапію.

Метою дослідження було вивчення клінічної ефективності препарату ереспал у дітей раннього віку з гострими пневмоніями.

Під спостереженням перебувало 78 дітей у віці від 29 днів до 3 років: 46 дітей з гострою пневмонією, яким призначали традиційну терапію (антибактеріальні, муколітичні, бронхолітичні, антигістамінні препарати, парацетамол тощо без використання ереспалу та 32 дитини, які на тлі антибактеріальної терапії одержували ереспал.

Позитивний клінічний ефект від терапії ереспалом відзначався у 30 (93,8%) хворих. Максимальний ефект виявлявся при призначенні препарату в перші два дні від початку терапії. У дітей, які не одержували ереспал зміна характеру кашля наступала на 2-4 дні пізніше, відзначався більш тривалий період в'язкого мокротиння й наявності фізикальних змін у легенях. Проведені дослідження дозволили встановити позитивну не тільки терапевтичну ефективність препарату при гострій пневмонії у дітей раннього віку, але й економічний ефект (зменшення кількості призначуваних препаратів, курсу лікування антибактеріальними препаратами на 2,9 дня ($p < 0,05$) і середнього ліжко-дня на 3,2 дні, $p < 0,05$).

Отримані дані дають підставу рекомендувати ереспал для більш широкого застосування у лікуванні гострих пневмоній у дітей раннього віку.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГКІ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ВІКУ

Сіренко Т.М., магістр кафедри педіатрії №1

Науковий керівник – д-р мед. наук, професор Сміян О.І.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1

Мета: визначити епідеміологічні та клінічні особливості перебігу ГКІ у дітей старшого віку.

Під нашим наглядом було 125 хворих дітей на ГКІ від 3 до 14 років, які лікувалися в інфекційному відділенні №3 СМДКЛ.

При вивченні етіологічної структури ГКІ тільки у 28,8% ($p < 0,001$) був виділений збудник хвороби. Серед них частіше у 75% ($p < 0,001$) умовнопатогенна флора, ніж патогенна флора (25%).

В епіданамнезі діти найбільш часто вказували на вживання молочних (46,4%, $p < 0,001$) та м'ясних продуктів (38,4%, $p < 0,001$), ніж яєць (14,4%), овочів та фруктів термічно не оброблених, соку (23,2%). Контакт з хворими ГКІ відмічався у 12,8%.

Легкий ступінь тяжкості діагностувався у 1%, середньотяжкий - у 96%, тяжкий - у 3%. В 1-й день хвороби було госпіталізовано 28,8% хворих, на 2-й день-35,2%, на 3-й-18,4%, на 4-й і пізніше-17,6%. В день госпіталізації у більшості дітей температура тіла була вище 38 С (58%, $p < 0,05$). У 73,6% дітей відмічалися симптоми інтоксикації, блювання - у 88%, діарея - у 89,6%, симптоми зневоднення - у 16% дітей. Найчастіше ГКІ перебігала у вигляді гастроентериту (70,4%, $p < 0,001$), ніж гастриту (4,8%), ентериту (6,4%), ентероколіту (4%), гастроентероколіту (14,4%). Середній термін перебування хворих у стаціонарі склав 7,1 дня.

Отже, ГКІ у дітей старшого віку найчастіше перебігала у вигляді гастроентериту, середнього ступеня тяжкості. Захворювання батьки пов'язували з вживанням м'ясних та молочних продуктів.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Бахш М., аспирант

Научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Смиян А.И.

Сумский государственный университет, кафедра педиатрии №1

В структуре респираторной патологии у детей раннего возраста острые пневмонии занимают одно из ведущих мест и являются одной из наиболее частых причин смертности в раннем детском возрасте.

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей течения острых пневмоний у детей раннего возраста, находившихся на лечении в инфекцион-ном отделении №1 Сумской городской детской клинической больницы в 2004г.

Под наблюдением было 36 детей с острыми пневмониями в возрасте от 1 мес. до 3 лет. У 30 детей была диагностирована очаговая пневмония, 6 детям был выставлен диагноз сегментар-ной пневмонии. Осложненное течение наблюдалось у половины исследуемых детей.

Анализ исследований показал, что пик заболеваемости приходился на первые месяцы жизни (2 - 4 месяца), второе полу-годие (6 - 9 месяцев) и на второй год жизни. Наименьшее количество случаев (4) отмечалось на 3-м году жизни. Не выявлено закономерной зависимости заболеваемости от времени года, хотя большее количество случаев острых пневмоний отмечалось все-таки в осенне-зимний период. Выявлена четкая зависимость наличия осложнений у детей с неблагоприятным преморбидным фоном, неблагоприятным анамнезом, а также возрастом. Наличие осложнений также имело четкую закономерную связь со своевременностью диагностики, качеством лечения, особенно на догоспитальном этапе и обратным развитием клинических проявлений, что требует более тщательного подхода к ведению и наблюдению таких больных на догоспитальном этапе.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Снижко Л.М., студ. 4-го курса

Научный руководитель – доц. Сиченко П.И.

Сумский государственный университет, кафедра педиатрии №1

Бронхообструктивный синдром – одно из наиболее часто встречающихся проявлений при острых респираторно-вирусных инфекциях у детей раннего возраста. Нарушение бронхиальной проходимости обусловлено наличием воспалительного набухания и отека слизистой оболочки бронхов, гиперсекрецией слизи и умеренно выраженным спазмом гладкой мускулатуры бронхи-ального дерева.

С целью выявления клинико-эпидемиологических особенностей течения обструктивных бронхитов у детей раннего возраста было исследовано 68 детей с ОРВИ с наличием у них синдрома бронхиальной обструкции. Возраст детей варьировал от 1 месяца до 3 лет. Анализ исследований показал, что более часто обструктивный синдром наблюдался у детей на первом году жизни с отягощенным анамнезом, у детей, находящихся на искусственном

вскармливанні, паратрофіків, дітей із семей з низким соціальним рівнем життя (діти з вродженими і наслідковими захворюваннями в дослідження не входили). Виявлена чітка взаємозв'язок з сезонним ростом ОРВИ. Чітких різниць в клінічних проявленнях в залежності від віку виявлено не було, тільки у дітей перших шести місяців життя більш часто отримувалися явлення бронхіоліти. Порівняльна характеристика перебігу захворювання у дітей раннього віку показала, що явлення бронхіальної обструкції зникали більш часто на 3-6 день від початку захворювання у дітей без супутньої патології, у дітей з наявністю анемії, перинатальної енцефалопатії явлення бронхіальної обструкції зберігалися до 10-12 днів. Довготривалість перебігу захворювання залежала і від термінів госпітального етапу і якості лікування на догоспітальному етапі.

Таким чином, наявність несприятливого преморбідного фону, тягарчий анамнез, соціальні умови грають значущу роль в розвитку бронхообструктивного синдрому у дітей раннього віку.

АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА У ХВОРИХ З ДЕБЮТОМ ШИЗОФРЕНІЇ

Мудренко І.Г., лікар – психіатр, аспірант

Науковий керівник – д-р мед.наук, проф. Сміян О. І.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1

Метою проведеного дослідження було вивчення аутоагресивної поведінки у хворих з маніфестним психозом шизофренії на етапі першої госпіталізації до психіатричного стаціонару.

В умовах гострого психіатричного відділення Сумського обласного психоневрологічного диспансеру було обстежено 18 пацієнтів з першим психозом шизофренії.

Виявилось, що основну масу обстежених (93,3%) складають особи найбільш працездатного віку (від 20 до 50 років), (50%) чоловіки та (50%) жінки. У переважній більшості пацієнтів (72,2%) діагностовано параноїдну форму шизофренії, у (16,6%) просту, порівну по (5,5%) – кататонічну і шизоафективну форми. Суїцидальні думки висловлювали

(55,5%) обстежених, безпосередньо перед надходженням до стаціонару суїцидальну спробу скоїли (38,8%) хворих. Серед способів здійснення суїциду в даній групі переважали отруєння лікарськими речовинами та самопорізи – по 42,8%, химерні спроби (татування, схильність до хірургічних втручань, відмова від їжі, тощо) склали - 14,4%. Результати клініко-анамнестичного дослідження показали, що суїцидальна поведінка при дебюті шизофренії визначається психопатологічною симптоматикою, «психологічно зрозумілими переживаннями» на тлі зміни мотиваційної сфери.

У клінічній картині найчастіше відмічались розлади сприйняття у вигляді псевдогалюцинацій, маячні ідеї відношення, переслідування, депресивний афект. Абсолютна більшість обстежених намагались пояснити свій стан психотравмуючими факторами.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ КИШКОВОГО ДИЗБАКТЕРІОЗУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Мелаш І.В., лікар-інтерн зі спеціальності

«загальна практика – сімейна медицина»

Науковий керівник – доц. Романюк О.К.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1

Проводився ретроспективний аналіз медичних карток амбулаторних хворих дітей 1-го року життя (100 дітей 2002-2003 року народження) з дизбактеріозом кишечника, з яких 58% хлопчиків, 42% дівчаток.

Виявлено, що у всіх (100%) дітей відзначався несприятливий антенатальний перебіг: 65% матерів лікувалися в період вагітності з приводу екстрагенітальної патології. Гестози I та II половини вагітності реєструвалися у 30%, загроза переривання вагітності – у 46%, урогенітальна інфекція – у 21%. Лікування вагітних здійснювалося призначенням антибіотикотерапії, гормональних препаратів.

Серед обтяжливих преморбідних факторів ведуче місце займають анемія – 35%, перинатальне ураження ЦНС ц 25%, раннє штучне і змішане вигодовування і 50% випадків.

Дизбактеріоз кишечника виникав у 33% дітей на 1-му місяці життя, в 38% на 2-му місяці.

Мікробний пейзаж у хворих характеризувався наявністю патогенного стафілококку у 92%, Klebsiella – 13%, Candida albicans – 8%, асоціаціями Klebsiella, S. aureus – 4%, S. aureus, Proteus vulgaris у 4% обстежених дітей. Порушення облігатної групи характеризувалися відсутністю біфідо- і лактофлори у 33%, появою гемолізуючих ешеріхій у 25% дітей. Дизбіоз II ст. був встановлений у 70% дітей, III ст. – 8%.

В залежності від виявленого характеру порушення складу мікрофлори найбільш ефективними у комбінованому лікуванні виявилися наступні препарати – ніфуросазид, фуразолідон, йогурт, специфічні бактеріофаги (стафілококовий, клебсієльозний, йогурт, лінекс, дуфалан). Виникла потреба у призначенні антибіотиків у 11% випадків.

У діагностиці, лікуванні дизбактеріозу кишечника, як складного патологічного процесу, виникає необхідність враховувати, окрім клініки захворювання, даних лабораторного обстеження, дані анамнезу, супутню патологію, динаміку зміни мікрофлори кишечника.

УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ ВАКЦИНАЦІЇ ТА РЕВАКЦИНАЦІЇ БЦЖ У ДІТЕЙ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ В ДИНАМІЦІ (1997 – 1998 рр. та 2003 – 2004 рр.).

Кочубій Л. В., студ. 6-го курсу медичного факультету

Науковий керівник - канд. мед. наук Бондарчук О. Б.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології

Початок ХХІ століття характеризується погіршенням епідеміологічної ситуації з туберкульозу в усьому світі. Неухильно зростає частота цього захворювання і в нашій країні. Зважаючи на патогенні властивості збудника туберкульозу, основну роль в імунному захисті відіграють клітинні механізми. Тому найефективнішим методом боротьби з туберкульозом є вироблення набутого активного імунітету шляхом вакцинації БЦЖ. Згідно рекомендацій ВООЗ, імунізацію вакциною БЦЖ рахують однією з найбільш важливих мір профілактики туберкульозу. Ця вакцина являє собою атенуйований стабілізований Кальметом і Гереном варіант вірулентного штаму М. Bovis. Для вакцинації у нас в країні використовують два види вакцини – БЦЖ та БЦЖ-м. При введенні вакцини відбувається активізація імунної відповіді на антиген (яким є БЦЖ-вакцина), з формуванням антимікробного імунітету проти туберкульозу. Проте вакцинація зустрічає ряд перешкод, однією з яких є поствакцинні ускладнення у вигляді регіональних лімфаденітів, холодкових абсцесів, виразок, колоїдних рубців.

Метою нашого дослідження було вивчити частоту, структуру та залежність від статі поствакцинних БЦЖ реакцій серед дітей Вінницької області за період з 2003 по 2004 роки і порівняти ці дані з дослідженням проведеним в 1997-1998 роках. Статистичним методом було проаналізовано кількість випадків ускладнень БЦЖ вакцинації та ревакцинації за 2003-2004 роки за даними поліклініки обласного протитуберкульозного диспансеру і порівняно з даними попереднього дослідження. Вибірка обох досліджень була репрезентативною.

Загальна частота ускладнень після вакцинації та ревакцинації у дітей Вінницької області склала 0,15% та 0,12, відповідно у двох дослідженнях. Ці величини є більше ніж в 6 раз вищими за регламентовану наказом МОЗ України № 233 від 1994 року – 0,02 %. Більша частота ускладнень після вакцинації 0,17%. Як і в попередньому дослідженні найчастішим ускладненням після вакцинації є підпахвинний лімфаденіт 85%, але питома вага його збільшилась на 5%. Після ревакцинації структура змінилася – частіше зустрічались не холодкові абсцеси, а підпахвинні лімфаденіти (60%). Що співпадає з даними літератури. Зберігається тенденція більш частішого виникнення ускладнень у хлопчиків порівняно з дівчатками. Найбільша частота ускладненого перебігу вакцинації БЦЖ спостерігається у м.Вінниці, що потребує подальшого вивчення. Збільшення поствакцинних БЦЖ реакцій може свід-

чити як про невисоку якість вакцини, так і про помилки при проведенні вакцинації або ж про імунологічні зрушення у дітей, які підлягають щепленню, що в будь-якому разі потребує поглибленого вивчення. Те ж саме можна сказати, вивчаючи структуру ускладнень по районах проживання.

АНАЛІЗ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ДІТЕЙ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

Дрозд І.О., Наконечна М.О., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – асист. Уриваєва М.К.

*Харківський державний медичний університет,
кафедра госпітальної педіатрії*

Загально відомо, що домінуючею причиною захворюваності у дітей є хвороби органів респіраторної системи. Вважається, що 60% дітей, що звертаються до лікаря-педіатра, мають патологію респіраторної системи.

З метою вивчення змін центральної гемодинаміки у дітей з бронхообструктивним синдромом нами обстежено 28 дітей, з них 18 дітей з бронхіальною астмою середнього ступеню важкості та 10 дітей з хронічними бронхолегеневими захворюваннями. Середній вік дітей – 10,5 років. Тривалість захворювання вкладає в середньому 5,5 років.

Завдання – встановити електрокардіографічні та ехоскопічні особливості серця у дітей з бронхообструктивним синдромом та оцінити функцію зовнішнього дихання за даними спірографії.

При електрокардіографічному обстеженні у 27% встановлено скорочення інтервалу PQ ($p < 0,05$). Ехоскопічно у 27% дітей виявлено дилатацію правих камер серця, у 30% виявлено ПМК. За даними спірографічного обстеження встановлено зниження ЖЄЛ, об'єму форсованого видиху (ОФВ), пікової швидкості видиху у 78% дітей. Виявлено зниження фракції вибросу лівого шлуночка (ФВЛШ) у 70% дітей. Встановлені достовірні взаємозв'язки між легеневими об'ємами та ФВЛШ (ЖЄЛ – $r = 0,26$; $p < 0,05$; ОФВ – $r = 0,21$; $p < 0,05$).

Таким чином, отримані дані свідчать про необхідність корекції функціонального стану серцево судинної системи у дітей з бронхообструктивним синдромом.

**К ВОПРОСУ О РАЦИОНАЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ
АНТИАГРЕГАНТОВ И ДЕЗАГРЕГАНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ОСТРЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ**

Латышев Л.Е., заоч. асп., врач детский гематолог;

Наконечная М.А., студ. 5-го курса

Научный руководитель – проф. Одинец Ю.В.

Харьковский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской педиатрии

Обследовано 60 детей в возрасте от 5 до 14 лет больных острым гломерулонефритом. Среди них острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом (НиС)– 26 детей; острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом (ИМС)– 24 детей; острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом (НС)– 6 детей; нефротический синдром с гематурией и артериальной гипертензией (НГГ) – 4. У детей исследовали содержание интерлейкина 1-бета (IL-1) в сыворотке крови иммуноферментным способом с использованием стандартных тест-наборов «Протеиновый контур», Россия в острый период заболевания и периоде ремиссии в 9-00 и 22-00. В острый период заболевания наибольший уровень IL-1 наблюдали у детей с НиС ($111,2 \pm 12,4$ пг/л) и с ИМС ($99 \pm 8,6$ пг/л), у детей с НС и НГГ содержание IL-1 в крови составило $72,2 \pm 8,8$ пг/л и $79,6 \pm 9,6$ пг/л соответственно. В периоде ремиссии концентрация IL-1 в крови значительно снижалась в группах НиС ($62,4 \pm 6,4$ пг/л) и ИМС ($46,8 \pm 5,3$ пг/л). У детей с НС уровень IL-1 незначительно снижался ($67,4 \pm 5,92$ пг/л), а у детей с НГГ в период ремиссии даже несколько превышал показатели острого периода заболевания ($85,4 \pm 6,3$ пг/л). В острый период заболевания у больных всех групп уровень IL-1 в крови был выше в 22-00 в сравнении с 9-00 достигая 38% у детей с НГГ. В периоде ремиссии эти различия были менее значимыми. Учитывая выявленные изменения предложена схема назначения антикоагулянтов и дезагрегантов применительно к циркадным изменениям уровня IL-1 в крови.

**ПОКАЗНИКИ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЯКІ
ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРУ ТА ХРОНІЧНУ ГІПОКСІЮ**

Дрючина Т.В., аспірант

Науковий керівник – проф. Єршова І.Б.

*Луганський державний медичний університет,
кафедра педіатрії № 1 з дитячими інфекціями*

Асфіксія та хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода (ХВУГ) серед причин смерті дітей раннього неонатального періода займають третє місце (12,1%), а в структурі захворюваності – перше місце (>30%) (Гойда Н.Г., Суліма О.Г., 1999). Недостатнє постачання плода киснем призводить до значних змін в його стані. Кров – це система, яка швидко відображає те, що

відбувається в організмі, а саме під впливом гіпоксії змінюється кількість, морфологія та біохімізм клітин крові.

В роботі проаналізовано 734 дослідження периферичної крові 147 немовлят у віці від 1 до 10 діб життя, які перенесли ХВУГ та народилися у стані асфіксії. Було сформовано три групи в залежності від ступеню тяжкості асфіксії: перша – 32 новонароджених з оцінкою за шкалою Апгар 7-8 балів, друга – 71 дитина, яка народилася в асфіксії середньої тяжкості, третя – 44 немовляти, які народилися в тяжкій асфіксії.

Виявлено, що більш виражені зміни спостерігалися в третій групі при порівнянні з першою та другою: зниження кількості еритроцитів, лейкоцитів, тромбоцитів, вмісту гемоглобіну, кольорового показника та ШОЕ. Середня кількість еритроцитів в цій групі в залежності від дня коливалась від $5,78 \pm 0,21 \times 10^{12}/л$ до $4,71 \pm 0,14 \times 10^{12}/л$, лейкоцитів - від $15,2 \pm 2,19 \times 10^9/л$ до $7,62 \pm 0,98 \times 10^9/л$, тромбоцитів - від $258,0 \pm 31,8 \times 10^9/л$ до $175 \pm 34,9 \times 10^9/л$, ШОЕ - від $4,2 \pm 0,28$ мм/год до $2,6 \pm 0,36$ мм/год, середній вміст гемоглобіну - від $196,0 \pm 7,51^7/л$ до $156,0 \pm 4,85^7/л$, кольоровий показник - від $0,99 \pm 0,01$ до $0,94 \pm 0,01$ ($p < 0,05$).

Таким чином, ХВУГ і асфіксія різного ступеню тяжкості ведуть до виснаження компенсаторних можливостей організма, що проявляється змінами показників периферичної крові.

СТРУКТУРА СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ М.ЗАПОРІЖЖЯ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗА ДАНИМИ СКРИНІНГОВОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Зайцева Е.Д., студ. 5-го курсу

Науковий керівник - доц. Недельська С.М.

Запорозький державний медичний університет

Кафедра факультетської педіатрії

Вивчено структуру сенсibilізації до основних алергенів у 391 дитини, хворої на БА різної ступені важкості, за допомогою скринінгового обстеження. Для цього було використано комплекс діагностичних методів: анамnestичні дані, алерготестування з харчовими, побутовими, епідермальними, грибовими алергенами, з алергеном *Dematophagoides pteronissinus*, а також лабораторні методи (визначення рівня загального та специфічного IgE). За даними нашого дослідження, частіше всього зустрічається сенсibilізація до кліщових алергенів (29,60%), сенсibilізація до пилку рослин виявляється у 25,83% хворих, до епідермальних алергенів собак – у 24,04%. Алергени побутового пилу та алергени котів зустрічались найбільш рідко (20,20% та 18,93% відповідно). В 36,32% випадків було виявлено полівалентну сенсibilізацію. Концентрація загального IgE у крові хворих на БА склала $257,9 \pm 35,7$ МЕ/л, що перевищує таку у здорових ($69,40 \pm 18,10\%$) ($p \leq 0,05$). Високий рівень специфічних IgE до кліщових алергенів мали 34,4% дітей ($n=32$), до

пилу рослин – 16% (n=43). що співпадає з частотою сенсibiliзації, виявленої шляхом шкірних проб. Однак середня концентрація IgE до алергенів пилу рослин була вищою, ніж до домашнього пилу ($32,0 \pm 1,5$ та $20,3 \pm 2,5$ МЕ/л відповідно). У контрольній групі специфічні IgE до кліщових та рослинних алергенів не виявлялися. Таким чином, для верифікації діагнозу БА поряд із анамнезом необхідно врахувати результати шкірних проб і виміри концентрації IgE.

КЛІНІКО-ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ КИШКОВОГО ТОКСИКОЗУ ПРИ ШИГЕЛЬОЗАХ У ДІТЕЙ

*Таранова Т.В., лікар-інтерн; Пахольчук О.П., студ. 5-го курсу
Науковий керівник – асист. Пахольчук Т.М.
Запорізький державний медичний університет,
кафедра дитячих інфекційних хвороб*

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей клінічного перебігу шигельозу та визначення гематологічних індексів інтоксикації, а саме: ЛШ – лейкоцитарний індекс інтоксикації, ІЗЛК – індекс зсуву лейкоцитів крові, $I_{\text{лім}}$ – лімфоцитарний індекс. Проаналізовано 37 історій хвороб дітей, хворих на шигельоз у віці від 1 до 13 років. Дітей раннього віку було 14, від 4 до 8 років – 11 і 9 – 13 років – 12. Дітей хворих на шигельоз Зонне було – 27, а на – шигельоз Флекснера 10. В перші дві доби госпіталізовано 21 хворий на шигельоз Зонне та 6 – на шигельоз Флекснера. Переважали середньо тяжкі форми захворювання при шигельозі Зонне, що супроводжувались проявами ексикозу у 12 хворих. Клініка кишкового токсикозу при шигельозі Зонне відмічалась у 13 хворих. Клінічною формою шигельозу Зонне частіше був ентероколіт (14 хворих) та гастроентероколіт (11 хворих), рідше – коліт. При аналізі гематологічних показників при шигельозі Зонне ЛШ дорівнював $2,5 \pm 1,9$; ІЗЛК – $2,1 \pm 1,1$; $I_{\text{лім}}$ – $-0,4 \pm 0,02$. У 2 хворих на шигельоз Флекснера хвороба мала тяжкий перебіг, а у 7 середньотяжкості. В цій групі хворих симптоми токсико-ексикозу відмічались у 6 хворих. Частіше заворювання проявлялось ентероколітом (8 хворих) і рідше гастроентероколітом (2 хворих). Аналіз гематологічних показників показав, що при шигельозі Флекснера ЛШ склав $3,5 \pm 2,1$; ІЗЛК – $3,8 \pm 2,5$; $I_{\text{лім}}$ – $-1,8 \pm 0,4$.

Висновки: у обстежених дітей частіше виділялась шигела Зоне, ентероколіт був провідною клінічною формою, але гематологічні індекси інтоксикації були вищими при шигельозі Флекснера.

Педіатрія 2

ПРИМЕНЕНИЕ ЗАТРИНА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С

ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Абу-Тог Нидаль, Аль Махарик Арафат, студ. 6-го курса

Научный руководитель – доц. Загородний Н.П.

СумГУ, кафедра педиатрии №2

Антибактериальные препараты являются одной из наиболее часто применяемых групп лекарственных веществ. По данным ВОЗ только от 25 до 50% больных лечатся антибактериальными препаратами адекватно и рационально. Одной из часто назначаемой группой антибиотиков остаются макролиды, особенно новой генерации.

Целью нашего исследования было выяснение эффективности применения затрина в лечении детей из заболеваниями органов дыхания. Нами проведена экспертная оценка 32 карт детей возраста 8-14 лет, лечившихся в пульмонологическом отделении СОДКБ и получавших затрин (опытная группа) и 30 карт детей аналогичного возраста, лечившихся в этом же отделении и не получающих затрин (контрольная группа). Все дети заболели дома.

Дети опытной группы по диагнозам распределились следующим образом: с бронхопневмониями 16, с бронхитами 16, в том числе 6 с явлениями обструкции. Среди детей контрольной с пневмониями было 12, с бронхитами 18, в том числе 7 с явлениями обструкции. Среди тетей опытной группы явления лейкоцитоза отмечались в 15 случаях, у детей контрольной группы в 17 случаях, повышение СОЭ отмечено соответственно в 26 и 27 случаях. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево был отмечен только в трети случаев, как в опытной, так и контрольной групп. По клинике заболеваний тяжести состояния дети групп не отличались. При сопоставлении детей опытной и контрольной групп нами установлено, что средние сроки пребывания на лечении детей опытной и контрольной групп не отличались. Улучшение состояния как в обеих группах наступало на 3-и сутки.

Таким образом, использование затрина при лечении детей из заболеваниями органов дыхания целесообразно. Средние сроки лечения и клинический эффект не хуже, чем при парентеральном применении антибиотиков.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗАТРИМКИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Турова Л.О., студ. 6-го курсу

**Науковий керівник - канд. мед.наук, доц. Пилипець І.В.
СумДУ, кафедра педіатрії № 2**

Проблема затримки внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР) набуває все більшої актуальності. Частота ЗВУР складає 4-8% у розвинутих країнах, 6-30% в країнах, що розвиваються, 20% мкртвонароджених мають ЗВУР. Перинатальна смертність серед дітей, хворих на ЗВУР в 4-8 разів вища, ніж у дітей з нормальними показниками фізичного розвитку, у половини новонароджених, що вижили реєструються тяжкі гострі та хронічні захворювання. Для новонароджених зі ЗВУР характерними є порушення адаптації до умов позаутробного життя.

Мета роботи - вивчення факторів ризику виникнення ЗВУР, її частоти та перебігу неонатального періоду при ЗВУР.

Проаналізовано 380 історій хвороб немовлят, які лікувалися у відділеннях патології новонароджених та недоношених дітей Сумської обласної дитячої клінічної лікарні: 180 історій хвороби належало доношеним, 200 - недоношеним новонародженим. Діагноз ЗВУР спостерігався у 32 (17,7%) доношених та у 64 (42%) недоношених немовлят.

У доношених дітей гіпотрофічний варіант ЗВУР зустрічався в 21 випадку (65,6%), гіпопластичний у 8 випадках (25%), диспластичний - у 3 випадках (9,4%).

У недоношених дітей гіпотрофічний варіант ЗВУР зустрічався у 40 немовлят (62,5%), гіпопластичний у 15 (23,5%), диспластичний - у 9 (14%).

При аналізі анамнезу звертає на себе увагу перебіг вагітності на тлі анемії (100%), загрози переривання вагітності (25%), хронічної фетоплацентарної недостатності (40%), гестозу (15%). Питому вагу в етіології захворювання займають соціально - біологічні фактори, особливо - низький соціально економічний та освітній рівень матері.

**ВИКОРИСТАННЯ ВИЇЗНОЇ ФОРМИ РОБОТИ ПРИ МЕДИЧНОМУ
ОБСЛУГОВУВАННІ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ В РЕЗУЛЬТАТІ
ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ**

Богданова Г.В., Коваленко Л.В., Алісієвич Е.А.

Науковий керівник – доц. Загородній М.П.

Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Суми

В останнє десятиріччя в Україні спостерігається погіршення основних показників здоров'я дитячого населення. Це спровоковано несприятливими соціально-економічними умовами останніх років, екологічною ситуацією, в тому числі і впливом чорнобильської катастрофи. Зростає ендокринна патологія, частота анемії. Причому кількість дітей першої групи здоров'я скоротилася в 3-5 разів. Поширеність захворювань у дітей чорнобильського контин-

нгенту за останні 10 років зросла більш ніж на 50% (3153,8 на 1000), захворюваність зросла майже на третину (2054,0 на 1000).

В обласній дитячій клінічній лікарні організовані виїзди спеціалістів обласного центру та працівників кафедри педіатрії для проведення медичних оглядів дітей, які потерпіли в результаті чорнобильської катастрофи. Це дозволило значно покращити якість медичних оглядів, повноту лабораторного та інструментального обстеження дітей. Діти з виявленою патологією госпіталізувалися в спеціалізовані відділення обласної дитячої клінічної лікарні, обласними фахівцями взяті на диспансерний облік, одержують профілактичне лікування.

Завдяки комплексному підходу в організації медичного обслуговування дітей, які потерпіли в результаті чорнобильської катастрофи, за останні 9 років намітилася позитивна динаміка показників здоров'я. Так, поширеність дифузного зобу 1 ступеня знизилася (235,8 на 1000 в 2003 році, при 320,9 на 1000 в 1995), поширеність залізодефіцитних анемій у дітей цієї категорії складала 17,8 на 1000 при 84,9 на 1000 в 1995 році). Питома вага визнаними здоровими дітей цієї групи за останні 5 років зросла з 12% до 17,7%.

Таким чином, використання виїзної форми роботи в медичному обслуговуванні дітей дає змогу покращити якість, наблизити висококваліфіковану медичну допомогу дітям з сільської місцевості.

ПОШИРЕНІСТЬ ГОСТРОЇ ЛЕЙКЕМІЇ ТА ЇЇ УСКЛАДНЕНЬ СЕРЕД ДІТЕЙ ОБЛАСТІ

Дарочкін Є.В., Сокол О.В., Шевченко Т.В., Шкіра О.В.,

Пресікайло О.М., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – асист. Лобода А.М.

СумДУ, кафедра педіатрії №2

Тенденція до збільшення поширеності гострої лейкемії, зростання відсотку ускладнень зумовили необхідність вивчення розповсюдженості цієї патології. Джерелом інформації слугували історії хвороби стаціонарних хворих гематологічного відділення Сумської обласної дитячої клінічної лікарні за 2004 р.

За літературними даними захворюваність на гостру лейкемію коливається від 3 до 5 випадків на 100000 дитячого населення. В нашій області за період 1996 - 2004 рр. захворюваність складала 2,8-6,7 на 100000 дитячого населення.

Встановлено, що серед пролікованих у відділенні 43,48% складають дівчатка, 56,52% - хлопчики. Діти перших 5 рокув життя склали 15%, від 5 до 10 років - 35%, старше 10 років – 50%.

Ускладнення виявлені у 60% хворих дітей. Найбільш поширеними серед них були: вірусний гепатит В (30,95%), пневмонії (16,7%), фебрильний

агранулоцитоз (11,9%), ангіопатія сітківки очей (11,9%), кардіопатії (11,9%), мукозити (9,51%), гастрити (7,14%).

Результати дослідження свідчать, що хлопчики хворіють на гостру лейкомію в 1,3 рази частіше дівчат. Звертає на себе увагу також високий відсоток інфікованості гепатитом В (майже третина дітей), що пов'язано з великою кількістю трансфузій препаратів крові при лікуванні. Для запобігання цьому необхідно ширше використовувати при цитопенії препарати рекомбінантного людського еритропоєтину та гранулоцитарні ростові фактори.

МОНІТОРІНГ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ

*Дудкіна О.В., Кірой О.І.**

Науковий керівник – доц. Загородній М.П.

СОЦАГР, СОДКЛ, м. Суми*

Проблема вроджених вад розвитку є актуальною для розвинутих країн з низьким рівнем народжуваності. У 11-16% дітей, що поступають на стаціонарне лікування, наявні генетичні захворювання, в тому числі в 1-2% вади розвитку (Берман Р.Е., Воган В.К., 1991). Сумська область вважається однією з екологічно чистих областей України.

Нами проаналізовані за останні 5 років результати моніторингу дітей з вродженими вадами розвитку, результати лікування цих дітей в умовах відділень СОДКЛ. Кількість дітей, які народилися живими з 2000 по 2003 рік знижувалася і тільки в 2004 році намітилася тенденція до зростання народжуваності (на 100 більше, ніж в 2003).

В останні роки знизилася кількість і мертвонароджених, що пояснюється впровадженням в області ультразвукової скринінг діагностики. Знизився також показник грубих вроджених вад розвитку з 345 до 202 на 10000. Необхідно відмітити, що цей показник без урахування генетичних захворювань, які для діагностики потребують спеціальних лабораторних досліджень і в області пока не проводяться. В області не вдалося добитися значного зниження вроджених вад серця, патології ЦНС. Знизилася кількість дітей з вродженими вадами кістково-суглобової системи (за 5 років більше, ніж в 2 рази), з патологією сечо-статевої системи.

В області намітилася тенденція до зростання госпіталізації дітей з вродженою патологією безпосередньо з пологових відділень. Налагоджено чіткий комп'ютерний моніторинг дітей вродженими вадами серцево-судинної системи з щорічним консультуванням дітей кардіохірургами клініки Києва. Впровадження моніторингу дозволяє забезпечити контроль за дітьми з вродженими вадами розвитку за своєчасністю проведення корекції та диспансерним спостереженням на місцях.

СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ, ЩО НАРОДИЛИСЯ З ВЕЛИКОЮ МАСОЮ ТІЛА

*Зайцева Г.В., завідувача 3-м педіатричним відділенням
2-ї міської дитячої поліклініки*

Проведено оцінку фізичного розвитку у 377 дітей, з яких 51 - з масою тіла при народженні 4000 г та більше; 106 - з масою тіла при народженні від 3700 до 4000 г; 220 - з масою тіла при народженні від 3000 до 3700 г - контрольна група.

У дітей, які народились з великою масою тіла встановлено більш високий рівень захворюваності - 1837,4‰ проти 1664,3‰ в контрольній групі.

У всіх групах найбільш поширеними були ГРВІ. Частота ГРВІ у дітей з великою масою тіла при народженні була нижчою ніж в контролі (відповідно 62,17% ± 2,21% та 67,05% ± 0,7%), але слід відзначити більш високий рівень в цій групі пневмонії - 144,6‰ ± 9,7‰ та бронхіту - 110,5‰ ± 8,7‰ (в контрольній групі відповідно 116,5‰ ± 5,1‰, $p < 0,01$; 36,7‰ ± 3‰, $p < 0,001$).

У дітей, що народились великими, респіраторні захворювання характеризувались затяжним перебігом, що, можливо, пов'язано з більшою частотою фонових захворювань - аномалій розвитку (46,6‰ ± 5,8‰, $p < 0,05$), рахіту (336,2‰ ± 13,1‰, $p < 0,01$), ексудативно-катарального діатезу (122,6‰ ± 9,1‰, $p < 0,05$). Діти, що народились з великою масою тіла, частіше хворіли на повітряно-крапельну (73,9‰ ± 7,3‰, $p < 0,001$) та гнійно-септичну інфекцію (85,6‰ ± 7,8‰, $p < 0,05$).

Відзначено також більш високий відсоток захворювань нервової системи у цих дітей (96,6% ± 8,2%, $p < 0,001$), що скоріше за все було наслідком перенесеної ante- та інтранатальної гіпоксії, а також пологової травми. Таким чином, дітей, що народилися з великою масою тіла, слід відносити до групи ризику з інфекційних, деяких фонових захворювань та ураження нервової системи.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ

*Зайцева И.И., студ. 5-го курса
Научный руководитель – доц. Загородний Н.П.
СумГУ, кафедра педиатрии №2*

Под нашим наблюдением находилось 63 ребенка в возрасте 10-15 лет с вегетососудистой дистонией. У всех детей были жалобы на головную боль, проходящие боли в области сердца, быструю утомляемость, повышенную раздражительность, отклонение от возрастной нормы артериального давления, что и послужило основанием к постановке диагноза ВСД на догоспитальном этапе. При обследовании у 68% детей установлено более 3-х диагнозов соматического генеза, в 32% случаев - два диагноза.

На первое место (50%) среди соматической патологии вышли заболе-

вания желудочно-кишечного тракта (гастриты, гастродуодениты, ДЖВП) и почек (36,5%): врожденные аномалии (19,1%), дисметаболические оксалатные нефропатии (18,4%), пиелонефриты (14,2%). Больше половины детей в раннем возрасте относились к группе часто болеющих, 41,2% имели отягощенный перинатальный анамнез, 28,1% - гиперплазию щитовидной железы, 23,4% - нарушение осанки, 18,9%-черепно-мозговую травму в анамнезе, 17,3%-дефицитную анемию. У всех наблюдаемых детей выявлены изменения вегетативного гомеостаза в виде нарушения вегетативной реактивности (54,7%) и исходного вегетативного тонуса (64,8%), которые коррелировались лечением соматического заболевания.

Таким образом, наши наблюдения подтверждают патогенетическую роль соматических заболеваний в развитии вегетативной дисфункции у детей.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ 10-ТИ ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ В СВЯЗИ С ИХ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПРИ РОЖДЕНИИ

Зайцев И.Э., доц.

Сумской государственной университет, кафедра педиатрии № 2

Предполагается, что дети, рожденные с разными антропометрическими данными и соответственно различным иммунно-эндокринным статусом могут по-разному развиваться как в раннем, так и в более позднем онтогенезе.

Целью настоящего исследования было изучение особенностей в структуре заболеваемости детей, рожденных с различными антропометрическими данными, на протяжении первых 10 лет их жизни.

Для достижения цели были изучены 285 индивидуальных поликлинических карт развития детей, рожденных крупными - 76, маловесными - 64 и 145 - средневесными (последние составили группу контроля).

Из общей выборки крупных детей наиболее обширной оказалась группа детей, рожденных со средним ростом и избыточной массой тела - 56,7%.

Анализ заболеваемости на 1-м году жизни показал, что у детей рожденных как маловесными, так и крупными она выше по сравнению со средневесными. Интересно, что среди не болевших на 1-м году жизни средневесных и крупных гармонично развитых преобладали девочки, а среди маловесных и рожденных с повышенной массой – мальчики ($p < 0,05$).

Результаты дисперсионного анализа свидетельствуют о том, что наибольшая зависимость структуры заболеваемости на 1-м году жизни от антропометрических параметров ребенка имеет место в группе детей, рожденных с гипотрофией. У них сила влияния массы и длины тела новорожденного на частоту возникновения ОРЗ, пневмонии, гриппа, инфекционного гастроэнтероколита, детских инфекций, экссудативного диатеза рахита, аллергического дерматита, дефицитной анемии, пиодермии, фурункулеза оказалась равной

0,3 при f -критерії 3,718; ($p < 0,001$). Аналіз коефіцієнта правдоподібності показав, що діти в першу чергу піддані піодермії, фурункулезу, дефіцитній анемії, рахиту і інфекційному гастроентероколіту. Обрачає на себе увагу, що по мірі дорослішання дитини, народженої з гіпотрофією, вплив антропометричних даних на структуру захворюваності зменшується і до 10-го року життя взагалі зникає.

У групі дітей народжених з великим вагою і зростом на 1-му році життя не виявлено зв'язку структури захворюваності з антропометричними особливостями новонароджених, виявлялася лише тенденція до такої. Аналіз коефіцієнта правдоподібності виявив тенденцію схильності цих дітей до піодермії, фурункулезу, алергічного дерматиту і дитячих інфекцій. На протязі наступних 9 років їх життя формується схильність до ОРЗ, гломерулонефриту, циститу, пиелонефриту, отиту, стоматиту, невротических розладів.

Дослідження виявили суттєву залежність структури захворюваності дітей народжених з великим вагою і малим зростом на 1-му році життя від антропометричних даних при народженні. В першу чергу ці діти схильні до септических уражень шкіри, алергічного дерматиту і дитячих інфекцій ($p < 0,05$). Залежність структури захворюваності від антропометричних показувачів при народженні зберігалася і в наступні 9 років життя дітей. Найбільш значимою ймовірністю виявилася в відношенні піодермії, фурункулезу, алергічного дерматиту, невротических розладів, дефіцитної анемії, ОРЗ і дитячих інфекцій.

Таким чином, вага, довжина тіла, а головне гармонічність розвитку новонародженого, в багатьох визначають особливості захворюваності дитини як на 1-му році життя і в наступні роки, що, по-видимому, обумовлено особливим імунно-ендокринним статусом цих дітей.

КОН'ЮГАЦІЙНІ ЖОВТЯНИЦІ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Ілляшенко В.О., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – асист. Лобода А.М.

СумДУ, кафедра педіатрії № 2

Кон'югаційна жовтяниця пов'язана з порушенням обміну білірубіну і збільшенням в крові рівня непрямой його фракції. Необхідність лікування кон'югаційної жовтяниці обумовлена можливістю токсичного впливу прямого білірубіну (НБ) на нервові клітини з подальшою їх дегенерацією та загибеллю. Поява білірубінової інтоксикації залежить не тільки від рівня НБ, але і від таких чинників, як незрілість плода та недоношеність.

Мета роботи - з'ясувати поширеність, перинатальні фактори ризику, особливості лікування кон'югаційної жовтяниці у недоношених дітей.

За даними аналізу історій хвороб відділення II етап виходжування недоношених новонароджених встановлено, що 83,3% недоношених дітей мали

жовтяницю. Перші ознаки інтоксикації з'являлися при рівні НБ 150 -240 мкмоль/л.

Оскільки перинатальна гіпоксія підвищує чутливість нервових клітин до пошкоджуючого впливу НБ, дослідження факторів ризику при вагітності має суттєве значення. Встановлено, що у 70% матерів перебіг вагітності був ускладненим анемією I-II ст., 27,8% жінок мали прояви респіраторної інфекції при вагітності, екстрагенітальну патологію (дифузний зоб, хронічний пієлонефрит, гіпертонічна хвороба) зустрічалася у 33% вагітних.

Найбільш доцільно при лікуванні кон'югаційної жовтяниці поєднувати інфузійну терапію з призначенням фенобарбіталу та фототерапією. Об'єм інфузії на 1 добу життя при масі тіла менше 1,5 кг складав 30-40 мл/кг, при масі більше 1,5 кг - 40-50 мл/кг. В подальшому щодоби додавали по 20 мл/кг до зниження рівня НБ до 150-160 мкмоль/л. Фототерапія була ефективною в 100% випадків. При проведенні фототерапії необхідно збільшити об'єм інфузійної терапії на 30 мл/кг/добу.

ЗАЛЕЖНІСТЬ РІВНЯ ГЕМОГЛОБІНУ, ЕРИТРОЦИТІВ КРОВІ У ШКОЛЯРІВ ВІД РІВНЯ ГОРМОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ

Козир Ю.М.

Науковий керівник – проф. Маркевич В.Е.

СумДУ, кафедра педіатрії №2

Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Суми

Стан здоров'я школярів протягом останнього десятиліття продовжує погіршуватися, що пов'язано з несприятливою екологічною ситуацією в більшості регіонів України та затяжною економічною кризою, яка привела до значного зниження життєвого рівня населення. Серед захворювань школярів значне місце займають анемії.

Метою нашого дослідження було вивчення залежності рівня гемоглобіну, кількості еритроцитів від статевого розвитку.

Матеріали та методи. Нами була обстежена група дітей шкільного віку (49 осіб), які мешкали в районі із слабким рівнем забруднення місцевості промисловими викидами (рівень забруднення району взятий із звіту Новоомсковської геологорозвідувальної експедиції (1992).

Результати дослідження. Встановлено, що у дітей з близького соціального прошарку рівень гемоглобіну в середньому був близький до нормального ($121,8 \pm 9.6$ г/л). Кількість еритроцитів також наближалася до норми ($3.37 \pm 0,25 \times 10^9$ /л). У дітей, в яких спостерігалось збільшення щитовидної залози (14 дітей), в 6 випадках був знижений рівень трийодтироніну та тироксину (в середньому відповідно 1.12 ± 0.10 нмоль/л та 72.2 ± 5.7 нмоль/л) при незначному підвищенні рівня тиреотропного гормону. В 5 із них виявлено відставання в статевому розвитку. Анемія була виявлена в 7 дітей, в тому числі в 5, які мали затримки статевого розвитку. Рівень прогестерону у них

склав $1,11 \pm 0,18$ нмоль/л, кортизолу $372,96 \pm 18,17$ нмоль/л. Встановлена пряма кореляція між рівнем кортизолу та тиреоїдною активністю ($r_{xy}=0,75$), між рівнем еритроцитів та пролактином ($r_{xy}=0,496$). Таким чином залізодефіцитна анемія частіше зустрічається у дітей із порушеннями статевого розвитку та при зниженні тиреоїдної активності.

ДЕФЦИТ ЗАЛІЗА ТА ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДИТИНИ

*Лобода А.М., асистент
СумДУ, кафедра педіатрії №2*

Проблема залізодефіцитних анемій (ЗДА) у дітей є однією з найактуальніших проблем охорони здоров'я. Не піддається сумніву наявність зв'язку між залізодефіцитною анемією в ранньому віці та затримкою фізичного розвитку дитини.

Обстежено 123 дитини Сумського обласного спеціалізованого Будинку дитини віком від 5-ти місяців до 3-х років. Серед них виявлено 48 дітей (39,02%) з проявами ЗДА I-II ступеня.

При клінічному обстеженні дітей встановлено, що середні показники фізичного розвитку, які відповідають центильній зоні 25-75 мають лише 16,67% (8) дітей. Розвиток нижче середнього (центильна зона 10-25) встановлено у 20,83% (10) дітей. Низький розвиток (центильна зона 3-10) відзначався ще у 27,08% (13) дітей. Решта дітей 35,42% (17) мають затримку фізичного розвитку, оскільки їх показники лежать у зоні менше 3-го центиля.

Показники фізичного розвитку у дітей

Показник	Здорові діти	Діти із ЗДА
Вік, місяців	$16,77 \pm 2,87$	$18,63 \pm 2,22$
Маса тіла, кг	$10,1 \pm 0,63$	$8,36 \pm 0,54, p < 0,05$
Довжина тіла, см	$76,69 \pm 1,17$	$73,46 \pm 1,06, p < 0,05$
Обвід голови, см	$45,25 \pm 0,73$	$44,25 \pm 1,28$
Окружність грудної клітки, см	$47,37 \pm 0,85$	$44,15 \pm 1,04, p < 0,05$
	n = 25	n = 48

Примітка. p - достовірність різниці відносно показників у здорових дітей

Таким чином, лише 10-15% дітей з анемією мали фізіологічні показники фізичного розвитку. У решти була затримка розвитку, обумовлена дефіцитом заліза в організмі.

РОЛЬ ДЕЯКИХ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ В МЕТАБОЛІЗМІ ЕРИТРОЦИТА

*Лобода А.М., асистент
СумДУ, кафедра педіатрії №2*

Зрілий еритроцит людини є спрощеною клітиною за біохімічною та структурною організацією. До цих пір немає досить чітких уявлень про особливості його мікроелементного складу та метаболічні процеси, в яких приймають участь ті чи інші мікроелементи.

Залізо є компонентом гемоглобіну, входить до складу залізо - залежної каталази, яка знешкоджує перекиси, є частиною антиоксидантної системи аскорбата – каталізує окислення аскорбінової кислоти до дегідроаскорбінової.

Мідь є компонентом протопорфіринових комплексів при синтезі гемоглобіну (необхідна для утворення порфобіліногену з γ - амінолевуленової кислоти), входить до складу Cu-Zn - залежної супероксиддісмутази, яка знешкоджує супероксидний аніон, входить до складу церулоплазміну, який має оксидазну активність – знешкоджує O_2^- , як і залізо, є частиною антиоксидантної системи аскорбата.

Цинк приймає участь у обміні нуклеїнових кислот в еритроїдних попередниках, завдяки включенню в склад РНК- та ДНК – полімерази, входить до складу Cu-Zn - залежної супероксиддісмутази, приймає участь в гліколізі - входить до складу піруваткарбоксілази, приймає участь у синтезі білка – є компонентом корбоксипептідази А та В, входить до складу карбоангідрази еритроцитів, яка знешкоджує вугільну кислоту, є інгібітором фосфоліпази А₂ та аденозинтрифосфатази.

Селен входить до складу глутатіонпероксидази, яка відновлює глутатіон, сприяє підтриманню форми еритроцита (підтримує тетрамерну структуру спектрина, втрата якої призводить до гемолізу).

Кобальт - в еритроциті входить до складу каталізатора, який сприяє більш швидкому переходу заліза трансферина до складу заліза гемоглобіну.

СІМЕЙНА МЕДИЦИНА В ОБСЛУГОВУВАННІ ДІТЕЙ

Лукавенко І.М., Полов'ян К.С., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – канд.мед.наук, доц. Загородній М.П.

Сум ДУ, кафедра педіатрії №2

Реформи системи охорони здоров'я в Україні впроваджуються мляво, безсистемно, половинчато. Вкрай недостатнє фінансування галузі не дає змоги забезпечити сучасний рівень медичного обслуговування населення.

Метою дослідження було визначення якості надання медичної допомоги дітям у відділенні сімейної медицини поліклініки м. Суми з точки зору батьків дітей. Всі лікарі цього відділення мають спеціальну підготовку з сімейної медицини.

Методом анонімного анкетування нами проведено опитування 61 респондента, які з дітьми звернулися за медичною допомогою у відділення сімейної медицини. Кожен шостий опитаний (14,7%) незадоволений рівнем кваліфікації свого сімейного лікаря, а 16,4% невдоволені відношенням медичного персоналу поліклініки до себе та дитини. Це спонукало до того, що

майже половина батьків (49,1%) додатково консультували свою дитину у лікаря-педіатра, а 40,9% респондентів користувалися послугами дитячих лікарів, які мають приватну практику. Кожна п'ята сім'я (19,6%) звертається за допомогою в лікуванні хворих дітей до знахарів, екстрасенсів і т.д. Більше половини (52,5%) опитаних батьків вважає, що якість надання медичної допомоги дітям після відкриття відділення сімейної медицини і реорганізації педіатричної служби погіршилася.

Таким чином, ми розуміємо, що відділення працює менше року і не всі організаційні питання вирішені. На даному етапі організація роботи сімейного лікаря практично нічим не відрізняється від роботи дільничного, відсутні будь-які матеріальні фактори зацікавленості в організації амбулаторного лікування хворого, проведенні профілактичної роботи. Ми не ставили за мету дискредитувати, чи піддавати критиці сімейних лікарів або установи сімейної медицини. Звичайно, такий принцип надання допомоги може бути ефективний, і це доведено досвідом розвинутих країн.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ФУРАМАГУ ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ УРАЖЕННЯХ НИРОК ТА ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

Маркевич В.Е., Загородній М.П., Зайцев І.Е.

СумДУ, кафедра педіатрії №2

Оснoву медикаментозного лікування інфекційного ураження нирок та сечовивідної системи складає антибактеріальна терапія. Це вимагає постійних пошуків антибактеріальних препаратів, до яких ще не встигла розвинути-ся резистентність. Після курсу антибіотиків антибактеріальне лікування про-довжується уросептиками

Мета дослідження: виявлення ефективності використання фурамагу у дітей при інфекційних ураженнях нирок та сечовивідних шляхів.

Проаналізовані результати лікування двох груп дітей шкільного віку (7-14 років), що знаходилися в нефрологічному відділенні СОДКБ з приводу інфекційних уражень нирок та сечовідних шляхів. У групу спостереження увійшла 31 дитина яка одержувала фурамаг (в дозі 5 мг на кг маси тіла перо-рально), контрольну групу склали 30 дітей які лікувались по загальнопризна-ній методиці. Групи порівняні по статі, віку та ступеню важкості захворю-вань, поступали в перші 3 дні від початку захворювання чи загострення.

Ефективність терапії визначали шляхом визначення наявності позити-вної клінічної динаміки, нормалізації лабораторних даних, скорочення серед-ніх термінів лікування.

При аналізі результатів достовірної різниці в клінічних симптомах та даних лабораторних обстежень нами не виявлено. Серед мікрофлори яка була виділена у 55 дітей переважала E. Coli (25 з групи спостереження). В 46 ви-падках мікрофлора була чутлива до фурамагу.

В результаті призначеної комплексної терапії стан дітей покращувався. Причому у дітей групи спостереження поліпшення стану настало до 6 дня (77,4%), тоді як в контрольній групі в 33,3% ($p < 0,05$). У решти дітей стан покращився до 10 дня, в контрольній до 14. Нормалізація аналізів сечі дітей групи спостереження наступила на 2 дні раніше, середні терміни лікування були на 1,5 дня коротшими. Нормалізація показників крові - на момент виписки. Ніяких побічних дій при використанні фурамагу ні в одному випадку не було зареєстровано. Якщо враховувати середню вартість одного дня знаходження на стаціонарному лікуванні (майже 30 грн), то використання фарамагу при лікуванні інфекційних захворювань нирок та сечовивідних шляхів дає економічний ефект близько 45 гривень.

Проведені дослідження свідчать, що використання фурамагу у дітей значно поліпшує перебіг хвороби, є ефективним і доцільним методом терапії при застосуванні з перших днів лікування піелонефритів та інфекції сечовивідних шляхів.

ВИКОРИСТАННЯ СПИРОГРАФІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ПРИ ОБСТРУКТИВНИХ СИНДРОМАХ

Островська Р.М., Загородня А.П.

Науковий керівник – доц. Зайцев І.Е.

Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Суми

Гіперреактивність бронхів може індукуватися не лише імунними факторами, але і неспецифічним впливом, тобто псевдоалергічними реакціями. Несприятлива екологічна ситуація негативно впливає на реактивність дитячого організму. Частота респіраторних захворювань з обструктивним синдромом має тенденцію до зростання. Одним із методів, який дозволяє провести диференційний діагноз природи обструкції є спірографія. По загальноприйнятій методиці спірографічне обстеження проводиться лише дітям старше 6 років. Завдяки впровадженню методики проф. Зосімова А.М. та наявності сучасної апаратури, в СОДКЛ є можливість обстеження хворих дітей віком старше 2 років.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності використання спірографії у дітей раннього віку для діагностики патології органів дихання.

Проведено аналіз використання спірографії 30 дітям віком від 2 до 6 років, які лікувалися в СОДКЛ із неспецифічними захворюваннями органів дихання, при наявності синдрому обструкції.

Серед пролікованих дітей з рецидивуючим бронхітом - 11, бронхіальною астмою - 9, пневмоніями - 5, гіпоплазією легень - 3, по 1 з алергічним бронхітом та рецидивуючим бронхітом. Верифікація діагнозу здійснена на основі анамнезу захворювання, клінічної картини, даних лабораторних та інструментальних обстежень. Всі діти одержували комплексне лікування і виписані із стаціонару з покращенням.

При аналізі спірограм встановлено, що порушення прохідності різного ступеня та характеру спостерігалось у 21 хворого. Не виявлено порушень у 9 дітей. Завдяки проведеному обстеженню вдалося встановити характер та ступінь обструкції та підтвердити клінічний діагноз без проведення рентгенологічних обстежень хворих.

Таким чином, використання спірографії у дітей раннього віку є досить інформативним методом обстеження хворих з патологією органів дихання, що супроводжується обструктивним синдромом.

МІКРОЕЛЕМЕНТНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Пилипець І.В., канд. мед. наук, доцент

СумДУ, кафедра педіатрії №2

Незважаючи на досягнуті успіхи у вивченні біологічної ролі мікроелементів, деякі питання, пов'язані з їх обміном в організмі здорового новонародженого та при різних видах патології, до сьогодні ще недостатньо вивчені. Біологічна роль мікроелементів може бути з'ясована тільки при проведенні комплексних досліджень, з урахуванням їх антагонізму.

Деякі науковці вважають залізодефіцитну анемію полідефіцитним мікроелементозом. Найбільш тісно з обміном заліза пов'язаний обмін цинку, міді та марганцю.

Мета дослідження – вивчити мікроелементне забезпечення новонароджених дітей від матерів з анемією вагітних.

Обстежено 216 дітей від матерів з анемією вагітних в неонатальному періоді. Групу порівняння склали 35 новонароджених від здорових матерів.

У новонароджених від матерів з анемією I ст. мав місце дисбаланс вмісту заліза та міді за рахунок переважання в еритроцитах останнього мікроелемента. При анемії на тлі гестозу новонароджені мали переважання кількісного вмісту заліза над міддю в еритроцитах. Розвиток анемії у малюків супроводжувався швидким зростанням вмісту сироваткового церулоплазміну ($1,09 \pm 0,2$ мг/мл).

У новонароджених від вагітних з анемією легкого ступеня наявний дефіцит цинку в еритроцитах. Навпаки, при важкій анемії, а також при її перебігу на тлі гестозу спостерігається підвищення еритроцитарного вмісту цинку.

Для дисбалансу мікроелементів в еритроцитах новонароджених від матерів з анемією властивий також дефіцит марганцю. Найменшими показники концентрації марганцю в еритроцитах були у новонароджених від матерів з анемією та гестозом.

Проблема мікроелементного забезпечення новонароджених потребує подальшого вивчення, зокрема у недоношених дітей та у малюків з затримкою внутрішньоутробного розвитку.

ЛІКУВАННЯ РАННЬОЇ АНЕМІЇ НЕДОНОШЕНИХ ІОННИМИ ТА НЕІОННИМИ ПРЕПАРАТАМИ ЗАЛІЗА

Шевченко Ю.Ю., аспірант

Науковий керівник - проф. Маркевич В.Е.

СумДУ, кафедра педіатрії №2

Рання анемія новонароджених (РАН) є поширеним станом, який зустрічається у недоношених дітей у 60-100% випадків залежно від ступеня недоношеності. Для лікування зазвичай використовують пероральні форми препаратів заліза, які в основному представлені закисними формами двовалентного заліза. Процес засвоєння закисного заліза організмом супроводжується вивільненням радикалів, активацією перекисного окислення ліпідів, це призводить до ушкодження клітин. В порожнині кишечника солі заліза можуть взаємодіяти з компонентами їжі і лікарськими препаратами, що знижує абсорбцію заліза і ефективність лікування. Препарати гідроксид – полімальтозного комплексу тривалентного заліза не мають зазначених небажаних ефектів.

Метою дослідження було порівняння ефективності лікування РАН препаратом тривалентного заліза мальтофером та препаратом двовалентного заліза актиферіном. Під наглядом знаходилось 48 недоношених новонароджених з РАН віком від 3 до 9 тижнів життя. Першу групу склали 24 дитини корекцію РАН у яких проводили мальтофером. Друга група, до якої увійшли 24 дитини, отримувала терапію актиферіном. Одночасно діти обох груп отримували комплекс вітамінів А,С,Е.

На четвертий тиждень від початку терапії у дітей, які отримували мальтофер внутришньом'язево спостерігалася тенденція до підвищення рівня гемоглобіну та кількості еритроцитів порівняно з цими показниками до лікування. У II групі ці показники в динаміці знижувалися і наприкінці лікування були меншими ніж у I групі, в той час як необхідність переливання еритроцитарної маси була більшою.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІСЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ

Ярова О.Д., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – канд.мед.наук, доц. Пилипець І.В.

СумДУ, кафедра педіатрії №2

Серед патології нирок у дітей провідне місце займають піелонефрити. При їх лікуванні часто спостерігаються загострення. Від вибору

антибактеріальної терапії залежить ефективність лікування та прогноз захворювання.

Мета дослідження - визначення найбільш частого збудника пієлонефритів у дітей, які поступають на лікування в СОДКЛ, на основі аналізу історій хвороби дітей (30 історій).

Основними симптомами захворювання були інтоксикація, абдомінальний та сечовий синдроми. Супутня хронічна патологія виявлена в 6 дітей (хронічні тонзиліти, гастродуоденіти, вульвовагініти). У третини дітей виявлені ознаки залізодефіцитної анемії I ступеня (10 дітей). При лабораторному обстеженні явища лейкоцитозу відмічені в 9 хворих, зрушення лейкоцитарної формули вліво в 6 дітей, прискорена ШОЕ в 21 випадку. В усіх хворих спостерігалася лейкоцитурія, бактеріурія. Всім хворим проведені необхідні обстеження, передбачені стандартами.

При бактеріологічному обстеженні в 15 випадках із сечі було виділено *E. coli*, в 5 епідермальний стафілокок, в 3- клебсієла. Патогенний стафілокок виділено тільки в 1 випадку. В 3 випадках патогенна мікрофлора не виявлена. При визначенні чутливості виділеної мікрофлори до антибактеріальних препаратів встановлено, що чутливість до найбільш поширених антибіотиків зберігалася в 4 випадках.

В якості антибактеріальної терапії більшість хворих (25 осіб) одержували цефалоспорины 3-4 покоління. Відмічено, що на 3 день лікування в більшості випадків спостерігалася позитивна динаміка в самопочутті, зменшення інтоксикації. В 5 випадках хворі одержували аміноглікозиди, макроліди.

Отже, основним збудником при пієлонефритах у дітей раннього віку частіше всього є *E. coli*. Із антибактеріальної терапії доцільно використовувати цефалоспорины.

Акушерство та гінекологія

КОНСЕРВАТИВНЕ РОЗСМОКТУВАННЯ ЕКТОПІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ

Брага Т.В., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – д-р мед.наук, проф. Жерновая Я.С.

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

Особливу увагу в усьому світі на сучасному етапі розвитку привертає проблема втрати репродуктивної функції жінки. Однією з причин цього є наявність ектопічної вагітності.

За останні роки спостерігається значне збільшення частоти даної патології. Так, в наш час поширеність ектопічної вагітності складає 16

випадків на 1000 вагітностей або 22 на 1000 живонароджених. В структурі гінекологічних захворювань питома вага даної патології складає 1,6-2,5%.

Останнім часом запропоновано консервативні методи лікування, такі як пункція та аспірація ектопованого плідного яйця, місцеве введення простагландинів, хлорида калія, гіперсмолярного розчину глюкози, а також метротрексату.

Беручи до уваги малу кількість даних літератури про ефективність консервативного ведення ектопічної вагітності нами для збереження маткової труби поставлено за мету проаналізувати результати консервативного лікування ектопічної вагітності для відновлення репродуктивного здоров'я жінки.

Для підтвердження наведеного демонструємо таке спостереження.

Повторновагітна М.С.І., 28 років (історія хвороби №224) поступила в СОЦАГР 14.02.2005 р. з прогресуючою ектопічною вагітністю в ампулярно-му відділі єдиної маткової труби справа. При обстеженні пацієнтки встановлено, що реакція сечі на хронічний гонадотропін позитивна.

В анамнезі: ектопічна вагітність зліва (в 1997 р. операція тубектомія).

Зважаючи на необхідність збереження репродуктивної функції жінки вирішено зберегти єдину маткову трубу і застосувати метотрексат та гірудотерапію. З цією метою внутрішньовенно, крапельно одноразово було введено 100 мг метотрексату. Упродовж наступних 10 діб жінка отримувала фолати 3 рази на день та 5 сеансів гірудотерапії в піхву.

На 16 добу перебування пацієнтки в стаціонарі відбулося повне розсмоктування вагітності за даними трансвагінального ехографічного дослідження. Реакція сечі на хоріонічний гонадотропін після проведеного лікування була негативна.

Клінічний аналіз крові та артеріальний тиск без відхилень упродовж усього курсу терапії.

З метою профілактики повторної ектопічної вагітності проведена гідротубація. Пацієнтка в задовільному стані виписана із стаціонару 01.03.05р.

ЧАСТОТА ТА СТРУКТУРА АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЗДОРОВИХ ВАГІТНИХ

Коверга О.В., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – д-р мед.наук, проф. Жернова Я.С.

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

Індекс здоров'я сучасної жінки в Україні низький. Рівень екстрагенітальних захворювань у репродуктивному віці становить 35-40% та водночас сприяє великій кількості ускладнень під час вагітності навіть у соматично здорових жінок.

У такій ситуації дуже актуальною є проблема забезпечення народження здорової дитини від кожної вагітності. У зв'язку з цим проведено дослідження виявлення частоти та структури акушерських ускладнень вагітності та пологів у 53 соматично здорових жінок м. Суми.

Встановлено, що загрозу переривання вагітності мали 27 жінок (50,54%), при чому у 20 % жінок вона проявлялася в I триместрі вагітності та тривала упродовж усього періоду гестації на тлі зберігаючої терапії.

Значно зросла кількість першороділь, які мали в анамнезі вагітності, що завершилися абортами.

На тлі відсутності екстрагенітальної патології має місце висока гінекологічна захворюваність (54,2%).

Найбільш ранніми та значущими ускладненнями під час вагітності виявилися загроза переривання вагітності (42,4%) та анемія (41,3%), під час пологів – несвочасний вилив навколоплідних вод (19,1%), слабкість пологової діяльності (5,2%) та гіпоксія плода і асфіксія новонародженого (11,1%), що свідчить про порушення у механізмах адаптації до вагітності у соматично здорових жінок в умовах сьогодення.

Лише у 5,74% соматично здорових жінок вагітність перебігала без ускладнень та у 22,4% вагітних відбулися фізіологічні пологи.

Таким чином, у соматично здорових вагітних жінок, які мали бути резервом сприятливого перебігу вагітності і пологів та гарантом народження здорових дітей, спостерігається досить високий відсоток акушерських ускладнень, що проявляються вже з I триместру вагітності. До того ж мало місце поєднання двох та більше ускладнень у 15% випадків. Це вимагає приділення більшої уваги даній категорії вагітних та розробці сучасних засобів профілактики можливих ускладнень.

ЕХОГРАФІЧНІ МАРКЕРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Покутня Л.В., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – д-р мед.наук, проф. Жернова Я.С.

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

В патогенезі розвитку фетоплацентарної недостатності при преєклампсії вагітних провідне місце посідають гемодинамічні порушення матково-плацентарного та плодового кровообігу. На сьогодні єдиним методом оцінки стану кровообігу в системі мати-плацента-плід є доплерометрія. У зв'язку з цим проведено доплерометричне дослідження 36 вагітних з преєклампсією в терміні вагітності від 34 до 40 тиж.

Встановлено високий індекс резистентності ($0,83 \pm 0,05$). В артерії пуповини та аорті плода ($0,74 \pm 0,1$), а також нульові та від'ємні значення діастолічного кровообігу в цих судинах, в маткових артеріях – 2,6 та вище.

Вищевказані зміни послужили показанням до термінового розродження жінок, серед яких 83% виконано кесарів розтин. Зростання частоти абдомінального розродження при порушеннях кровоплину в артерії пуповини свідчить про розширення показань до кесаревого розтину з боку плода.

Отже, доплерометричні дослідження вагітних з прееклампсією свідчать про фетоплацентарну недостатність та необхідність негайного розродження.

ФЕТОПЛАЦЕНТАРНИЙ КОМПЛЕКС ПРИ ІНФІКУВАННІ ПЛОДА

Андрєєва Т.В., Ярова О.Д., Омельченко Т.Б., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – д-р мед.наук, проф. Жерновая Я.С.

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

Інфікування плода останнім часом зростає і продовжує залишатися однією із причин репродуктивних втрат та ослаблення майбутнього покоління. У зв'язку з цим, об'єктом нашого дослідження стало вивчення стану фетоплацентарного комплексу при інфікуванні плода у 42 вагітних жінок.

Дослідження показали, що першим етапом в діагностиці інфікування плода є ретельно зібраний анамнез, для якого у 85,7% обстежених було характерно наявність інфекцій уrogenітального тракту. Поєднане з чоловіком носійство інфекції виявлено у 7 подружніх пар з найбільш обтяжливим репродуктивним анамнезом.

Аналіз перебігу вагітності показав великий відсоток частоти невиношування (25,6%) та передчасних пологів (16,7%). Провідними симптомами переривання вагітності було передчасне вилиття навколоплідних вод.

Ехографічним дослідженням знайдено затримку розвитку плода у 43 (83,7%) жінок. Патологія амніона (багатоводдя) частіше була характерна для носіїв грам-негативної мікрофлори, тоді як маловоддя (показник хронічного стресу плода) зустрічалось при вірусному ураженні матері, а у 4-х випадках – в поєднанні вірусної інфекції у подружжя.

Допплерометричним дослідженням виявлено порушення маткового та пуповинного кровоплину.

Отже, інфікування плода несприятливо впливає на стан фетоплацентарного комплексу.

СТАН ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ ІНФІКУВАННІ ПЛОДА РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

Калашник Н.В., магістр

Науковий керівник – д-р мед.наук, проф. Жерновая Я.С.

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

Інфікування плода являє актуальну проблему сучасного акушерства, у зв'язку з тим, що є однією з вагомих причин репродуктивних втрат та захворюваності народжених дітей. Оскільки в Україні смертність лише на 62% компенсується народжуваністю, боротьба за життя кожної дитини має велике державне значення. Беручи до уваги відсутність досліджень стану ендогенної інтоксикації при інфікуванні плода, нами вивчено його у 56 вагітних.

Встановлено, що всі досліджувані знаходилися у 22 ± 3 віці, носіями урогенітальної інфекції була більшість досліджуваних 35 (62,5%), вірусоносіями – 9 (16,7%), носіями хламідій – 7 (12,5%), уреоплазми – 5 (8,9%). Перебіг вагітності характеризувався наявністю загрози переривання у I, II триместрах, наявність ознак материнсько-плодового інфікування при УЗД, невиношуванням вагітностей в анамнезі.

Вивчення ендогенної інтоксикації проводилось за допомогою вирахування лейкоцитарного індексу інтоксикації за Кальф-Каріфа в модифікації Островського і співавторів, що показало:

- величина ЛІІ у 20 практично здорових вагітних склала $0,7 \pm 0,3$;
- у вагітних, які були носіями урогенітальної інфекції $0,7 \pm 0,5$;
- у вагітних вірусоносіїв $0,6 \pm 0,25$;
- у носіїв хламідій $0,5 \pm 0,5$;
- у носіїв уреоплазми $0,6 \pm 0,025$.

Для порівняння з даними літератури («ЛІІІ при острих гнійних і воспалительных захворюваннях легких» – В.К. Островский): у хворих з різними формами гострих гнійних захворювань легень ЛІІІ = $5,5 \pm 0,9$.

Отримані дані дають можливість стверджувати, що при інфікуванні плода не виявлено синдрому ендогенної інтоксикації. Ці дані мають значення для пояснення, чому не в кожному випадку інфікування плода має місце репродуктивна втрата або захворюваність новонародженого.

ЕХОГРАФІЧНІ ОЗНАКИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ ПЛОДА

Звагельська О.В., магістр

Науковий керівник – д-р мед.наук, проф. Жерновая Я.С.

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

Антенатальна охорона плода у вагітних з різноманітною інфекційною патологією є однією з найважливіших проблем сучасного акушерства. Більш ніж у 50% всіх вагітних можна виявити ті чи інші інфекційні збудники, які можуть призвести до їх захворювання. Під спостереженням перебували 30 вагітних жінок. Першовагітних було 9, повторновагітних - 21. Термін вагітності коливався від 32 до 40 тижнів. Обтяжений акушерський анамнез відмічався у 6 вагітних. Серед обстежених було 14 (47%) вагітних з

хронічною герпетичною інфекцією, 10 (33,3%) – цитомегаловірусною інфекцією, 6 (20%) – інфіковані токсоплазмозом.

При УЗД було встановлено, що маловоддя розвинулося у 6,7% вагітних, багатоводдя – у 13%, гіперпластичні зміни плаценти – у 6,7%, розширення міжворсинчастого простору - у 10%, затримка внутрішньоутробного розвитку плода – у 20%. Також було проведено доплерометричне дослідження кровоплину: збільшення індексу резистентності в матковій артерії - 26,7%, збільшення індексу резистентності в пуповинній артерії - 20%, нормальні показники – 53,3%.

Для визначення стану плода використовували оцінку його біофізичного профілю (БФПП). Нормальна сумарна оцінка БФПП була зафіксована у 72%, задовільна - у 23%, сумнівна - у 5% вагітних.

Материнське інфікування негативно впливає на фетоплацентарний комплекс, призводить до погіршення стану плаценти. Таким чином, отримані результати вказують на те, що вивчення БФПП, доплерометрія, ехографічне дослідження є методами функціональної діагностики внутрішньоутробного стану плода.

ДОСВІД МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ РАННІХ ТЕРМІНІВ

Товстенко Ю.В., Зелена О.С., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – доц. Сміян С.А.

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

В Україні показник абортів у 2,4-6,2 рази перевищує аналогічний показник у розвинених країнах і підтримує численні післяабортні ускладнення (10-59,6%). У 80-х роках в світі почали виконувати штучний аборт в ранні терміни вагітності без хірургічного втручання для запобігання небажаних, а інколи і фатальних наслідків.

Метою нашого дослідження було медикаментозне переривання вагітності ранніх термінів препаратами “Міфоліан” та “Мізоньювел”.

Перебіг абортів та післяабортного періоду вивчено у 52 жінок в віці від 18 до 35 років. Усім їм було проведено, крім загальноклінічного і гінекологічного обстеження, ультразвукове дослідження органів малого тазу з метою визначення строку вагітності і місця знаходження плідного яйця.

Переривання вагітності проводили пероральним прийомом 600 мг препарату “Міфоліан” (міфепрістон), який володіє сильною антипрогестиновою дією, а через 36-48 год. – 400 мкг “Мізоньювелу” (мізопропростол) – синтетичний аналог простагландину E₁. Контрольне ультразвукове дослідження виконували на 7-й день після переривання вагітності.

Термін маткової вагітності за даними УЗД становив в середньому 4,3 тижні. Після прийому міфоліану кров'янисті виділення відмічалися в середньому через 50,3 години. У 3 жінок не відбулася експульсія плідного яйця, проведено хірургічне видалення плідного яйця. Інфекційних ускладнень не спостерігалось.

Таким чином, медикаментозний метод переривання вагітності є високоефективним, за нашими даними 94,2%, за даними літератури – 97 – 98%, добре переноситься пацієнтками, не залежить від хірургічної кваліфікації лікаря, не має негативного впливу на стан репродуктивного здоров'я жінки.

ПРОФИЛАКТИКА ИЗОИМУНИЗАЦИИ ANTI-RH- ГАММАГЛОБУЛИНОМ

Чичикова Л.М., студ. 5-го курса

Научный руководитель – доц. Вержанский П.С.

СумГУ, кафедра акушерства и гинекологии

В настоящее время известно более 10 изосерологических систем эритроцитарных антигенов. В большинстве случаев гемолитическая болезнь плода и новорожденного вызывается сенсибилизацией матери антигенами системы резус и АВ0.

Целью нашего исследования было изучение эффективности использования анти-Rh-иммуноглобулина с целью профилактики перинатальных поражений при резус-конфликтной беременности.

Нами обследована 41 резус-негативная беременная. Из них первобеременных было 8, повторнобеременных – 33. Угроза прерывания беременности у 4-х первобеременных и у 7 повторнобеременных, анемия беременных отмечалась у 4 первобеременных и 12 повторнобеременных, преэклампсия средней степени тяжести – у 2 первобеременных и у 8 повторнобеременных.

Всем беременным с угрозой прерывания беременности и преэклампсией средней степени тяжести во время беременности вводили анти-Rh-гаммаглобулин.

Роды у 3 первобеременных и 6 повторнобеременных закончены операцией кесарева сечения. В послеродовом периоде кровотечение имело место у 1 первобеременной и 4 повторнобеременных. Наряду с инфузионной терапией у этих женщин проводилось ручная ревизия полости матки.

Всем родильницам (41) введен анти - Rh-гаммаглобулин, а родильницам родоразрешенным путем кесарева сечения и тем, у кого имело место ручное обследование полости матки – вводили 2 дозы гаммаглобулина.

Оценку состояния новорожденных проводили по шкале Апгар:

у 25 на 1 мин. – 8 баллов; на 5 мин. – 9 баллов;

у 14 на 1 мин. – 6 баллов; на 5 мин. – 7 баллов.

Применение анти- Rh-гаммаглобулина в комплексной терапии резус-конфликтной беременности способствует снижению сенсибилизации беременных и рожениц, улучшает перинатальные показатели.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ
ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ
ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

*Жерновая Я.С., проф., Вержанский П.С., доц.,
Смиян С.А. доц.*

Гиперпластические процессы в эндометрии, часто осложняются дисфункциональными маточными кровотечениями. Если лечение не поддается консервативной терапии, выполняется радикальное оперативное лечение – гистерэктомия или трансцервикальная резекция эндометрия. Гиперпластические процессы эндометрия развиваются, как правило, на фоне абсолютной или относительной гиперэстрогении, часто сочетаются с внутренним эндометриозом, полипозом, подслизистым фиброматозом.

Для лечения гиперпластических процессов как в “чистом” виде так и в сочетании с эндометриозом, в настоящее время с успехом применяется внутриматочная система “Мирена” с левоноргестрелом. “Мирена” представляет собой внутриматочное устройство T-образной формы, стержень которого является резервуаром для 52 мг левоноргестрела, который выделяется в полость матки со скоростью 20 мкг в сутки в течении 5 лет.

Целью настоящей работы явилось изучение клинической эффективности применения выскабливания эндометрия и последующего введения внутриматочной системы “Мирена” для лечения гиперпластических процессов эндометрия и сопутствующей внутриматочной патологии.

Нами обследовано и пролечено 52 женщины в возрасте от 42 до 54 лет. Внутриматочная система «Мирена» вводилась на 5-6 день менструального цикла. Все пациентки с системой «Мирена» каждые 3 месяца в течении 2-х лет проходили эхографическое исследование.

Мажущие выделения отмечались в течении 2-х недель после введения внутриматочной системы. В первые 3 месяца месячные стали умеренными по объему, но более длительными. Аменорея наступила у 4 пациенток через 5 месяцев, у 6 – через 8 месяцев, у 3 – через год. Средний возраст этих женщин составил 51,4 года. Умеренный болевой синдром сохранился у 3-х пациенток.

Система «Мирена» эффективна, способствует лечению дисфункциональных маточных кровотечений, предупреждает рецидив заболевания, развитие рака эндометрия, повышает трудоспособность пациенток, экономически выгодна.

**КОЛЬПОЦЕРВИКОСКОПИЯ В ДІАГНОСТИЦІ ПРЕДРАКОВИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ ТА РАННІХ ФОРМ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ**

*Іванцова К.В., Арастенкова К.І., Маркевич О.В., студ. 4-го курсу
Науковий керівник – доц. Сумцов Г.О.*

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

Своєчасна діагностика раку шийки матки залишається одною з важливих і невирішених соціальних проблем, незважаючи на широке проведення онкопрофоглядів з цитологічним обстеженням жінок. Нами проведено ретроспективний аналіз результатів двохетапного методу діагностики захворювань у 275 жінок на базі кабінету патології шийки матки Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру у 2004 році. Сюди спрямовуються жінки, у яких під час профоглядів захворювання шийки матки виявлені візуально або цитологічно.

Серед обстежених 198 були спрямовані з діагнозом ерозія, ектропіон, ендометріоз або лейкоплакія шийки матки, у 40 – такі захворювання поєднувались з виявленою дисплазією епітелію шийки матки, а у 37 виявлені різні ступені дисплазії при візуально незмінній шийці матки. Всім хворим була проведена розширена кольпоскопія та повторне прицілене цитологічне обстеження і тільки у 10 хворих – біопсія.

По результатам обстеження нами виділено 3 групи хворих.

1. Фонові та доброякісні захворювання шийки матки у 233 (84,7%) хворих, у половини із них в поєднанні з запальними захворюваннями шийки та піхви. Всім рекомендоване амбулаторне лікування.
2. Атипові та передракові зміни на шийці матки з різними ступенями дисплазії епітелію у 35 (12,7%) хворих, які направлені на лікування в стаціонари по місту проживання.
3. Підозра на рак або доклінічний рак виявлена у 7 (2,5%) хворих. Після проведеної біопсії в одному випадку виявлено доклінічний рак, у двох – преінвазивний, а в 4-х – тяжкі дисплазії епітелію шийки матки. Хворі цієї групи госпіталізовані в онкологічний диспансер.

Таким чином, кольпоскопія з прицільним морфологічним обстеженням, як другий етап онкопрофогляду, дозволяє своєчасно діагностувати доклінічні та преінвазивні форми раку шийки матки та гарантовано оздоровлювати хворих.

ДО ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЕНТЕРОЦЕЛЕ

Сумцов Г.О., доц.

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

Діагностика та лікування ентероцеле не описані навіть у солідних посібниках по оперативній гінекології сучасних авторів як С.Н. Давидов, В.І. Кулаков, І.Н. Рембез. За останні 10 років у гінекологічному відділенні СОЦАГР 237 оперованих нами жінок з опущеннями та випадіннями статевих органів, у 10 випадках діагностовано ентероцеле. Вік хворих від 37 до 55 років, середній – 48,4. Половина з них раніше вже були оперовані з помилко-

вим діагнозом “опущення статевих органів”, але звичайні пластичні операції не дали позитивного результату.

Ентероцеле – це кила, яка утворюється в результаті розходження ректо-вагінальної перегородки і діагностувати її можливо шляхом цілеспрямованого ректо-вагінального дослідження. Оперативне лікування потребує виділення кілового мішка, облітерації Дугласового простору, плікації крижево-маткових зв'язок.

Нами прооперовано 6 хворих лапаротомним та 4 – вагінальним доступом. В зв'язку з супутніми захворюваннями в 1 випадку проведено видалення матки, у 4 – пластика вагіни та левоторів. Результати операцій позитивні, післяопераційних ускладнень не було.

СОДЕРЖАНИЕ СЕКРЕТОРНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА А КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕРОДОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Покутняя Л.В., студ. 6-го курса

Научный руководитель - доц Сухарев А.Б.

СумГУ, кафедра акушерства и гинекологии

Развитие бактериальной инфекции у беременных и родильниц в значительной мере определяется состоянием общего и местного иммунитета. Снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета связано с вынашиванием плода, необходимостью обеспечения защиты плода и новорожденного от бактериальной инфекции. Особый интерес вызывает местный синтез антител слизистыми оболочками органов, непосредственно сообщающихся с внешней средой, механизмы защитных реакций организма на этом первом этапе чужеродных биологических агентов. В связи с этим нами была изучено содержание секреторного иммуноглобулина А, при различных степенях бактериальной обсемененности у рожениц, послеродовый период у которых осложнился эндомиометритом (12 наблюдений -1 группа), субинволюцией матки (17 наблюдений-2 группа).

Качественный состав микрофлоры достоверно не отличался и был представлен 12-ю представителями условно-патогенной микрофлоры. В 1 группе бактериальная обсемененность цервикального канала у всех рожениц превышала 1000 КОЕ/мл. Во 2 группе у 35,3% она отсутствовала 23,5% - была до 100 КОЕ/мл, 41,2%-от 101 до 1000 КОЕ/мл.

В 1 группе содержание секреторного иммуноглобулина А было $5,6 \pm 0,88$ г/л, что было достоверно выше ($P < 0,01$) чем в сравниваемой группе ($2,91 \pm 0,35$ г/л).

Полученный нами результат свидетельствует о активизации местных защитных сил организма при нарастании степени бактериального инфицирования.

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У РОЖЕНИЦ

*Ващенко Ж.В., студ. 6-го курса
Научный руководитель - доц. Сухарев А.Б.
СумГУ, кафедра акушерства и гинекологии*

Целью настоящего исследования было изучение состояния микрофлоры и отдельных показателей местного иммунитета цервикального канала шейки матки у рожениц физиологического родильного отделения. Всего нами обследовано 22 женщины. У рожениц стерильный посев в родах был обнаружен у 62,2%, обсемененность от 1 до 100 КОЕ/мл - у 30,4%, а от 101 до 500 КОЕ/мл - у 4,3%. Случаев более высокой обсемененности цервикального канала обнаружено не было.

В результате качественного анализа микрофлоры установлен одинаково низкий удельный вес всех индифицированных микроорганизмов: у 8,7% встречался эпидермальный стафилококк и пиогенный стрептококк, у 4,3% - дрожжевидные грибки, фекальный стрептококк, молочнокислые бактерии, тетракокки.

Изучение чувствительности микробных ассоциаций к антибиотикам показало, что у 80,0% они были высокочувствительными к карбенициллину и оксациллину, у 60,0% - к пенициллину, у 40,0% - линкомицину и левомицитину. Чувствительные микробные ассоциации обнаружены в отношении неомидина (100,0%), метицилина (80,0%) ампициллина (80,0%), канамицина (80,0%), цефалоксина (80,0%), тетрациклина (60,0%), стрептомицина (60,0%), левомицитина 60,0%). Наряду с этим в 100 % случаев отмечалась устойчивость микробных ассоциаций к полимиксину, у 60,0% - к ристомидину, у 40,0% - к эритромицину, олеандомицину, мономицину.

Содержание в цервикальной слизи секреторного иммуноглобулина А составило 3,06+0,12 г/л, фибронектина 150,1+ 11,8 нг/мл.

Полученные данные представляют интерес в перспективных исследованиях состояния биоценоза родовых путей здоровой женщины.

ВПЛИВ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЕКОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ

*Ковальчук О.В., Дзекілева Т.І., Осадчий А.І. студ. 4-го курсу
Науковий керівник – асист. Кузьоменська М.Л.
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

Хімічна промисловість неодмінний супутник технічного прогресу. Вивчення впливу хімічних забруднювачів робочої зони на репродуктивну функцію робітниць та потомство є невирішеним та найбільш важливим завданням наукової та практичної медицини. Для визначення вирішення мети і завдань було вивчено перебіг вагітності та пологів у 80 жінок. З них 30 (контрольна) з фізіологічним перебігом вагітності і 50 жінок-робітниць ОАО "Сумхімпром" (основна група), зайнятих у виробництві фосфоритів (контактували з шкідливими факторами промисловості).

Серед жінок, що працювали на хімічному виробництві нормальний менструальний цикл мали 48% робітниць, а у контрольній групі у 73% жінок. Ускладнення під час вагітності частіше розвивалися у робітниць хімічного виробництва. Провідними ускладненнями виявлялися: загроза переривання, преєклампсії, анемії, фетоплацентарна недостатність. Порівнюючи показники ультразвукової біометрії простежувалися загальна закономірність: нерівномірний приріст кожного з показників біометрії, найбільш виражена затримка розвитку всіх показників у I половині вагітності.

При оцінці фізичного розвитку новонароджених було встановлено зниження зросто-вагового коефіцієнту у новонароджених від матерів-робітниць заводу.

У послідах, на фоні вираженого набряку усіх відділів, гідропічної дистрофії та коліквацийного некрозу децидуальної оболонки, відзначаються порушення дозрівання ворсинчастого хоріону, посилення інволютивних процесів.

Порівняльна характеристика показників гормонального профілю фетоплацентарного комплексу, даних ультразвукової фетометрії, плацентометрії, морфологічної будови послідів дозволяє зробити висновок про те, що шкідливі фактори виробництва несприятливо впливають на організм вагітних. Подібні порушення призводять до змін гормонопродукуючої функції плаценти, гіпоксії та інших патологічних станів плода.

АНТРОПОГЕННО ЗАЛЕЖНІ СТАНИ В АКУШЕРСТВІ

Кузьменська М.Л., асистент

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

У генезі порушень функціонального стану фетоплацентарного комплексу важливу роль відіграє початковий стан гомеостазу організму жінок та фактори навколишнього середовища. Найбільш вразливою групою екологічно-соціального ризику вважаються вагітні жінки та діти. Показники репродуктивного здоров'я виступають індикаторами екологічного фону.

При вивченні гормонопродукуючої функції фетоплацентарного комплексу у жінок, зайнятих у хімічній промисловості, був знижений рівень естріолу та прогестерону у II триместрі вагітності.

У жінок, працюючих у сфері переробки фосфоритів на “ОАО Сумихімпром”, вже з 17 тижнів вагітності виявлено кісти, ділянки кальцинозів плаценти. У послідах, на фоні вираженого набряку усіх відділів, гідропічної дистрофії та коліквацийного некрозу децидуальної оболонки, відзначаються порушення дозрівання ворсинчастого хоріону, посилення інволютивних процесів, а також розвиток імунопатологічних реакцій у вигляді збільшення відносно об'єму фібриноїдної субстанції, вираженої лімфо-плазматично-макрофагальної реакції, відкладення імунних комплексів, що містять IgM, IgG, С-3 фракції комплементу на ендотеліальних і епітеліальних базальних мембранах.

Численні ендокринні, метаболічні та морфологічні зрушення при плацентарній недостатності сприяють зниженню адаптаційних резервів новонародженого і дитини.

Клінічний перебіг ускладненої вагітності відзначається атиповістю, моносимптомністю гестозів у другій половині вагітності, зростанням кількості претоксикозів. Загроза переривання вагітності та передчасних пологів проявляється дисфункцією плаценти, а в подальшому хронічною плацентарною недостатністю, внутрішньоутробною гіпоксією плода. Анемія у жінок, зайнятих у сфері переробки фосфоритів діагностується з першого триместру гестації.

Таким чином, у робітниць хімічного виробництва гестаційні ускладнення є антропогенно залежними станами, які можуть виникати в різні терміни вагітності та негативно впливати на формування та розвиток порушень функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

МІКРОЕЛЕМЕНТНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЮ АНЕМІЄЮ

Маркевич В.В., лікар

Науковий керівник – проф. Вдовиченко Ю.П.

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,

кафедра акушерства, гінекології і перинатології

Сумський міський клінічний пологовий будинок

Для визначення ролі у розвитку анемії у вагітних дефіциту та дисбалансу мікроелементів (залізо, мідь, цинк, кобальт, нікель) досліджували їх вміст у сироватці крові та еритроцитах.

У I триместрі вагітності при анемії у сироватці крові має місце значне зниження вмісту заліза та цинку, а також тенденція до зниження міді, кобальту і нікелю. В еритроцитах зменшується вміст заліза, кобальту та нікелю, а міді - підвищується. Вивчення співвідношення сироватково-еритроцитарного вмісту мікроелементів вказує на дисбаланс міді, цинку, кобальту. Для міді і цинку воно зменшується майже удвічі, а для кобальту і нікелю - навпаки підвищується. Це свідчить про наявність мікроелементозу при анемії уже у I

триместрі.

У II триместрі сироватковий вміст міді підвищується. Вміст цинку у три рази, а кобальту у два рази нижчий ніж у здорових вагітних жінок. В еритроцитах спостерігається подальше зменшення заліза, нікелю та кобальту. Вміст останнього був майже у 6-7 разів меншим ніж у здорових вагітних у I та II триместрах. Виявляються порушення сироватково-еритроцитарного вмісту заліза, нікелю та особливо цинку і кобальту.

У III триместрі сироватковий та еритроцитарний вміст заліза та міді не змінюється. Зменшується вмісту цинку, кобальту та нікелю у сироватці і в еритроцитах, а еритроцитарний вміст кобальту підвищується. Зберігається сироватково-еритроцитарний дисбаланс заліза, цинку, кобальту та нікелю.

Отже для вагітних з анемією властивий значний дисбаланс мікроелементів (мікроелементоз). Тому при ЗДА у вагітних важливим є відновлення вмісту і балансу заліза та інших мікроелементів.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З РЕЦИДИВУЮЧИМ ГЕНІТАЛЬНИМ ГЕРПЕСОМ В АСОЦІАЦІЇ З МІКОПЛАЗМЕННОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Грінкевич Т.М., Сміян С.А., доц.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

В структурі розвитку інфекційних захворювань різко виросла роль збудників хвороб, що передаються статевим шляхом (вірус простого герпесу, мікоплазма, уреоплазма). Це вимагає лікування не однієї пацієнтки, а одночасного лікування подружніх пар з застосуванням контрацепції в інтимних стосунках.

Використання полімеразної ланцюгової реакції дозволяє своєчасно провести верифікацію діагнозу на початкових етапах розвитку захворювання та призначити відповідну терапію. Своєчасна діагностика персистенції вірусу та наявності мікс-інфекції дозволяє вносити корекцію у вибір протигерпетичних препаратів для лікування.

За останні роки з'явилися десятки противірусних препаратів, проте проблема лікування рецидивуючого генітального герпесу (РГГ) залишається актуальною і потребує пошуку нових лікарських засобів. Серед сучасних протигерпетичних препаратів широкою популярністю користуються препарати, які здатні викликати інактивацію вірусної ДНК. Це аналоги нуклеозидів герпесвірусної ДНК, які здатні фосфорилуватись вірусоспецифічним ферментом - тимідинкіназою, що призводить до генетичного дефекту ДНК. Внаслідок цього припиняється реплікація вірусу в організмі. До таких препаратів відносяться ацикловір, вальтрекс. При лікуванні хворих з РГГ циклофероном

і вальтрексом за схемою Ісакова В.А. (1999) нами одержано високий клінічний ефект: загальний стан організму покращувався у 63% жінок, частота рецидивів зменшувалась на 11%, у всіх жінок до кінця лікування стабілізувалась імунна система і відбувалась нормалізація мікробіоценозу піхви. Але вальтрекс викликав побічні явища: нудоту (42,8% жінок), діарею (14,2% хворих), головний біль (21,4% пацієток).

Ми звернули увагу на вітчизняний препарат рослинного походження - протекфлазід. Він також блокує вірусспецифічні ферменти (тимізинкіназу, ДНК-полімеразу), є індуктором ендогенного інтерферону, володіє апоптозо-модулюючою та антиоксидантною активністю, стимулює макрафагальну систему (Венцківський Б.М., 2000; Карпенко О.А., 2001). Нами проведено клініко-лабораторне дослідження ефективності лікування хворих з РГГ в асоціації з мікоплазменною інфекцією при застосуванні протекфлазиду з полівітамінами за запропонованою нами схемою (Грінкевич Т.М., 2003). Аналіз результатів лікування показав, що при застосуванні протекфлазід позитивний клінічний ефект мав місце у 83% випадків. При цьому продромальний період скоротився до 24 години, вдвічі подовжився період ремісії, частота рецидивів знизилась на 19%, на 2 доби скоріше відбувалась реепітелізація ерозій, стабілізація стану імунної системи завершувалась до кінця лікування. Протекфлазід усував дисбаланс гуморальної та клітинної ланок імунітету, нормалізував мікробіоценоз піхви, знижував психоемоційне напруження, не викликаючи побічної дії.

Лікування проводилось на протязі шести місяців, критерієм видужування були показники стану імунної системи, результати імунноферментного аналізу сироватки крові та результати полімеразної ланцюгової реакції сироватки крові та слизу цервікального каналу до вірусу простого герпесу та мікоплазми.

Одержані результати дозволяють стверджувати, що протекфлазід по фармакологічним властивостям та ефективності не поступається іншим протигерпетичним препаратам, значно дешевий і може надійно використовуватись для лікування РГГ в асоціації з мікст-інфекцією.

ОЦІНКА ПАРАМЕТРІВ БІОФІЗИЧНОГО ПРОФІЛЮ ПЛОДА У ВАГІТНИХ З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ

Сюсюка В.Г., аспірант; Бальченко В.І., студ. 3-го курсу

Науковий керівник - проф. Жарких А.В

Запорізький державний медичний університет,

кафедра акушерства, гінекології та репродуктивної медицини

Варикозна хвороба (ВХ) зустрічається у 20-40% вагітних жінок. Така висока частота даної патології, тяжкі ускладнення, зумовлюють той факт, що ВХ займає значну частину екстрагенітальної патології в період вагітності. Нами проведено обстеження 70 вагітних з варикозною хворобою, яким про-

ведено ультразвукове дослідження (УЗД) з оцінкою біофізичного профілю (БПП) плода за шкалою А. Vintzileos (1983) та кардіотокографія за шкалою W. Fischer (1976). За даними УЗД у 68% вагітних діагностовано формування фетоплацентарної недостатності, хронічна внутрішньочеревна гіпоксія плоду у 15 (21,4%). За даними КТГ порушення стану плода виявлено у 32,7% випадках – оцінка 6-7 балів. Так середня амплітуда миттєвих осциляцій знаходилась на рівні $9,75 \pm 0,5$ уд./хв. Акцелерації виявлені у 77% вагітних середній показник яких склав $19,4 \pm 0,06$ уд./хв. Децелерації діагностовано у 30% жінок, їх середня амплітуда склала $17,7 \pm 1,1$ уд./хв. Показник комплексної оцінки БПП склав $7,38 \pm 0,09$ бали. Його зниження обумовлене, в першу чергу ступенем зрілості плаценти та руховою активністю плода. Вище зазначені зміни суттєво вплинули, як на стан внутрішньочеревного плода, так і новонароджених. Так 33 дитини (47%) мали низьку оцінку за шкалою Апгар (4-7 бали), з них 9 немовлят (12,9%) народжені у помірній асфіксії. Виявлені зміни свідчать про порушення регуляції стану внутрішньочеревного плода та зниження його компенсаторно-адаптаційних можливостей у вагітних з варикозною хворобою, що потребує своєчасної діагностики та корекції виявлених порушень.

ВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ПІСЛЯ ВИКОРИСТАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЖІНОК З ГІПОФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Вороненко Наталія Юрївна

Науковий керівник – д-р мед.наук, проф. Вдовиченко Ю.П.

*Київська медична академія післядипломної освіти лікарів ім. Шуника
м. Київ, Україна*

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

Актуальність теми. У наш час проблема тиреоїдної дисфункції займає одне із значущих місць серед причин, що призводять до ендокринної форми неплідності та проблеми звичного невиношування вагітності у жінок репродуктивного віку. Частота всіх форм неплідності коливається у межах від 10 до 15 %, у тому числі ендокринні захворювання, що спричиняють порушення оогенезу та відсутність овуляції серед усіх причин неплідності складають 30 – 40%. Усе більш актуальною стає проблема поєднаної патології репродуктивної системи та щитоподібної залози (ЩЗ). Так, при ендокринних причинах безпліддя недостатність ЩЗ виявляється в 14,6% випадків, причому у структурі безплідності тиреоїдного генезу у 59,1% пацієнток спостерігається первинний гіпотиреоз. У наш час у практичну охорону здоров'я широко вкорінюються допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), для проведення яких основними показаннями є різні форми безплідності, у тому числі і ендокринного генезу. Однак не викликає сумніву той факт, що пацієнтки з порушенням функції ЩЗ, у яких ДРТ виявились ефективними, склада-

ють групу високого ризику втрати плода та аномалій його розвитку, навіть у випадках субклінічного або латентного варіантів перебігу захворювання.

Мета дослідження: дослідити особливості ДРТ та подальшого виношування вагітності у жінок з пониженою функцією ЩЗ на основі вивчення основних ендокринологічних змін у системі гіпоталамус – гіпофіз – яєчники – ЩЗ.

Матеріали і методи: У дослідження були включені 31 жінка, які використовували допоміжні репродуктивні технології при різних формах безпліддя. Вони були розділені на дві клінічні групи. Основна група включала 16 жінок віком від 25 до 36 років, яким проводились ДРТ на фоні зниження функції ЩЗ та (або) аутоімунного тиреоїдиту, контрольна група складалась із 15 жінок віком від 25 до 40 років, які використовували ДРТ, і мали нормальну функцію ЩЗ.

У ході дослідження проводились тести функціональної діагностики, УЗД органів малого тазу, вивчались рівні гормонів аденогіпофізу, яєчників та щитоподібної залози, аналіз сперматограми та парних тестів.

Результати дослідження. Використані ДРТ були ефективними у 6 з 16 жінок основної групи та у 5 з 15 пацієнок контрольної групи спостереження. Серед них в основній групі у 2 пацієнок спостерігалась спонтанна редукція одного плода із двійні, у 3 жінок вагітність супроводжувалась загрозою переривання її. У контрольній групі спонтанна редукція одного плоду із двійні мала місце у однієї пацієнтки, загроза переривання вагітності спостерігалась у 1 жінки.

Висновки:1) У пацієнок основної групи спостереження використовувався широкий спектр програм ДРТ, вибір яких залежав від причин безплідності, виявлених у ході обстеження, у тому числі поєданого генезу.2) При адекватній замісній терапії L-тироксिनом та при стимуляції фолікулогенезу і овуляції у пацієнок другої групи спостерігався такий відгук, який принципово не відрізнявся від відгуку на стимуляцію у пацієнок контрольної групи.3) Пацієнтки основної групи спостереження, порівняно із контрольною групою, відносяться до групи високого ризику щодо виникнення загрози переривання вагітності (50% та 20%) та спонтанної редукції плода (33,3% та 20%).

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ

Мордвінкова Н.С., студ. 5-го курсу

*Науковий керівник – канд.мед.наук, доц. Машинець
Л.І.*

*Запорізький державний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології, м.Запоріжжя, Україна*

Метою нашого дослідження було рішення питання про вид терапії при гіперпластичних процесах ендометрія. Нами було обстежено 30 жінок з гіперпроліменореей, у яких за даними морфологічних досліджень ендометрія знайдені гіперпроліферативні процеси. По віку жінки розподілялися слідуючим чином від 30 до 40 років-9, 41-50-19, від 50-2. Етіологічним фактором залозистої гіперплазії ендометрія (ЗГЕ) у 28(96%) стала гіперестрогенемія, яєчниковна патологія мала місце у 2(4%), в 7(23%) випадках ЗГЕ була на фоні ожиріння. Всі жінки скаржились на маточні кровотечі, які були довгими та помірними у 11(33%) жінок та дуже сильними у 16(53%). У 6(20%) жінок з'являлись міжменструальні кров'янисті виділення, у 3(10 %) випадках гіперпластичний процес протікав безсимптомно. На ультразвуковому обстеженні (УЗД) у 27 жінок знайдена міома матки, у 3 поліп ендометрія, М-ехо у 22(73%) жінок було більше 12мм та у 8(26%) від 7 до 5мм. Після проведеного фракційно-діагностичного вишкрібубання отримані результати - в 7(23%) проста гіперплазія едометрія, в 5(16%) залозисто-кістозна, в 15(50 %) поліпи ендометрія та в 3(10%) випадках аденоматоз.

Було проведено лікування: жінки з ЗГЕ та міомою матки в 7(23%) випадках у віці до 45 років лікувалися 17-ОПК по 250 мг 6 місяців, 8 (26%) жінок отримували норколут по 10 мг на 16-25й день менструації 6 місяців, 3 (10%) у віці після 45 років з ЗГЕ та міомою матки та 3(10%) з аденоматозом лікувалися 17-ОПК в безперервному режимі 3-4 місяці. 9 (30%) жінок від лікування відмовились. В 24(80%) випадках за даними УЗД, цитологічного та морфологічного досліджень після консервативної терапії стан покращив. У 7(23%) жінок було проведено оперативне лікування в об'ємі екстірапації матки. В 4(12%) випадках показанням був рецидив ЗГЕ та міома матки на фоні екстрагенітальної патології. Ще в 3(10 %) показанням став аденоматоз з міомою матки.

Таким чином, своєчасна діагностика та адекватна терапія гіперпроліферативних процесів ендометрія є залогом успішної профілактики раку ендометрія.

Терапія

ОСОБЕННОСТИ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОТОКСИЧЕСКИМ СЕРДЦЕМ

Киселев Ю.В, врач-интерн

Научный руководитель - доц. Климанская Н.В.

Сумский государственный университет, кафедра терапии

Целью нашей работы было выявление эффективности антиаритмического действия различных групп препаратов в лечении фибрилляции предсердий (ФП) у больных с тиреотоксическим сердцем на фоне диффузного токсического зоба (ДТЗ) тяжелой степени.

Материалы и методы исследований. Обследовано 70 больных с тиреотоксикозом на фоне ДТЗ, среди них выделено 30 пациентов с тиреотоксикозом тяжелой степени и развитием ФП. Больные были разделены на 2 группы: 1-я гр. - 14 пациентов, которым для лечения ФП был назначен анаприлин в дозе 120 мг/сут; 2-я гр.(16 больных) - где в качестве базисного антиаритмического средства был назначен амиодарон в средней дозе 600 мг в сутки.

Результаты исследования. В результате проведенной комплексной терапии синусовый ритм восстановился у 6 больных (31%) принимавших амиодарон, а в группе пациентов, которым назначался анаприлин, синусовый ритм восстановился у 1 (7%). При наблюдении в течение 3 лет больных с тиреотоксическим сердцем и ФП на фоне ДТЗ отмечалось сохранение нормосистолической формы ФП у всех пациентов, принимавших амиодарон в поддерживающей дозе 200 мг в сутки и адекватном лечении основного заболевания. В группе больных, принимавших анаприлин как основное антиаритмическое средство лечения ФП на фоне ДТЗ, сохранение нормосистолической формы ФП отмечалось у 52% больных.

Выводы. В случае развития ФП на фоне тяжелого ДТЗ мы рекомендуем использовать амиодарон как основное антиаритмическое средство для восстановления синусового ритма и перевода тахисистолической формы ФП в нормосистолическую.

ВПЛИВ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ НА ФУНКЦІЮ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

*Вінніченко О.І., Галінська С.О., студ. 3-го курсу
Науковий керівник — асист. Вінніченко Л.Б.*

Сумський державний університет, кафедра терапії

На гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) страждають від 32% до 80% пацієнтів із бронхіальною астмою (БА).

Метою дослідження є вивчення впливу інгібіторів протонної помпи (ПП) (омепразолу) на симптоми астми та функцію зовнішнього дихання.

Матеріали і методи дослідження: 30 хворих на БА в поєднанні із ГЕРХ були розділені на 2 групи: А та В. Пацієнти групи А (15 осіб) отримували сальбутамол по 200 мкг 4 рази на добу та будесонід по 400 мкг двічі на добу протягом 8 тижнів. Пацієнти групи В (15 осіб) отримували аналогічне лікування та антирефлюксну терапію – омепразол 40 мг на добу в 2 прийоми протягом 8 тижнів.

Результати дослідження: Не було суттєвої різниці в симптомах та основних показниках функції зовнішнього дихання на початку лікування в обох групах. Через 8 тижнів лікування показники функції зовнішнього дихання, такі як ОФВ1 та ПОШ, суттєво покращилися в групі В порівняно із групою А. ЖСЛ та МВЛ статистично не відрізнялися в обох групах.

Висновки: Результати дослідження свідчать про те, що антирефлюксна терапія може покращити швидкісні показники функції зовнішнього дихання у астматичних хворих на ГЕРХ, не впливаючи при цьому на об'ємні.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

*Самодахова Л.А., Мовчан О.В., студ. 3-го курса
Научные руководители: проф. Рачинский И.Д.,
асист. Лозовая Т.А.*

Сумский государственный университет, кафедра терапии

Фибрилляция предсердий (ФП) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) является фактором, повышающим риск осложнений и внезапной смерти, оказывающим отрицательное влияние на показатели центральной и системной гемодинамики и приводящий к повышению функционального класса (ФК) сердечной недостаточности (СН) более чем у 80% больных.

Цель: оценить распространенность форм ФП у больных с ИБС, влияние на прогрессирование СН, прогноз и оценку качества жизни данной категории больных.

В ретроспективном исследовании проанализировано 1213 историй болезни пациентов с ИБС. ФП выявлена у 258 (21%) больных с ИБС, причем 48,8% составила пароксизмальная и персистирующая формы, 51,2% - посто-

янная форма ФП.

Анализ полученных данных свидетельствует о высокой частоте ФП, при стабильных и острых формах ИБС. При оценке клинического статуса больных с ФП, у пациентов с пароксизмальными формами в 34% случаев определялся II ФК, а в 57% - III ФК СН по NYHA, при постоянной форме ФП основная группа больных (86%) представлена III ФК СН, что свидетельствует о прогрессировании СН у данной категории больных. Контроль частоты ритма у пациентов с постоянной формой ФП способствует увеличению коронарного резерва миокарда, повышению толерантности к физическим нагрузкам и уменьшению ФК СН. Высокий процент повторных госпитализаций и тромбоэмболических осложнений в группе пациентов с ФП свидетельствуют о прогрессирующем течении заболевания и неблагоприятном влиянии на прогноз и качество жизни.

Задачей терапии является предупреждение пароксизмов ФП, контроль ЧСС при постоянных формах ФП, профилактика тромбоэмболических осложнений.

РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-8 В ПАТОГЕНЕЗЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Лозовая Т.А., асист., Хоменко О.Н., * Тодорюк Н.С. **

Научный руководитель – проф. Рачинский И.Д.

Сумский государственный университет, кафедра терапии

*Тростянецкая ЦРБ**

Иммунная активация является независимым фактором высокого кардиоваскулярного риска. Гемодинамическая значимость фибрилляции предсердий (ФП), указывает на необходимость изучения предикторов и механизмов формирования пароксизмов ФП, трансформации в постоянную форму.

Цель: оценить роль интерлейкина-8 (ИЛ-8) у больных с различными формами ФП при стабильных и острых формах ИБС.

Результаты. Обследовано 49 больных, 30 (61%) мужчин и 19 (39%) женщин, возрастом $61,7 \pm 2,9$ лет с пароксизмальной и персистирующей формами ФП при ИБС. Пациенты получали амиодарон, β -адреноблокаторы, антикоагулянты, дезагреганты, ингибиторы АПФ, статины и, при необходимости, антиангинальные средства. Уровень ИЛ-8 определяли в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Уровень ИЛ-8 во время пароксизма ФП был достоверно выше, чем у пациентов контрольной группы ($p < 0,001$), отмечалась разница в показателях между группами больных со стабильным течением ИБС и нестабильными формами (на 24%). После проведения купирующей антиаритмической и антиишемической терапии, концентрация ИЛ-8 достоверно уменьшилась на 5,3% - ($p < 0,01$), что сопровождалось улучшением показателей центральной и внутрисердечной гемодинамики, клинического состояния пациентов и уменьшением ФК СН.

Таким образом, динамика концентрации ИЛ-8 в момент развития пароксизмов ФП и после восстановления синусового ритма свидетельствует о его роли в механизмах инициации пароксизмов ФП и их прогрессировании у больных с различными проявлениями ИБС.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шмалько Н.А., Смирнова В.Ю., Лобанова В.В., студ. 3-го курсу

Научные руководители: проф. Рачинский И.Д.,

ассист., Демихова Н.В.

Сумский государственный университет, кафедра терапии

Цель: изучить особенности оценки качества жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Качество жизни (КЖ) является широким и многоплановым понятием. Для изучения КЖ в медицине используют общие опросники и специализированные для каждого вида нозологии. Специализированные опросники лучше отражают динамику состояния пациента и позволяют точнее оценить эффект терапии. КЖ определяется прежде всего оценкой самим больным степени удовлетворенности различными аспектами своей жизни, зависит клинических жалоб и функциональных возможностей больного.

При хронической сердечной недостаточности (ХСН) для оценки КЖ пациентов используются следующие методики: Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), Nottingham Health Profile (Ноттингемский профиль здоровья), специфические методики для оценки КЖ больных со стенокардией (Сизтлский опросник), Миннесотский опросник - Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). В методике SF-36 более высокие значения шкал соответствуют более высокому КЖ, а в методике MLHFQ и Ноттингемской, наоборот, более высокому показателю соответствует менее высокое КЖ.

Определение КЖ пациентов также является важным для оценки эффективности проводимой терапии при ХСН.

Вывод. Для оценки качества жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью наиболее приемлемым является Миннесотский опросник, который следует рекомендовать для оценки эффективности проводимой терапии в клинике внутренних болезней.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Маркин М.А., Кисляков В.П., Пилипенко В.Г.,

Скоробагатая Т.Е., Бороденко М.М., Сохань Л.В.

Сумский областной клинический госпиталь ИОВ

(начальник – В.Г. Пилипенко), хирургическое отделение

Цель: изучить особенности лечения диабетической ангиопатии нижних конечностей в пожилом возрасте.

Согласно **результатов** лечения 518 больных диабетической ангиопатией нижних конечностей в госпитале ИОВ за период в 1999-2004г.: мужчин-339 (65,5%), женщин-179 (34,5%). Возраст пациентов: 65-75 лет – 45,6%; 75-85 лет – 54,4%. Консервативно пролечено 362 пациентов (70%), с оперативным вмешательством - 156 (30%).

Основным направлением лечения больных диабетической ангиопатией нижних конечностей с гнойно-некротическими поражениями было оперативное органосберегающее лечение в пределах жизнеспособных тканей, проводилась коррекция нарушения углеводного обмена, антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам, использовались: берлитион, энелбин, сермион, пентоксифиллин, никотиновая кислота, актовегин, солкосерил, витамины, аутогемотерапия. Местное лечение проводилось мазями (левомеколь, левосин), растворами антисептиков, присыпками, рифампицином; проведены поэтапные некрэктомии в пределах жизнеспособных тканей. При использовании такого алгоритма лечения ампутация конечности с/з бедра выполнены только у 29 (5,6%) больных, ампутация стопы по Шопару - у 11 (2,1%), некрэктомии - у 116 (22,3%). До применения этого алгоритма лечения в год производили до 20 ампутаций конечностей.

Вывод. Уменьшение количества ампутаций было достигнуто путем применения внутриаартериального введения лекарственных препаратов по разработанной нами методике и схеме с аутогемотерапией.

**ХРОНІЧНА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ У ХВОРИХ НА
ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ІІ ТИПУ В ПОХИЛОМУ ВІСІ:
ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ**
Рачинський І.Д., Деміхова Н.В., Кравець А.Ф. , Старків О.І.* , Собчишин
Н.П.* , Греченкова В.А.* , Кидик Ю.П.**
Сумський державний університет
*Сумський обласний клінічний госпіталь ІВВ**
(начальник – В.Г. Пилипенко)

Перевагою інгібіторів АПФ перед іншими класами антигіпертензивних препаратів є відсутність впливу на вуглеводний і ліпідний обмін та їхній органопротекторний ефект. Останнім часом ці препарати займають особливе місце в лікуванні пацієнтів з ЦД ІІ типу та ризиком розвитку ІХС.

Мета: дати характеристику клінічного перебігу та ефективності лікування інгібітором АПФ (еналаприл) у хворих похилого віку з ІХС та ЦД ІІ типу.

Результати. Аналізуючи клінічну картину хвороби у 65 хворих, що страждають на ІХС в поєднанні з ЦД ІІ типу, ми знайшли наступні ознаки: тяжкий перебіг захворювання, нерідко в анамнезі інфаркт міокарда, наявність пароксизмальної або постійної форми миготіння передсердь. За даними

ехокардіографічного дослідження ми спостерігали зниження скоротливої функції міокарда лівого шлуночка, а саме зниження фракції викиду, збільшення індексу кінцевого діастолічного та кінцевого систолічного об'ємів серця. Серед механізмів нейрогуморальної регуляції ХСН важливу роль відіграє система ренін-ангіотензин-альдостерону. У зв'язку з цим лікування хворих інгібітором АПФ (еналаприл у дозі 5-20 мг на добу) призводило до покращення систолічної функції міокарду лівого шлуночка серця, а саме збільшенню фракції викиду, зниженню індексів кінцевого діастолічного та кінцевого систолічного об'ємів лівого шлуночка.

Висновок. Лікування інгібітором АПФ еналаприлом призведе до покращення клінічного стану хворих з ІХС, ускладненою ХСН, та ЦД II типу, разом з тим має місце покращення систолічної функції міокарду лівого шлуночка серця.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

*Сід Ахмед Мохамед, клінічний ординатор
Гурець Г.В.*, Кидик Ю.П.*, Міхно Т.О.*
Науковий керівник – проф. Рачинський І.Д.
Сумський державний університет, кафедра терапії
Сумський обласний клінічний госпіталь ІВВ**

Наявність вікових передумов до підвищення артеріального тиску (АТ) під час старіння дає можливість розглядати артеріальну гіпертензію (АГ) як проблему похилого віку. При старінні знижується еластичність сполучної тканини стінки судин, прогресують її атеросклеротичні зміни, збільшується периферичний опір судин, знижується хвилиний об'єм крові. Зменшення при старінні здатності ендотелія до продукції розслаблюючих факторів та порушення нейрогуморальної регуляції сприяють виникненню АГ у пацієнтів похилого віку.

Мета: визначити характерні особливості лікування АГ у осіб похилого та старечого віку.

В похилому віці АГ є поширеним захворюванням і частіше за все має симптоматичний (вторинний) генез. Тому для своєчасного виявлення і призначення адекватної терапії особливе значення має правильне вимірювання і трактування показників АТ. Первинним завданням лікування є корекція виявлених факторів ризику: куріння, дисліпідемії, велике споживання солі та насичених жирів, цукрового діабету, лікування асоційованих клінічних станів. Рекомендується інтенсивне зниження систолічного та діастолічного АТ до рівня 140/90 мм рт.ст.. Для початку антигіпертензивної терапії застосовують діуретики, бета-блокатори, антагоністи кальцію, інгібітори АПФ, антагоністи рецепторів ангіотензину. На вибір препаратів, особливо для літніх людей, впливає їхня вартість, попередній досвід використання, надання переваги певному препарату самим пацієнтом.

Таким чином, підхід до лікування АГ у осіб похилого віку має низку особливостей, про які слід пам'ятати у разі призначення антигіпертензивних засобів таким пацієнтам.

ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРА НЕКРОЗА ПУХЛИН- α У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Деміхова Н.В., Руденко Т.М., Рябіченко С.М.**

Сумський державний університет, кафедра терапії

*Сумський медичний коледж**

Терміном метаболічний синдром (МС) пов'язані фактори, що обумовлюють високий сумарний ризик розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС), кожен з яких можна вважати фактором ризику прогресування ХСН. В патогенезі ХСН значну роль відіграє цитокінова ланка патогенеза, в тому числі фактор некроза пухлин- α (ФНП- α).

Мета: вивчити клінічний перебіг ХСН у хворих на ІХС в залежності від рівня ФНП- α , оцінити динаміку вміста ФНП- α під впливом терапії з використанням еналаприла.

Методи. Обстежено 54 хворих з МС та ІХС віком від 67 до 85 років. У всіх хворих діагностували порушення толерантності до глюкози або цукровий діабет II типу, абдомінальний тип ожиріння, гіперхолестеринемію і гіпертригліцеридемію. Тривалість захворювання на ІХС склала у середньому 16,2 років. Всі пацієнти мали клінічні ознаки ХСН I функціонального класу (ФК) за класифікацією NYHA - у 25 осіб, II ФК – у 22, III ФК – у 7. Дослідження включало загальноклінічні методи, визначення рівня ФНП- α у сироватці крові. Призначали еналаприл 5-20 мг на добу протягом трьох тижнів.

Результати дослідження свідчать про збільшення вмісту ФНП- α на 26,7% у хворих з III ФК порівняно з I ФК. Під впливом лікування спостерігали покращення клінічного стану хворих та зниження ФК ХСН з II на I у 9 хворих, з III на II – у 3 пацієнтів. Рівень вмісту ФНП- α знизився на 8,3%, але залишався значно вищим за нормальні величини.

Висновок. У хворих з ХСН і МС відмічено збільшення вмісту ФНП- α прямо пропорційно до ФК ХСН. Під впливом терапії відмічено тенденцію до зниження рівня вмісту ФНП- α , однак у пацієнтів залишалися ознаки імунної активації.

РІВЕНЬ ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ ТА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

*Богушева О.І., магістрант кафедри,
Розульська Л.О., зав. лабораторією ОДРЗН
Науковий керівник – проф. Орловський В.Ф.
Сумський державний університет, кафедра терапії*

За останні роки спостерігається ріст захворюваності на гострі та хронічні гепатити вірусної етіології, тому детальне вивчення патогенезу цих захворювань з метою удосконалення лікування та профілактики є актуальним.

Метою дослідження було визначення рівня оксиду азоту (NO) в плазмі крові хворих на хронічні гепатити та цирози печінки.

Обстежено 27 пацієнтів (15 хворих (55,6%) з загостренням хронічного гепатиту та 12 (44,4%) – з цирозом печінки), які знаходилися на лікуванні в гастроентерологічному відділенні Сумської обласної клінічної лікарні. Визначали рівень NO в плазмі крові за методикою Поліводи С.М. та співавторів за сумарним вмістом нітритів/нітратів (кінцевих метаболітів NO).

Результати та їх обговорення. У 19 (70%, I підгрупа) хворих має місце достовірно більш низький рівень нітритів/нітратів в плазмі крові ($4,61 \pm 5,2$ мкмоль/л) у порівнянні з контрольною групою (15 донорів, $23,05 \pm 2,45$ мкмоль/л, $p < 0,001$). У 8 хворих (30%, II підгрупа) рівень нітритів/нітратів в плазмі крові складав $21,1 \pm 5,8$ мкмоль/л, $p > 0,05$. У пацієнтів I підгрупи показники цитолізу перевищують норму в 2-10 разів, перебіг захворювання, стабілізація клінічних і лабораторних показників відбувалося більш повільно, ніж у хворих II підгрупи. У останніх білірубін і трансамінази були в межах норми, захворювання мало більш легкий перебіг.

Таким чином встановлено, що між концентрацією нітритів/нітратів в плазмі крові та білірубіном, амінотрансферазами, а також важкістю перебігу існує зворотна кореляція, що опосередковано свідчить на користь захисної ролі оксиду азоту по відношенню до хворого з ураженням печінки.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

*Вишелеський С.Ю., студ. 6-го курсу
Науковий керівник – асист. Кириченко Н.М.
Сумський державний університет, кафедра терапії*

Провідна роль у виникненні хронічного гастриту типу В та виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (ВХДПК) належить *Helicobacter pylori* (Hр). Тривала присутність Hр у слизовій оболонці (СО) шлунка і ДПК викликає розвиток як локальних імунозапальних процесів, так і системної імунної відповіді з ушкодженням СО й підтримки хронічного запалення, що є важливим механізмом виразкоутворення.

Мета дослідження. Вивчити показники клітинного імунітету залежно від тривалості захворювання і частоти рецидивів ВХДПК.

Матеріали та методи. Обстежено 67 хворих на ВХДПК. Визначення поверхневих маркерів лімфоцитів CD3, CD4, CD8, CD16, CD19 проводили методом непрямой флуоресцентної реакції з використанням моноклональних антитіл виробництва ООО “Сорбент” м. Подольськ. Нр виявляли гістологічним методом.

Результати. У всіх обстежених хворих були виявлені однотипні зміни з боку клітинної ланки імунітету: зменшення загальної кількості Т-лімфоцитів (CD3), Т-хелперів (CD4), Т-супресорів (CD8), натуральних кілерних клітин (CD16) та спостерігалось зниження вмісту В-клітин (CD19).

Найбільше їх відхилення спостерігалось у групі із тривалістю захворювання більше 10 років та частотою рецидивів 2-3 рази на рік і більше.

Висновки. Таким чином, у обстежених хворих на ВХДПК має місце пригнічення клітинної ланки імунітету, вираженість якого залежить від тривалості захворювання і частоти його загострень на рік. Це обумовлює необхідність включення в комплексну терапію ВХДПК із тривалістю більше 10 років та загостреннями частіше 2-3 рази на рік імуномодулюючих засобів.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ТИРЕОТОКСИКОЗУ У ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ ТОКСИЧНИЙ ЗОБ ТА АУТОІМУННИЙ ТИРЕОІДИТ

*Гапонова О.Г., лікар-інтерн, магістрант
Науковий керівник – доц. Мелеховець О.К.*

Сумський державний університет, кафедра терапії

Подібність клінічної картини аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) та дифузного токсичного зобу (ДТЗ) призводить до певної кількості помилок в діагностиці причин тиреотоксикозу.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу тиреотоксикозу на фоні АІТ і ДТЗ. Під спостереженням знаходились 232 хворих з тиреотоксикозом. Хворі були розподілені на три групи згідно верифікованим діагнозам: ДТЗ (1-а група), гіпертрофічний варіант АІТ (2-а група) та поєднання обох форм (3-а група).

Аналіз чинників тиреотоксикозу свідчить про домінуючу роль ДТЗ в розвитку даного симптомокомплексу. Динаміка перебігу тиреотоксикозу має суттєві відмінності при АІТ та ДТЗ. Титри аутоантитіл на початку захворювання були значно більшими у 3-й групі. У хворих 2-ї та 3-ї групи, що мали деструктивний характер, переважали титри АТМФ. Рівень аутоантитіл через 6 місяців та через 1 рік динамічно знижувався.

Тиреотоксикоз при АІТ потребує менших термінів для компенсації при проведенні терапії тиреостатиками. Перебіг захворювання залежить від переважання деструктивних або репаративних процесів у залозі і тому може при-

зводити до відновлення нормальної функції ЩЗ, гіпотиреозу, а у разі прогресування аутоімунного запалення – до тривалого стійкого тиреотоксикозу. Тому при АІТ повинен бути більш індивідуалізований підхід до кожного хворого у виборі тактики лікування. Найбільш толерантним до медикаментозної терапії є тиреотоксикоз, що спостерігається при поєднанні АІТ з ДТЗ.

ЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ І ОБ'ЄМУ ВІСЦЕРАЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Приступа Л.Н., доцент кафедри терапії;

Гуйва Т.О., обласний пульмонолог, СОКЛ;

Дитко В.В., учениця МАН

Науковий керівник – проф. Орловський В.Ф.

Сумський державний університет, кафедра терапії

Метою дослідження було вивчення взаємозв'язку між об'ємом вісцеральної жирової тканини та продукцією прозапальних цитокінів у хворих на бронхіальну астму (БА) із вісцеральним типом ожирінням.

Матеріал і методи. Обстежено 35 хворих на БА: I групу склали 18 хворих із нормальною масою тіла, II - 17 хворих із ожирінням. Контрольну групу склали 22 практично здорових особи. Визначали антропометричні показники (ріст, масу тіла, обсяг талії та стегон) для виявлення ожиріння, його типу, а також - індексу маси тіла (ІМТ), об'єму вісцеральної жирової тканини (ОВЖТ). Визначали рівень інтерлейкіну (ІЛ)-6, ІЛ-8 та фактора некрозу пухлин- α (ФНП- α) імуноферментним методом.

Результати дослідження. Встановлено підвищення ІЛ-6 у 2,5 разу у хворих I групи і у 6 разів у хворих із ожирінням, а ФНП- α - відповідно у 3 та 8 разів. Існує тісний позитивний кореляційний зв'язок між продукцією ІЛ-6 та ІМТ ($r=0,56$) та позитивний середньої сили зв'язок ($r=0,25$) між ФНП- α та ІМТ. Встановлено тісний позитивний кореляційний зв'язок між продукцією ІЛ-6 та ОВЖТ ($r=0,63$) та між продукцією ФНП- α та ОВЖТ ($r=0,61$). Це підтверджує роль жирової вісцеральної тканини у посиленні тяжкості перебігу БА шляхом гіперпродукції прозапальних цитокінів, що є однією із патогенетичних ланок формування синдрому обтяження при наявності БА та вісцерального типу ожиріння.

СТАН МІСЦЕВОГО ТА ЗАГАЛЬНОГО ПРОТЕОЛІЗУ У ХВОРИХ НА ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВІ УРАЖЕННЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ ТА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Катарнех Аббас Алі, аспірант кафедри терапії

Науковий керівник – проф. Орловський В.Ф.

Сумський державний університет, кафедра терапії

Метою дослідження було вивчення стану місцевого та загального протеолізу хворих на ерозивно-виразкові враження гастродуоденальної зони у поєднанні із бронхіальною астмою.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 28 хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки (ПВ ДПК) та ерозивний гастродуоденіт (I група), 28 хворих на ПВ ДПК у поєднанні із БА (II група). Загальну протеолітичну активність (ЗПА) плазми крові та у біоптатах СОШ, α_1 -інгібітор протеїназ (α_1 -ІП), α_2 -макроглобулін (α_2 -МГ) визначали за методиками Веремеєнка К.М. Питому протеолітичну активність (ППА) у біоптатах розраховували як співвідношення ЗПА до вмісту білка.

Результати дослідження. У хворих I групи встановлено підвищення ЗПА у біоптатах у 2,4 разу у порівнянні із контрольною групою, а у хворих II групи - більш, ніж утричі. Дослідження вмісту білку у біоптатах показало його зниження у хворих обох груп. ППА, відповідно, зростала, перевищуючи у 2,7-4,4 разу контрольний показник. СПА крові була вірогідно вищою у хворих II групи у порівнянні із контролем і з пацієнтами I групи. Вміст інгібіторів протеолізу був вірогідно нижчим у пацієнтів із поєднаною патологією.

Отже, при наявності асоціації захворювань встановлено більш виражений дисбаланс у системі протеази-антипротеази, ніж при ізольованому перебігу ерозивно-виразкових уражень, що може сприяти прогресуванню запальних і деструктивних уражень у слизовій оболонці гастродуоденальної зони та бронхів.

ВПЛИВ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ І ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЇ НА ПЕРЕБІГ СИНДРОМІВ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ І АРИТМІЇ

Лаба О.В., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – доц. Лаба В.В.

Сумський державний університет, кафедра терапії

Багато чисельні дані клініко-епідеміологічних спостережень показали, що артеріальна гіпертензія (АГ) і гіперхолестеринемія (ГХС) в значній мірі прискорюють виникнення синдромів серцевої недостатності (СН) і аритмії за рахунок ураження органів-мішеней – серця і судин.

Метою роботи є вивчення частоти реєстрації згаданих вище синдромів у стаціонарних хворих, переважно чорнобильського контингенту залежно від ступеня АГ і рівня холестерину (ХС).

Матеріали і методи. В дослідження включено 100 хворих з діагнозом АГ I-III стадії і рівнем ХС більше 6,2 ммоль/л (I гр.) і групу контролю (II) з 50 хворих АГ з нормальним і межим рівнем ХС.

Результати дослідження. Встановлена статевая залежність частоти вказаних ускладнень при АГ і ГХС. Так, СН реєструвалось у групі I у чоловіків у 53,8%, жінок – 25,6%; а в II групі відповідно – 50% і 21,4%. Аритмічний синдром стано-

вив в I групі у чоловіків – 16,6%, жінок – 3,8%; в II групі – 7,1% і 3,2% відповідно.

З віком різко збільшувалась проява цих синдромів. Так, СН у віці 30-39 р. становили 1,2%; 40-49р. – 15,3% ; 50-59р. – 17,9% і 60 років і більше – 34,6%. Аритмічний синдром вперше реєструвався у віці 40-49р. – 6,4%; старше 50 років – 7,6%. Встановлена пряма залежність росту вказаних ускладнень від ступеня АГ. Так, при I ступені АГ – СН становила 6,8%, а аритмії – 3,3%; при II ступені АГ – це співвідношення склало 25,4% і 5,1%; при III ступені АГ – відповідно 28,8% і 8,5%.

Висновки. Хворі на АГ, ГХС, особливо чоловічої статі і старшого віку, є групою високого ризику не фатальних і фатальних ускладнень і потребують постійної посиндромної фармакотерапії.

ЗАСТОСУВАННЯ ЕГЛОНІЛУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Поборча О.Л., лікар-інтерн

Науковий керівник – доц. Лаба В.В.

Сумський державний університет, кафедра терапії

Відомо про значний вплив на механізми утворення виразки нервово-психічних особливостей пацієнта.

Метою роботи було вивчення ефективності еглонілу в комплексній терапії виразкової (ВХ) шлунку і 12-палої кишки.

Матеріали і методи. Ретроспективно суцільним методом проаналізовано 100 історій хвороб стаціонарних хворих на ВХ, з них шлунку – 26, 12-палої кишки – 84. Середній вік пацієнтів склав $35,5 \pm 11,2$ роки, з них чоловіків – 36, жінок – 64. Всі хворі, крім стандартної схеми лікування ВХ отримували еглоніл по 50 мг двічі на добу.

Оцінювалась динаміка основних клінічних синдромів. Підвищена кислотоутворююча функція шлунку реєструвалась у 45 хворих, збережена – у 55.

Отримані результати. Всі хворі мали прояви астено-вегетативного синдрому. Середня тривалість виразкового анамнезу у чоловіків склала 5,1 роки, у жінок – 4,8 роки. Всім хворим проведено езофагогастроуденічне дослідження. При контрольній фіброгастроуденоскопії через 2 тижні після початку комплексного лікування з використанням еглонілу відмічалось покращення якісних (загоєння виразкових дефектів, зменшення гіперемії, набряку слизової) та кількісних (інтенсивності заброду жовчі в шлунок та гастроезофагеальних рефлексів) ендоскопічних параметрів. Прояви астено-вегетативного синдрому в більшості випадків були ліквідовані, в меншості - значно зменшені. Переносимість еглонілу всі хворі оцінили як добру. У 2 хворих відмічалась сонливість і сухість у роті.

Висновок. Еглоніл є необхідним засобом комплексної терапії ВХ шлунку і 12-палої кишки.

ПРО МІСЦЕ ІНГІБИТОРА АПФ – ЕНАЛАПРИЛУ В ЛІКУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ II СТАДІЇ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

*Козловець Г.В., лікар-інтерн
Науковий керівник – доц. Лаба В.В.*

Сумський державний університет, кафедра терапії

Дані чисельних багато центрових досліджень (ANBP-2, CAPPP, HOPE, HYVET, HOT, INVEST, PROGRESS, STOP-Hypertension) з позицій доказової медицини відвели одне з центральних місць інгібіторам АПФ (ІАПФ) в лікуванні артеріальної гіпертензії (АГ).

Метою роботи було вивчення ефективності еналаприлу, як монотерапії так і в комбінації у хворих АГ II стадії на регіональному рівні.

Матеріали і методи дослідження. Ретроспективно, вибірково методом, проаналізовано 60 історій хвороб стаціонарних хворих АГ II стадії, які отримували монотерапію еналаприлом і в комбінації з іншими засобами. Протягом 2 тижнів всі хворі отримували еналаприл в дозі 10-30 мг на добу однократно. Оцінювалась динаміка артеріального тиску (АТ).

Отримані результати. Зниження АТ досягнуто у 45 (75%) хворих. Систолічний АТ (САТ) в середньому знизився на 30,1 мм рт. ст., діастолічний АТ (ДАТ) – на 18,7 мм рт. ст. З них у 28 хворих (46%) САТ і ДАТ прийшов до норми.

Число серцевих скорочень суттєво не мінялось.

21 хворий (35%) з причини недостатнього ефекту отримував 20 мг, 6 хворих (10%) отримували 30 мг препарату в комбінації з іншими засобами I ряду.

У 15 (25%) хворих достатнього зниження тиску не досягнуто. Це були хворі з проявами гіпертензивного серця.

Висновок. Еналаприл є достатньо ефективним засобом у лікуванні хворих II стадії АГ без ознак декомпенсованого гіпертензивного серця.

ЗАСТОСУВАННЯ ІНДУКТОРА ІНТЕРФЕРОНУ ЦИКЛОФЕРОНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

*Лушпа О.А., лікар-інтерн
Науковий керівник – доц. Лаба В.В.*

Сумський державний університет, кафедра терапії

В теперішній час набуває поширення застосування в клінічній практиці нового класу імуномодуляторів – індукторів інтерферону (ІФН).

Метою роботи було вивчення ефективності і об'єктивності застосування індуктора інтерферону – циклоферону в комплексній терапії хворих ревматоїдним артритом (РА).

Матеріали і методи. Обстежено 20 хворих РА у віці $46,5 \pm 13,6$ років, з них 18 жінок і 2 чоловіків. Середня тривалість захворювання склала $9,5 \pm 1,91$ року. Всі хворі були поділені на 2 групи: основну (I, $n=12$), які наряду з традиційними для РА засобами отримували циклоферон (Ц) (виробництва НТФФ “Полисан”, м. Санкт-Петербург) і контрольну (II, $n=8$), які не отримували його. Циклоферон вводили по 250 мг внутрішньом'язево у 1,2,4,6 та 8 дні лікування по 3 курси протягом 2-х місяців. На момент лікування 13 хворих отримували базисну терапію – метотрексат (5), сульфасалазін (4), гідроксіхлорохін (4). Всі хворі отримували не стероїдні протизапальні засоби (діклофенак, піроксікам, напроксен). Суглобовий синдром оцінювали за загально прийнятими в ревматології суб'єктивними і об'єктивними критеріями.

Отримані результати. На фоні лікування відмічено достовірне ($p < 0,05$) зменшення кількості уражених суглобів, індексу Річі. Недостовірно зменшилась тривалість ранкової скутості. Не відмічено суттєвої позитивної динаміки функціональної недостатності суглобів і сили стискування кистей.

Висновок. Включення Ц в програми лікування РА сприяє позитивному впливу на ефективність проведеної терапії.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНОЇ ХОНДРОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ДЕФОРМУЮЧИМ ОСТЕАРТРОЗОМ

Лщенко Г.О., лікар-інтерн

Науковий керівник – доц. Лаба В.В.

Сумський державний університет, кафедра терапії

Відомо, що в основі розвитку деформуючого остеоартрозу (ДОА) є функціональна неповноцінність хондроцитів, порушення ними синтезу протеогліканів, які забезпечують нормальну стабільність структури колагенової сітки.

Метою роботи було вивчення ефективності сучасної хондропротекторної (ХП) терапії у хворих ДОА.

Матеріали і методи. Обстежено 62 хворих з гон- і кокс артрозом I-II рентгенологічної стадії у віці 18-75 років. Основну групу (I) склали 42 хворих, що приймали ХП протягом всього лікування і діклофенак натрію 75-100 мг/добу протягом 10 днів, потім по необхідності. 20 хворих склали контрольну групу (II), які отримували діклофенак в тих же дозах і фізіотерапію. Використовувались такі ХП: структум (9), терафлекс (12), артрон-комплекс (8), алфлутоп (6), зінаксін (7). Лікувальний ефект оцінювали на 7,14 і 21 добу,

зіставляючи загально прийняті в ревматології суб'єктивні і об'єктивні критерії.

Отримані результати. В I групі вже через 14 днів лікування відмічено достовірне зниження альгофункціонального індексу Лекена і збільшення об'єму рухів у суглобах. Під кінець лікування індекс Лекена зменшився майже вдвічі, досягнуто нормалізації рухів у суглобах. У II групі спостерігали тільки тенденцію до зниження вказаного індексу і покращення рухів у суглобах. Позитивно відреагували гострофазові реактанти у I групі. Покращення різного ступеню вираженості досягнуто у 90% хворих I групи. Переносимість засобів була доброю у 38 хворих, у 2 – були гастралгії і діарея.

Висновок. ХП у хворих з первинним ДОА є патогенетично аргументованим ефективним і небезпечним методом фармакотерапії.

ВПЛИВ СТАТИНІВ НА ДИНАМІКУ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ХВОРИХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДУ

Сердюк В.І., лікар-інтерн

Науковий керівник – доц. Лаба В.В.

Сумський державний університет, кафедра терапії

Встановлена залежність між смертністю від серцево-судинних захворювань (ССЗ) і підвищеним рівнем загального холестерину (ХС) та ХС ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ).

Метою роботи було вивчення впливу статинів на динаміку ліпідного спектру крові у хворих, що перенесли інфаркт міокард (ІМ).

Матеріали і методи. Методом суцільної вибірки проаналізовано 97 історій хвороб після ІМ, що перебували на 2 етапі реабілітації. Чоловіків – 92,9%, жінок – 7,1%. Середній вік $46 \pm 5,2$ роки. Наряду із стандартною терапією, 20 хворих (I гр.) отримували вазиліп (симвастатін), 50 хворих (II гр.) – ловастатін в дозах по 20 мг на ніч, 27 хворих (III гр.) не отримували гіполіпідзнижуючі засоби.

Отримані результати. Початковий рівень ХС у 16 хворих I гр. перевищував оптимальний, рівень ЛПНЩ у 17 – перевищував межовий на 50,4%. Після 4 тижнів лікування ХС знизився у всіх хворих на 19%, а ЛПНЩ – на 23,8%. У II гр. початковий рівень ХС перевищував межовий у 31 хворого на 24,9%, рівень ЛПНЩ у 35 хворих був вище норми на 46,9%, а у 15 – межовим.

Через 4 тижні знизився ХН у всіх хворих на 17,8%, а ЛПНЩ – на 23,8%. В III гр. Початковий рівень ХС у 14 хворих не перевищував межовий, а у 15 – був вище норми на 17,7%. Рівень ЛПНЩ у 19 хворих перевищував оптимальний на 25%. Через 4 тижні рівень ХС нормальним був у 10 хворих, у 9 – знизився на 6%, у 10 – підвищився на 15,7%. Рівень ЛПНЩ залишився нижче межового у 6 хворих, і у 6 – знизився.

Висновок. Статини, особливо вазиліп, підтвердили антиатерогенну дію у хворих після перенесеного ІМ.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

*Михайліченко Н.В., лікар-інтерн
Науковий керівник – доц. Лаба В.В.*

Сумський державний університет, кафедра терапії

Дані багато центрових досліджень стверджують необхідність “жорсткого” контролю артеріального тиску (АТ) для досягнення зниження серцево-судинних ускладнень.

Метою роботи було вивчення ефективності комбінованої антигіпертензивної терапії у хворих артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали і методи. Обстежено 126 хворих АГ II стадії, що перебували на стаціонарному лікуванні протягом 1 року. Середній вік хворих $50 \pm 4,6$ роки. Середня тривалість АГ $11 \pm 2,2$ роки. Середній АТ до госпіталізації становив $171/106,6$ мм рт.ст. Жінок було 19%, чоловіків – 81%. Тяжка АГ була у 39,7% хворих, помірна – у 37,3%, м’яка – у 15,9%. З нормальним АТ на фоні терапії перебувало 7,1% хворих. Інгібітори АПФ отримували 66,6% хворих, в тому числі як монотерапію – 22,2%, β -блокатори – 34,9% і як монотерапію – 3,1%, антагоністи кальцію – 14,2% і відповідно – 3,9%, діуретики – 43,6% і 0,7% – відповідно.

Отримані результати. Через 2 тижні лікування АТ повністю нормалізувався у 72,3% хворих, межові значення були у 20,6% і неконтрольованим був у 7,1% хворих. На момент виписки відбулося зниження АТ в усіх групах хворих незалежно від кількості призначених препаратів. При комбінованій терапії систолічний АТ (САТ) після лікування знизився на 21,5%, діастолічний АТ (ДАТ) – на 21,4%. При монотерапії САТ знизився на 17,3% і ДАТ - на 18%.

Висновок. Необхідність комбінованої терапії залежить від початкового рівня АТ. Найчастіше в комбінації застосовувались ІАПФ, далі діуретики і β -блокатори. Нормалізація АТ досягнута у 92,9% хворих.

ВПЛИВ МЕТОПРОЛОЛУ НА МЕДИЧНУ ТА ЕКОНОМІЧНУ ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З СН НА ФОНІ ІХС В УМОВАХ ДЕННОГО СТАЦІОНАРУ СМКЛ №5 В 2004 РОЦІ

Матлай О.І., Товстенко Ю.В., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – асист. Псарьова В.Г.

Сумський державний університет, кафедра терапії

В патогенезі СН (серцевої недостатності) адренергічна стимуляція може призводити до негативних гемодинамічних наслідків, у зв'язку з цим можливість застосування кардіоселективного в-адреноблокатора метопрололу в лікуванні СН на фоні ІХС та ГХ в якості засобу, який блокує пошкоджуючу дію катехоламінів на міокард.

Мета роботи: вивчити вплив метопрололу на медичну та економічну ефективність лікування хворих з СН на фоні ІХС та ГХ в умовах денного стаціонару СМКЛ №5 у 2004 році.

Матеріали та методи: в дослідження включено 42 хворих з СН, серед них 1 ФКСН (функціональний клас серцевої недостатності) склав 21% (9 чол.), 2 ФКСН-59,5% (25 чол.), 3 ФКСН-19% (8 чол.). Середній вік хворих склав 56,7 років.

Результати дослідження: 42 пацієнти з СН різного ФК на фоні ІХС та ГХ приймали метопролол один раз на добу. Починали з 12,5 мг/добу, в подальшому дозу титрували до 100 мг/добу. На фоні проведеного лікування покращилися оцінюючі критерії. Медична ефективність спостерігалася у 95,8% хворих. Метопролол покращував загальний стан пацієнтів, зменшував частоту серцевих скорочень, артеріальний тиск, суттєво знижував кількість, тривалість та ступінь тяжкості нападів болю. На фоні прийому метопрололу зменшилась частота виникнення інфаркту міокарда. Економічна ефективність спостерігалася у зменшенні повторних госпіталізацій хворих.

Висновок: в-селективний блокатор метопролол- ефективний засіб для лікування хворих з СН на фоні ІХС та ГХ, бо він ефективно впливає на кінцеві точки:

- 1) загальна смертність;
- 2) смертність від серцево-судинних захворювань;
- 3) виникнення інфарктів та інсультів;
- 4) частота госпіталізацій.

ЧАСТОТА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖИТЕЛЕЙ СУМСКОГО РАЙОНА

Логоша М.А., врач-интерн

Научный руководитель – доц. Лаба В.В.

Сумский государственный университет, кафедра терапии

Проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) привлекает к себе внимание в связи с ростом её распространенности, развитием таких серьезных осложнений, как пищевод Баррета и аденокарцинома пищевода, а также продолжительностью консервативной терапии.

Обстежено 1235 пацієнтів – жителів Сумського району, (жінки - 687, чоловіків - 548, середній вік 52,3 роки). Рефлюкс-езофагіт (РЭ) був виявлений у 6% обстежених. У 75% був виявлений вперше. РЭ I ступеня діагностований у 81%, II ступеня у 9,4%, III ступеня у 5,6% і IV у 4% пацієнтів.

У всіх обстежених РЭ поєднувався з іншою патологією ЖКТ - с язвенною хворобою у 13,5%, ерозіями дванадцятипалої кишки і шлунка у 17,5%, гастритом у 62,2%, на фоні резецированого шлунка у 6,8%.

По результатам досліджень були зроблені наступні висновки.

1. Розповсюдженість РЭ серед жителів Сумського району становить 6%, що відповідає літературним даним. Найчастіше зустрічаються легкі форми РЭ (I – II ступень) у 90,4% обстежених.

2. У всіх обстежених хворих езофагіт поєднувався з іншою патологією шлунка і дванадцятипалої кишки.

3. У 4% хворих виявлено ускладнення в формі пищевода Баррета.

Необхідна більша настороженість і інформованість лікарів широкого профілю про симптоматику і частоту виявлення ГЭРБ.

РІВЕНЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-8 І МОЛЕКУЛ АДГЕЗІЇ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ

Орловський О.В., асистент

Сумський державний університет, кафедра терапії

Мета: вивчити взаємозв'язок експресії молекул адгезії та рівня інтерлейкіну-8 (ІЛ-8) у хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки (ПВ ДПК) в залежності від тяжкості перебігу захворювання.

Методи дослідження. Обстежено 22 хворих із тяжким перебігом (II група), 24 - з неускладненою ПВ ДПК (I група) та 22 здорові особи. ІЛ-8 у сироватці крові визначали методом твердофазного імуоферментного аналізу. Ідентифікацію адгезивних молекул мононуклеарів периферичної крові проводили методом непрямой флуоресцентної реакції з використанням моноклональних антитіл: CD11b, CD54.

Результати дослідження. У хворих I групи виявлено достовірне підвищення у порівнянні з контролем молекул адгезії CD11b та CD54 до $42,2 \pm 2,03$ та $50,4 \pm 2,33\%$, відповідно. У хворих II групи підвищення цих показників ($56,8 \pm 3,24$ та $64,6 \pm 3,68\%$, відповідно) було вірогідним не тільки в порівнянні з контролем, але і з попередньою групою хворих ($p_{2-1} < 0,01$). Паралельно із підвищенням молекул адгезії, у хворих обох груп спостерігалось достовірне зростання рівня ІЛ-8 (до $52,4 \pm 3,21$ та $138,4 \pm 7,84$ пг/мл відповідно), причому показники пацієнтів II групи вірогідно перевищували показники I групи ($p_{2-1} < 0,001$).

Таким чином, тяжкий перебіг ПВ ДПК характеризується більш вираженими зрушеннями як з боку клітинної ланки імунітету, так і з боку цитокіно-

вої регуляції. Підвищення рівня молекул адгезії та ІЛ-8 свідчать про вищу активність запального процесу у слизовій оболонці гастродуоденальної зони вкорих на ПВ ДПК з тяжким перебігом.

КЛІНІКО-ГЕОХІМІЧНЕ РАЙОНУВАННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ ПО СТУПЕНЮ ЙОДОДЕФІЦИТУ

Москаленко Р.А., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – доц. Мелеховець О.К.

СумДУ, кафедра терапії, курс ендокринології

Вступ. Йододефіцитні захворювання (ЙДЗ) є найбільш поширеною неінфекційною патологією на Землі. ЙДЗ називають порушення і стани, викликані недостатнім надходженням йоду в організм: ендемічний (ЕЗ) та дифузний нетоксичний зоб (ДНЗ), вузлові захворювання щитовидної залози (ЩЗ), вроджений гіпотиреоз, мимовільні аборти, мертвонародження, розумові та когнітивні порушення, зниження пам'яті.

Метою роботи є: 1) виявлення залежності між природно-екологічними умовами територій Сумської області і ступенем вираженості йодного дефіциту; 2) виявлення причин та основних закономірностей значного поширення ЙДЗ на терені нашого краю.

Матеріали і методи. На основі наших досліджень та клінічних даних Сумського обласного клінічного ендокринологічного диспансеру було проведено районування Сумської області по ступеню ризику виникнення ЙДЗ. Головними критеріями, які впливали на ступінь вираженості йододефіциту вважались клінічні, тип і кислотність ґрунтів, кліматичні та геологічні фактори.

Результати роботи. В зону з високим ступенем ризику виникнення ЙДЗ була включена територія Середино-Будського та Шосткінського районів, північна частина Кролевецького та Ямпільського. Захворюваність та рівень диспансеризації ДНЗ та ЕЗ (II – III ст.) та вузлові захворювання (ВЗ) ЩЗ в цьому регіоні в 1,5 – 2 рази перевищують захворюваність по області.

В зону помірного ризику виникнення ЙДЗ були включені Глухівський, Путивльський, південні частини Ямпільського та Кролевецького районів. Тут захворюваність та рівень диспансеризації ДНЗ, ЕЗ (II – III ст.) та ВЗ ЩЗ в середньому в 1,2 – 1,3 рази перевищували загальнообласні показники.

Відносно низькими по ризику розвитку ЙДЗ є території Буринського, Недригайлівського, Тростянецького, Липово-Долинського, Велико-Писарівського, Краснопільського, Лебединського районів. Показники захворюваності та рівня диспансеризації на ДНЗ та ВЗ ЩЗ в цьому регіоні менші від середніх загальнообласних.

Висновки. Таким чином, проведені дослідження дають можливість: 1) оцінити ризик розвитку ЙДЗ в окремих регіонах Сумської області; 2) встановити причини значного поширення ЙДЗ та тиреоїдної патології в Сумській області.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕФРОПРОТЕКТИВНОГО ЭФФЕКТА БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ

Кулинич Р.Л.

Научный руководитель – проф. Поливода С.Н.

*Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра госпитальной терапии-2*

Цель: оценить нефропротективный эффект эналаприла, ирбесартана и их комбинации при гипертонической болезни (ГБ).

Пациенты с ГБ были распределены на 3 группы в зависимости от получаемой терапии: 1 группа 35 человек принимали эналаприл («Енап», KRKA), 2 – 24 человек – ирбесартан («Апровель», Sanofi-Aventis) и 23 пациента, составивших 3 группу, эналаприл и ирбесартан. Больным определяли функциональный почечный резерв (ФПР). Уровень альбуминурии (АУ) и β_2 -микроглобулинурии (МГУ) исследовали иммуноферментным анализом. Эффективность терапии оценивали через 3 месяца терапии. Полученные данные свидетельствуют, что наиболее выраженный нефропротективный эффект отмечен при комбинированной терапии: к концу курса терапии ФПР достоверно повысился на 62,4%, уровень АУ и МГУ достоверно снизился на 31,2% и 22,1%, соответственно. В 1 группе была отмечена аналогичная динамика, отличающаяся величиной различий: ФПР увеличился на 51,3%, снижение экскреции альбумина и β_2 -микроглобулина составило 27,5% и 19,6%. Наименее выраженная разница значений ФПР, АУ и МГУ на фоне терапии зафиксирована для 2 группы: +41,2%, -17,3% и -20,1%, соответственно. Указанный эффект объясняется разноуровневой блокадой ренин-ангиотензиновой системы, что позволяет не только уменьшить ангиотензинопосредованные эффекты и дисфункцию эндотелия, но и улучшить почечную гемодинамику, повысить резервную фильтрационную способность почек и уменьшить экскрецию микропротеинов с мочой.

НОВИЙ ПРЕПАРАТ В ПУЛЬМОНОЛОГІЇ

Витриховський О.Я., магістрант

Науковий керівник – проф. Абрагамович О.О.

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
кафедра шпитальної терапії*

ХОБ характеризується дифузним не алергічним запаленням бронхів, що зумовлює прогресуюче порушення легеневої вентиляції та газообміну за обструктивним типом і проявляється задишкою, кашлем з виділенням мокро-

ти, не менше 3-х місяців в році протягом останніх двох років, і не зумовлене ушкодженням інших органів і систем.

Було обстежено та проліковано 21-го пацієнта, поділивши їх на дві рівнозначні групи. В дослідній групі (11 хворих) у схему комплексного лікування входив препарат “Флуренізид” в добовій дозі 0,6г – 14 днів, а в контрольній групі (10 хворих) він не входив.

Порівняння результатів спірографії виявило зростання кількості пацієнтів з I ступенем бронхіальної обструкції в дослідній групі.

Вивчаючи причину цих змін, констатували зниження, кількості лейкоцитів [до $5,25 \pm 0,7$] у дослідній групі в порівнянні з контрольною [$8,1 \pm 0,6$; $p < 0,05$], зниження ШОЕ у дослідній групі [до $9,4 \pm 1,4$], в порівнянні з контрольною [$15,8 \pm 1,5$ мм/год; $p < 0,05$], що свідчить про припинення процесів запалення в слизовій бронхіального дерева, яке було одним із визначальних факторів бронхообструкції.

У дослідній групі, після проведеного лікування з Флуренізидом зменшились: ЦИК [з $6,7 \pm 0,4$ г/л., до $5,2 \pm 0,26$ г/л; $p < 0,05$], імунорегуляторний індекс [з $2 \pm 0,09$ до $1,5 \pm 0,04$; $p < 0,05$].

Ці результати підтверджують факт імунологічних зрушень в організмі при ХОБ, відображають виражену протизапальну та імунomodуючу дію Флуренізиду.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ НЕПАРНИХ ГЛОК ЧЕРЕВНОЇ АОРТИ ШЛЯХОМ ПРОВЕДЕННЯ ЛАКТОЗНОГО НАВАНТАЖУВАЛЬНОГО ТЕСТУ

Романюк Н.А. , студ.6-го курсу

Науковий керівник – канд.мед.наук Ткач Є.П.

*Буковинська державна медична академія, кафедра госпітальної терапії,
клінічної фармакології та професійних хвороб*

Лактозний навантажувальний тест, який полягає у визначенні рівня глюкози крові натще та після ентерального прийому 50 г лактози через 20, 40, 60 хвилин, був проведений у пацієнтів на ІХС без (21 хворий) та з ознаками атеросклеротичного ураження черевного стовбура та верхньої мезентеріальної артерії (18 хворих). Окрім побудови індивідуального для кожного пацієнта графіка за динамікою рівня глюкози крові при навантаженні лактозою, нами було проаналізовано рівні приросту глікемії у кожній із обстежених груп на 20-ій, 40-ій та 60-ій хвилинах тесту. Основна увага приділялась приросту глікемії на 20 хвилині навантаження.

В результаті дослідження встановлено наявність порушення травлення лактози у пацієнтів на ІХС із судинною атеросклеротичною патологією кишечника. У даній категорії хворих спостерігається плоский тип глікемічної кривої після навантаження лактозою, приріст рівня глікемії на 20 хв лактозного навантажувального тесту не сягає рівня 1,2 ммоль/л, що вказує на

наявність порушення травлення даного дисахариду, зумовленого зниженням активності лактази у слизовій оболонці кишечника.

У хворих на ІХС без судинної патології кишечника не спостерігається наявність плоского типу глікемічної кривої, а приріст рівня глікемії на 20 хвилині лактозного навантаження сягає рівня вищого за 1,2 ммоль/л, що вказує на відсутність гіполактазії, а показники тесту у вказаній категорії пацієнтів майже не відрізняються від динаміки тесту практично здорових осіб.

В результаті проведеного тесту у 4 хворих на ІХС з атеросклерозом черевного стовбура та верхньої мезентеріальної артерії (20,0%) відмічені наступні клінічні прояви непереносимості молочного цукру: метеоризм у 4 (20,0%), пронос у 3 (16,7%), нудота у 2 (11,1%), біль у 1 (5,6%).

Отже, лактозний навантажувальний тест може бути використаний для діагностики прихованих порушень мезентеріального кровотоку у хворих на ІХС з наступним відбором хворих для доплерографічного дослідження черевного стовбура та верхньої мезентеріальної артерії.

РОЛЬ УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Шальмина М.А.

*Научный руководитель – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой
госпитальной терапии-2 Поливода С.Н.*

*Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной терапии – 2*

Одним из звеньев патогенеза гипертонической болезни является нарушение функционального состояния артериальных сосудов - эндотелиальная дисфункция, сопровождающаяся снижением выработки вазодилатирующих субстанций в ответ на эндотелийопосредованный стимул и повышение синтеза и секреции вазоконстрикторных агентов. Это обуславливает интерес определения в плазме крови мощного вазоконстриктора синтезируемого эндотелием - эндотелина - 1 (ЭТ-1), у больных гипертонической болезнью осложненной хронической дисциркуляторной гипертензивной энцефалопатией (ХДГЭ).

Обследовано 40 больных гипертонической болезнью II стадии, 29 мужчин и 11 женщин, в возрасте от 29 до 64 лет (средний возраст $46,5 \pm 1,6$ года), и группа контроля, состоящая из 15 практически здоровых лиц. Пациенты были разделены на группы в зависимости от стадии ХДГЭ (I-II). Уровень ЭТ-1 определяли в сыворотке крови иммуноферментным методом, используя набор фирмы «Biomedica», согласно прилагаемой инструкции.

В ходе исследования установлено, что прогрессирование повышение концентрации ЭТ-1 происходит пропорционально стадии ХДГЭ. У пациентов

1 группы с ХГДЭ I уровень ЭТ-1 составил 68,7, тогда как во 2 группе, у пациентов с ХДГЭ II - 89,4, а у здоровых лиц из группы контроля - 32,1 пг/л.

Следовательно у пациентов, страдающих гипертонической болезнью с хронической дисциркуляторной гипертензивной энцефалопатией, определяется повышение уровня эндотелина – I, степень которого пропорциональна стадии хронической дисциркуляторной гипертензивной энцефалопатии.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ В ХОДЕ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Качаева Л.Н., аспирант

Научный руководитель - зав. кафедрой, д-р мед. наук,

проф. Поливода С.Н.

Запорожский государственный медицинский университет,

кафедра госпитальной терапии-2

Проведено клиническое обследование и наблюдение за 187 больными с хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ) II-III стадии (средний возраст $45,7 \pm 2,64$ года, 98 лиц женского и 89 мужского пола). Контрольные обследования пациентов проводили перед началом традиционной патогенетической терапии в стационаре, через 2 недели, спустя 1 мес., 3 мес. и 1 год с момента выписки из стационара. Для оценки качества жизни (КЖ) пациентов с ХОЗЛ использовали русскоязычную версию “Респираторной анкеты больницы Святого Георгия” (P.W. Jones, 1991), “Шкалу реактивной и личностной тревожности” Спилбергера-Ханина (1978). Как показали результаты проведенного исследования, ХОЗЛ существенно снижают качество жизни пациентов (суммарный показатель КЖ - превышал норму в 9,3 раза), в первую очередь, за счет компонента “Влияние болезни”, о чем свидетельствует и повышенный уровень тревожности респондентов. Традиционная патогенетическая терапия в течение 2 недель позволила повысить уровень качества жизни пациентов, улучшить данные их психостатуса, стабилизировав показатели качества жизни в течение 1 месяца после окончания терапии. Однако, спустя 3 месяца от завершения терапии, качество жизни больных ухудшалось, приближаясь через 1 год к исходному уровню качества жизни до начала лечения. Полученные данные следует учитывать в ходе динамического наблюдения за пациентами с ХОЗЛ.

ДИНАМІКА ЧАСОВИХ ПОКАЗНИКІВ ВАРИАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ МЕТОПРОЛОЛОМ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Главацький О.М., магістрант

Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. С.М. Поливода

Запорізький державний медичний університет,

кафедра госпітальної терапії № 2

Мета дослідження: вивчити особливості динаміки часових показників варіабельності серцевого ритму (BCP) під впливом терапії метопрололом у хворих на гіпертонічну хворобу.

Методика дослідження: обстежено 42 хворих на гіпертонічну хворобу з II-III ступенем артеріальної гіпертензії, середнього віку $53,7 \pm 1,9$ років, чоловічої та жіночої статі, без ознак клінічно-значимої супутньої патології, за допомогою моніторингу ЕКГ. BCP оцінювали по 5-хвилинному запису ЕКГ. Аналіз BCP проводили за допомогою часових показників BCP. Усі обстежені особи в якості протигіпертензивної терапії отримували метопролол («Метопролол-КМП», ВАТ «Київмедпрепарат», Україна) у добовій дозі 50-100 мг. Контрольне обстеження проводили через три місяця після початку лікування метопрололом.

Результати: після проведеної терапії у обстежених осіб відмічена нормалізація артеріального тиску та позитивна динаміка відновлення вегетативної регуляції серцевої діяльності, яка була порушена до початку лікування. Серед часових показників достовірно підвищились наступні: SDNN на 17,37%, rMSSD на 33,55%, pNN50% на 68,41%, HRVTi на 31,22%.

Висновки: застосування метопрололу в терапії хворих на гіпертонічну хворобу сприяє відновленню вегетативної регуляції серцевої діяльності, чому сприяло відповідне підвищення часових показників SDNN, rMSSD, pNN50%, HRVTi.

ВИВЧЕННЯ АКТИВНОСТІ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДУ

*Школьник В.В., аспірант, Григор'єв А.В., студ. 5-го курсу
Науковий керівник – зав. каф. госпітальної терапії,
д-р мед.наук, проф. Бабак О.Я.*

*Харківський державний медичний університет
Кафедра госпітальної терапії*

Метою даної роботи було вивчення сироваткової активності інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) у хворих на гостру коронарну недостатність. Нами було обстежено 57 хворих на гострий інфаркт міокарду (ГІМ). Дослідження сироваткової концентрації ІЛ-6 на 1-шу, 7-му та 28-му доби ГІМ, використовували за допомогою імуноферментних наборів “ProCon” (м. Санкт-Петербург, Росія). Ехокардіоскопічне обстеження проводили в одно- і двомірному режимі за допомогою апарата “Ultrasound Scanner, model ТИ 628А” (“НДРВ”, м. Харків, Україна). Хворі були поділені на три групи. До I групи (n=19) віднесли хворих на ГІМ з ФВ ЛШ більш ніж 40 %, до II групи (n=17)- хворих з ФВ от 30 % до 40 %, до III групи (n=21)- пацієнтів з ФВ менш ніж 30 %. Контрольну групу склали 13 практично здорових осіб (без ознак СН), в тому числі 9 чоловіків та 4 жінки, у віці від 43 до 67 років, середній вік ($49,3 \pm 1,9$)

років. Сироваткова активність ІЛ-6 закономірно зростала у хворих на ГІМ від I до III групи, але у хворих зі збереженою функцією ЛШ (ФВ>40 %) вона вірогідно відрізнялась від контрольних показників. Найбільш вираженим було збільшення у хворих на ГІМ III групи, де рівні ІЛ-6 вірогідно перевищували його вміст в сироватці крові хворих I ($p<0,01$), II ($p<0,05$) та контрольної груп ($p<0,001$). Проведене дослідження показало, що у хворих на ГІМ зростає активність ІЛ-6 у порівнянні з пацієнтами без ознак серцевої недостатності; існує щільний взаємозв'язок ознак дисфункції міокарду зі зростанням системної активації проізапального цитокіну ІЛ-6.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Пчелинцев А.И., студ. 5-го курса

Научный руководитель – д-р мед.наук, проф. Бездетко Т.В.

Харьковский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики внутренних болезней №2

В настоящее время во всём мире отмечается значительное повышение интереса к проблеме изучения качества жизни (КЖ) больных бронхиальной астмой. КЖ – это степень адаптации человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. Целью проведённого нами исследования явилось изучение влияния терапии ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС) на КЖ больных БА и оптимизация подходов к оценке КЖ больных этим заболеванием. В исследование было включено 72 пациента с тяжелой и средней тяжестью заболевания. Средний возраст респондентов составлял $41,2\pm 1,9$ года. Оценку проводили с использованием русской версии опросника SGRQ, адаптированного нами к условиям исследования. Анкетирование пациентов проводилось до начала лечения, а также через 2 и 6 недель. В эти же сроки исследовали общее число приступов одышки, количество бессимптомных дней и потребность в бронхолитической терапии. Была установлена обратная зависимость между этими величинами и параметрами, отражающими степень КЖ. То есть, чем больше тяжесть и длительность БА, тем ниже КЖ. В то же время отмечена прямая взаимосвязь между уровнем ОФВ₁ и большинством показателей КЖ ($p<0,05$). Оценка влияния проводимой терапии БА на состояние больных показала, что у пациентов не получавших регулярной противовоспалительной терапии отмечалось достоверное снижение большинства показателей КЖ.. Основываясь на полученных результатах, можно сделать следующие выводы: отсутствие контроля над астмой приводит к резкому снижению КЖ больного, длительная терапия ИГКС приводит не только к улучшению клинического течения БА, повышению динамических показателей функции лёгких и снижению гиперреактивности, но и положительно влияет на КЖ больных БА.

ЕКСПРЕСІЯ АКТИВАЦІЙНИХ МАРКЕРІВ НА ЛІМФОЦИТАХ КРОВІ ХВОРИХ НА АВТОІМУННІ ХВОРОБИ

Строй Д.О., студ. 6-го курсу

Наукові керівники: доц. Потьомкіна Г.О., доц. Гаврилюк Г.М.

*Львівський національний медичний університет,
кафедра клінічної імунології та алергології*

Апоптоз - біологічно запрограмована смерть клітини. Основні механізми запуску апоптозу є наступні: мембранні (рецепторно-опосередковані), мітохондріальні та ядерні. Мембранні реалізують апоптогенний сигнал через спеціальні рецептори, в першу чергу через рецептори з родини фактору некрозу пухлин (TNF), до яких відноситься рецептор Fas/APO-1 (CD95). Дані дослідження процесів апоптозу при автоімунних хворобах суперечливі. Вважається, що зрілі Т- і В-лімфоцити досить стійкі до індукторів апоптозу, активовані лімфоцити - більш чутливі до апоптичних сигналів. Доведено, що в хворих на автоімунні хвороби чутливість лімфоцитів до апоптозу підвищується під впливом глюкокортикостероїдів.

Метою нашої роботи було вивчення числа лімфоцитів з маркерами, ранньої (CD25) і пізньої (CDHLA DR) активації та експресії рецептору апоптозу CD95 на лімфоцитах крові хворих на автоімунні хвороби. Обстежено 25 хворих (9 чоловіків, 16 жінок) віком від 18 до 56 років, яким на основі клініко-лабораторних та інструментальних досліджень встановлений діагноз ревматоїдного артриту (16 хворих), системного червоного вовчачка (5 хворих), системного васкуліту (4 хворих). У результаті проведених досліджень виявлено, що число лімфоцитів з маркерами апоптозу CD95 було вищим фізіологічних величин у 23 (92%) хворих і коливалося в межах 23-38%. Кількість CD25+ лімфоцитів була більша, ніж у здорових осіб і становила $23,5 \pm 3,4\%$. Виявлено вірогідне збільшення числа активованих лімфоцитів з маркерами пізньої активації ($36,9 \pm 2,1\%$) порівняно з нормою.

Таким чином, у хворих на автоімунні хвороби ми спостерігали прямий корелятивний зв'язок між числом активованих лімфоцитів та лімфоцитів, на яких експресовані рецептори апоптозу Fas/APO-1.

КОНЦЕНТРАЦІЯ МАКРО- ТА МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У КРОВІ ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

Колодяжна-Терещенко О.М., старший лаборант

Ікава М. В., студ. 1-го курсу

Науковий керівник – доц. Потьомкіна Г.О.

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
кафедра клінічної імунології та алергології*

Мета роботи – вивчення концентрації макро- та мікроелементів (МЕ) у крові хворих на розсіяний склероз. Розсіяний склероз - це хронічна

автоімунна інтермітуюча хвороба, яка характеризується прогресуючим порушенням функцій нервової системи, внаслідок демієлінізуючого процесу в центральній нервовій системі (ЦНС). Обстежено кров двох хворих жінок віком 30 та 32 роки. У лабораторії Атегіс (Бельгія) спектрофотометричним методом проведено вивчення концентрації цинку, заліза, міді, калію, кальцію, селену, хрому, літію, кобальту, магнію, фосфору, натрію, марганцю. Залізо, крім основних функцій, сприяє росту та розвитку клітин та нервів. За останніми даними його вміст у нервових клітинах незначно відрізняється від рівня в еритроцитах. Недостатність заліза може привести до глибоких структурних порушень ЦНС. У обстежуваних хворих ми спостерігали зниження вмісту заліза до 429 мг/л та 407 мг/л (норма – 450-570 мг/л). Цинк – незамінний у процесах біосинтезу білків. У наших випадках ми спостерігали зниження рівня цинку до 5,1 мг/л та 4,7 мг/л (норма – 5,5-7,0 мг/л). Мідь прискорює передачу нервового імпульсу. Концентрація міді в однієї хворої сягала нижньої межі норми – 0,80 мг/л, а у другій хворій – була в межах норми (0,87 мг/л). Рівні калію, кальцію, селену, хрому, літію, кобальту, магнію, фосфору, натрію, марганцю залишились в межах нормальних величин. Проведений нами аналіз концентрації МЕ (залізо, цинк та мідь) підтверджує наукові дані щодо властивостей цих елементів впливати на функцію ЦНС. На основі визначення рівня МЕ ми сподіваємося більш детально вивчити патогенетичні механізми розвитку та прогнозувати перебіг автоімунних хвороб.

Інфекційні хвороби

ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІДРОКОЛОНОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ДИСБАКТЕРІОЗУ КИШЕЧНИКА

Панченко О.П., лікар

Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня

ім. З.Й. Красовицького

У Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні у комплексному лікуванні хворих на дисбактеріоз кишечника використовується гідрокolonотерапія (ГКТ). Переваги цього методу не тільки в тому, що є можливості безпосереднього введення лікувальних середників у кишечник, а й у збереженні працездатності пацієнтів під час лікування.

Метод застосований у 96 хворих у віці від 30 до 60 років, з них 75% склали жінки, 25% - чоловіки. 22 (22,9%) осіб були старше 60 років.

До початку лікування всім хворим призначалось обов'язкове обстеження: копрологічне та бактеріологічне дослідження калу, фіброколоноскопія. Діагноз дисбактеріозу кишечника лабораторно підтверджений у всіх па-

цієнтів. При фіброколоноскопії, яка була проведена у 91 (94,8%), патологічних змін з боку кишечника не виявлено.

Проводилось 3-5 процедур ГКТ тривалістю до 30 хв. кожна. Усі хворі отримували всередину еубіотики (лактовіт, біфі-форм).

Крім цього, 8 (8,3%) хворим після ГКТ вводились еубіотики безпосередньо в кишечник, 11 (11,5%) – відвари лікарських рослин (рум'янку, шавлії), 2 (2,2%) – фізрозчин.

За нашими спостереженнями, уже після 2-3 сеансів ГКТ значно покращувалось самопочуття хворих, зменшувалися клінічні прояви дисбактеріозу, нормалізувались випорожнення, зникав метеоризм. За даними лабораторних досліджень, у 87 (90,6%) хворих нормалізувались копроцитоскопічні показники та мікробіоценоз кишечника.

Таким чином, використання ГКТ у лікуванні дисбактеріозу кишечника дозволяє прискорити відновлення мікробіоценозу та посилити ефективність використання еубіотиків, покращити результати терапії.

КОМБІНОВАНА ДІЯ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ І СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ НА ПЕЧІНКУ

Захлебаєва В.В.

Науковий керівник – професор Сікора В.В.

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб

Досліджені морфометричні та гістолічні зміни печінки щурів за умови сумісної дії іонізуючого випромінювання в дозі 0,1 Гр і солей важких металів. Дослід проведено на 30 білих щурах-самцях у 3-х місячному віці, масою 150-180 г.

У опромінених тварин, які вживали сполуки важких металів протягом місяця, відмічено збільшення відносної маси печінки, повнокрів'я судин, розширення синусоїдів, тенденцію до розростання сполучної тканини між часточками і в порталних трактах. Пластинчаста будова печінкових часточок не порушена. Клітини мають чіткі контури, звичайну будову і розміри. Збільшена кількість гепатоцитів на одиницю площі і відносний об'єм ушкоджених гепатоцитів. У цитоплазмі гепатоцитів наявні дрібні ліпідні включення. Ядра збільшені, гіпохромні, з 1-2 великими ядерецями. Ядерно-цитоплазматичне відношення збільшене. Зросла кількість двоядерних гепатоцитів.

Зі збільшенням терміну експерименту до 2-3 місяців ці зміни поглиблювались. Збільшується питома вага сполучної тканини, прогресують судинні розлади, в окремих часточках відбувається дисконфлексія печінкових пластинок. Зустрічаються дрібні вогнища некрозу. Більшість гепатоцитів у стані зернистої та жирової дистрофії. Цитоплазма втрачає базофільність. Ядра збільшені, гіперхромні, розташовані переважно ексцентрично. Є без'ядерні клітини. Ядерно-цитоплазматичне відношення збільшене.

Таким чином, поєднана дія іонізуючого випромінювання в дозі 0,1 Гр спричиняє дистрофічні і помірні деструктивні зміни у печінці шурів. Одночасно з цим відбувається активація компенсаторно-адаптаційних процесів як відповідь на клітинному і органному рівні на негативний вплив факторів зовнішнього середовища.

ВИКОРИСТАННЯ ОЗОНОВАНИХ РОЗЧИНІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ А І В

Аль Таххан І.Г., лікар – інтерн

Науковий керівник – доцент Чемич М.Д.

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб

Під спостереженням було 64 хворих на ГВГ, в комплексному лікуванні яких використовувався озонований фізіологічний розчин (ОФР) по 200 мл внутрішньовенно двічі на тиждень з концентрацією озону 1,5 - 6 мг/л. Друга група (ДГ, 95 пацієнтів) отримувала традиційну терапію. Діагноз встановлений на підставі типових клініко-епідеміологічних, лабораторних даних (в т.ч. ІФА та ПЛР).

В основній групі (ОГ) жінок було 42,2%, чоловіків – 57,8%, вік хворих склав 30,7±1,6 років. У 54,7% пацієнтів був ВГ А, у 45,3% – ВГ В. У ДГ жінки склали 47,4%, чоловіки – 52,6%, вік – 28,4±1,1 років. ВГ А встановлений у 54,7%, ВГ В - 45,3%. Середньотяжкий перебіг спостерігався у 85,9% пацієнтів із ОГ та 85,3% із ДГ; тяжкий – 14,1% та 14,7% відповідно.

Рівень загального білірубину (ЗБ) при госпіталізації в хворих ОГ та ДГ склав 164,1±11,6 мкмоль/л та 151,4±12,3 мкмоль/л. Вміст прямого білірубину (ПБ) в ОГ був вищий у хворих, які отримували ОФР і становив 98,3±7,2 мкмоль/л та 86,3±5,5 мкмоль/л відповідно. Рівні трансаміназ (ТА) були вищі в ОГ та склали: АсАТ – 1505±99,8 ОД/л та 1423±78,8 ОД/л; АлАТ – 1941±114,6 ОД/л та 1794±92,6 ОД/л.

Після проведеного лікування ЗБ у ОГ був нижче, ніж у ДГ (23,4±1,3 мкмоль/л та 24,3±1,3 мкмоль/л відповідно). Рівень ПБ був достовірно вищим у хворих ДГ і склав 16,4±1,6 мкмоль/л та 10,2±0,8 мкмоль/л. Показники АсАТ склали 118±7,5 ОД/л у ОГ та 156±15,6 ОД/л у ДГ; АлАТ – 204±11,5 ОД/л та 234±23,9 ОД/л відповідно (р<0,05). Тривалість перебування в стаціонарі складала 20,9±0,9 та 24,5±1,1 відповідно (р<0,05).

Застосування ОФР в лікуванні ГВГ сприяє швидшому зменшенню рівня ЗБ, ПБ та активності ТА, скорочує перебування хворих у стаціонарі.

ЕПІДЕМІЧНИЙ СПАЛАХ ГОСТРОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ А

Виходцева О.М., лікар-інтерн

Науковий керівник – доцент Чемич М.Д.

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб

У січні 2005 р. у Глухові одночасно на ВГА захворіло 20 осіб. Перші випадки ВГА зареєстровані у школі-інтернаті (захворіло 6 осіб) і серед мешканців прилеглих до інтернату вулиць, серед яких сформувалось 4 епідемічні осередки. 16 хворих на ВГА своє захворювання пов'язують із вживанням некіп'яченої водопровідної води. Протягом грудня 2004 року мешканці цього району відмічали погіршення якості питної води, що супроводжувалось появою затхлого, нехарактерного запаху. З'ясовано, що протягом листопада - грудня 2004 року проводилась реконструкція водогону. Спеціальна обробка і знезараження води після реконструкції не здійснювались.

Серед захворілих чоловіків було 35%, жінок 65%. Вік коливався від 11 до 56 років. З числа госпіталізованих 6 хворих були виявлені активно під час медичного спостереження в осередках за місцем проживання та роботи, 4 особи виявлено в переджовтняничному періоді (20%). Усі пацієнти госпіталізовані в день звернення або виявлення. Основну групу склали хворі з легким перебігом ВГА. Переджовтняничний період тривав від 3 до 5 днів з переважанням диспептичного синдрому (86%). У 40% хворих жовтяниця була інтенсивною, у 20% - помірною, у 40% - слабовираженою. Гіпербілірубінемія становила $54,2 \pm 1,35$ мкмоль/л, активність АлАТ $93,3 + 4,2$ ОД/л; АсАТ $40,4 + 1,2$ ОД/л. Тривалість перебування в стаціонарі в середньому становила $22 \pm 1,2$ дня.

Таким чином, ВГА у м. Глухові має характер епідемічного спалаху, про що свідчить значна осередковість, гострий вибухоподібний початок захворювань, переважання легкого ступеня тяжкості, залучення до процесу осіб, пов'язаних з певним регіоном проживання.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БЕШИХИ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Василенко В.О., Румянцева О.А., студ. 5-го курсу
Науковий керівник – доцент Ільїна Н.І.*

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб

Досліджені епідеміологічні особливості бешихи у 125 хворих, що перебували на лікуванні у Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні протягом 2002 – 2004 рр.. Первинна бешиха діагностована у 68,7%, рецидивуюча – у 20,9%, повторна – у 10,4% хворих. Еритематозна форма була у 70,4%, еритематозно-бульозна – у 14%, бульозно-геморагічна – у 8,7%, еритематозно-геморагічна – у 6,9% пацієнтів. Чоловіки склали 41,7%, жінки – 58,3%. У віці до 20 років було 2,6% хворих, від 20 до 30 – 2,6%, від 30 до 40 – 7,8%, від 40 до 50 – 21,7%, від 50 до 60 – 24,3%, від 60 до 70 – 18,4%, старше 70 – 22,6%. Ураження нижніх кінцівок відмічено у 63,9% осіб, верхніх – у 9,6%, обличчя – в 20%, іншої локалізації – у 6,5%. Провокуючий фактор з'ясований у 79,2% хворих, з них у 44,8% бешиха виникла внаслідок травми (забої, інфіковані подряпини, потертості, тощо); 18,3% страждали на мікози стоп; 12,7% - на посттромбофлебійний синдром; 6,1% - на гнійничкові ураження

шкіри; 4,3% - на трофічні виразки; 13,8% осіб перенесли ангіну. Із супутніх захворювань у 1,7% пацієнтів був лімфостаз, в 14,1% - цукровий діабет, у 27,1% - хронічна венозна недостатність. Рецидиви виникали частіше у осіб з наявністю фонових захворювань. Серед хворих мешканці міста склали 62,7%, села – 37,3%. Найбільша кількість хворих на бешиху зрестрована у липні, вересні, жовтні – 15,7%, 10,4%, 11,3% відповідно, найменша у червні – 1,7%.

Таким чином, на бешиху частіше хворіють жінки віком старше 50 років. Для неї характерна сезонність: кінець літа – рання осінь. Факторами ризику бешихи є ушкодження шкіри (мікротравми, мікози).

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШИГЕЛЬОЗУ ТА САЛЬМОНЕЛЬОЗУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Бойчунь В.О., Жаркова А.В., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – доцент М.Д.Чемич

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб

Шигельоз і сальмонельоз належать до найпоширеніших кишкових інфекційних захворювань.

Мета дослідження – вивчення клініко-епідеміологічних особливостей перебігу шигельозу (**Ш**) та сальмонельозу (**С**) у сучасних умовах.

Проведено ретроспективний аналіз 89 історій хвороб хворих, що знаходились на лікуванні у СОКІЛ у 2002-2004 р.р. З них 35 хворих на шигельоз, 54 - на сальмонельоз.

Середній вік хворих на **Ш** – 39,5±1,9 років. Жінки склали – 54,3%, чоловіки – 45,7%. Найчастіше діагностували ентероколітичну форму **Ш** (48,6%), рідше гастроентероколітичну (22,9%) та колітичну (11,4%), гастроентеритичну (11,4%) та ентеритичну (5,7%). 82,8% захворювань мали середньотяжкий, 14,2% - тяжкий, 2,9% - легкий перебіг. Sh.flexneri викликали **Ш** у 54,3% хворих, Sh.sonnei – у 34,3%, Sh.newcastle – у 2,8%. У 11,4% випадків етіологія не встановлена.

Середній вік хворих на **С** - 35,6±2,4 років. Жінки склали – 46,3%, чоловіки – 53,7%. Найчастіше реєстрували гастроентеритичний варіант **С** (46,3%), рідше – гастроентероколітичний (37%), ентероколітичний (11,1%), ентеритичний (5,6%). У 83,3% захворювання мало середньотяжкий, у 16,7% - тяжкий перебіг. **С** викликали S.enteritidis у 87%, S.typhimurium – у 9,3%, S.heiten – у 3,7% хворих.

Таким чином, **Ш** та **С** виникли у осіб молодого віку. **Ш** викликали переважно Sh.flexneri та sonnei, захворювання перебігало частіше у вигляді ентероколіту середньої тяжкості. **С** спричиняли S.enteritidis та typhimurium, переважав також середньотяжкий гастроентеритичний та гастроентероколітичний варіанти.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ЛЕПТОСПІРОЗУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

*Бурковський А. Є., Рижинко Т. В., студ. 5-го курсу
Науковий керівник – асист. Троцька І. О.*

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб

Мета роботи: вивчити клініку і перебіг лептоспірозу. Проаналізовано історії хвороби 46 хворих на лептоспіроз віком від 19 до 68 років. Чоловіків було 37 (80%), жінок – 9 (20%).

Спостерігалась чітка літньо-осіння сезонність: у зимові та весняні місяці поступило 8 осіб (17,3%), у літні та осінні – 38 (82,7%). У 15 хворих (32,6%) епідеміологічний анамнез пов'язаний із купанням у відкритих водоймищах та риболовлею, у 28 осіб (60,8%) відмічено контакти з інфікованими гризунами об'єктами довкілля.

Привертає увагу низький відсоток діагностованого лептоспірозу на догоспітальному етапі. Лише у 22 (47,8%) осіб діагноз встановлено при первинному звертанні, а іншим 24 (52,2%) виставлені діагнози ГРЗ, грипу, вірусного гепатиту, тощо. У 27 (58,7%) відмічалась несвоєчасна госпіталізація. Діагноз був підтверджений серологічно у 29 (63%) хворих.

За ступенем тяжкості хворі розподілились наступним чином: середньотяжкий перебіг був у 24 (52,2%), тяжкий – у 22 (47,8%). Померло 2 хворих (4,3%).

У всіх пацієнтів спостерігався гострий початок із підвищення температури тіла, вираженого ознобу. Міалгії відмічено у 36 (78,9%), склерит - у 17 (37%), екзантему - у 8 (17,4%), у 16 (34,8%) пацієнтів спостерігалась жовтяниця. Печінка була збільшена у 37 (81,2%) осіб. Рівень білірубіну в 46,8% хворих був понад 150 мкмоль/л. Сечовий синдром діагностовано у 27 (58,7%). У 3 (6,5%) хворих діагностовано пневмонію. У 4 (8,6%) хворих розвинувся інфекційно-токсичний шок, у 23 (50%) – ДВЗ-синдром.

Таким чином, основною причиною тяжкого перебігу лептоспірозу є несвоєчасна діагностика та пізня госпіталізація хворих.

КЛІНІКО – ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО МІКСТ – ГЕПАТИТУ В І С

*Онімах О.І., студ. 5 – го курсу
Науковий керівник – асист. Захлебаєва В.В.*

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб

Мета роботи: вивчити особливості перебігу мікст–гепатитів В і С у сучасних умовах.

Проаналізовано історії хвороби 30 пацієнтів з діагнозом хронічний вірусний гепатит В і С, які знаходилися на лікуванні в Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні. Діагноз підтверджено знаходженням у крові HBsAg у 24 (80%) хворих, анти – HCV – в 29 (96,6%) та анти – HВсog – у

7(23,3%). Аналіз вікової структури показав переважання пацієнтів у віці 16 – 25 і 26 – 35 років, відповідно 21 (70%) та 5 (16,6%); пацієнти старше 36 років склали 13,4%. Легкий ступінь тяжкості перебігу захворювання встановлено у 4 (13,4%), середньотяжкий – у 21 (70%) , тяжкий – у 5 (16,6) хворих. Розподіл за статтю: чоловіки склали 86,6%, жінки – 13,4%.

Ймовірні шляхи зараження: парентеральний – у 22 (73,3%) хворих, серед них внутрішньовенне введення наркотичних засобів відмічено у 10 (33,3%); у 3 (10%) - статевий, у 5 (16,6%) – нез'ясований. Переджовтяничний період був виражений у 29 (96,6%) хворих, який перебігав з диспепсичним синдромом у 15 (51,7%) та астено–вегетативним – у 14 (44,8%) осіб, артралгічний спостерігався лише у 1 (3,4%). Жовтяниця виявлена у 21 (70%) хворого, гепатомегалія – у 29 (96,6%), яка зберігалась і при виписуванні у 71% пацієнтів. Симптоми інтоксикації зникли в середньому на 14 добу від початку лікування. Перебування в стаціонарі склало $20,2 \pm 2,3$ днів.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що на хронічний мікт–гепатит В і С хворіють найчастіше особи молодого віку, переважають парентеральний шлях інфікування і середньотяжкий перебіг хвороби.

УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПРИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

*Солад А.Ю., Соколів С.В., студ. 5-го курсу
Науковий керівник – асист. Клименко Н.В.*

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб

Мета роботи – виявити ураження нервової системи при ГРВІ.

Проаналізовано 638 історій хвороб хворих на ГРВІ, що перебували на стаціонарному лікуванні в СОІКЛ у 2003-2004 р.р. Чоловіків було 333 (52,2%), жінок – 305 (47,8%). Діагноз встановлювали на підставі типових клініко-лабораторних даних. Пацієнти госпіталізовані в середньому на 5 день хвороби.

Хворих на аденовірусну інфекцію було 149 (23,2%), грип – 52 (8,2%), парагрип – 26 (4,1%), РС – 1 (0,2%), неуточнену ГРВІ – 410 (64,3%).

Серозні менінгіти, як ускладнення ГРВІ, діагностовані в 5 випадках (0,78%). При тяжкому перебігові хвороби розвивались: менінгізм (1,25%) та виражена інтоксикація з чіткою симптоматикою зі сторони ЦНС (8,3%).

Захворювання супроводжувалось невралгією трійчастого або лицьового нерва у 9 випадках (1,4%).

Слід відмітити, що у 4 (0,6%) випадках хвороба перебігала на тлі арахноенцефаліту, у 28 (4,4%) – дисциркуляторної енцефалопатії, у 21 (3,3%) – ВСД, що потребувало додаткової корекції терапії та спричинило тривале перебування в стаціонарі.

Хронічна патологія, що загострилась на фоні ГРВІ, зустрічались у 32 (5,01%) випадках.

Таким чином, ураження ЦНС зареєстровано в 75 випадках ГРВІ, що становить 11,7%.

ОСОБЛИВОСТІ ЕНЦЕФАЛОПАТІЙ ПРИ ЛЕПТОСПІРОЗІ

Зубач О.О., аспірант

Науковий керівник – проф. Шевченко Л.Ю.

*Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,
кафедра інфекційних хвороб*

Лептоспіроз – зоонозна інфекційна хвороба, яка має глобальний характер.

Серед ускладнень з боку центральної нервової системи (ЦНС) при лептоспірозі провідне місце займає менінгіт (до 10%). Також описані випадки менінгоенцефаліту, енцефаломієлопатії, ураження черепних нервів, порушення функції мозочку. Проте, ще одним серйозним ускладненням з боку ЦНС є енцефалопатія, яка може бути пов'язана з менінгітом, а також спричинена нирковою недостатністю.

В розвитку енцефалопатії при лептоспірозі важливу роль відіграють запальний та судинний компоненти, які виникають у відповідь на безпосередній вплив збудника та індуковані ним алергічні реакції сповільненого та негайного типів. Універсальними патогенетичними ланками розвитку енцефалопатій є: гіпоксія головного мозку, венозне повнокров'я, підвищення проникності судин головного мозку, порушення різних видів обміну речовин, з відповідним накопиченням продуктів розпаду та їх токсичним впливом на головний мозок.

Серед клінічних ознак енцефалопатії домінують загальні прояви: порушення свідомості, рухової сфери. Розлади свідомості та інтелектуальних функцій починаються з розсіяності, утрудненого мислення, надалі з'являються порушення пам'яті та концентрації уваги, делірій і галюцинації. Сонливість, ступор та кома завершують природний розвиток енцефалопатій. За нашими даними, ознаки енцефалопатії спостерігаються у 35% пацієнтів з лептоспірозом.

Отже, енцефалопатія при лептоспірозі є одним із ускладнень, що характеризується поліморфізмом клінічних ознак та супроводжує найважчі випадки лептоспірозу.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Колінко Я. О., Колінко О. О., студ. 5-го курсу, 1 група

**Наукові керівники: доц. Грижак І.Г., доц. Пришляк О.Я.
Державна медична академія, м. Івано-Франківськ
Кафедра інфекційних хвороб**

ВООЗ визначає в Україні реальним число уражених як 580 тисяч, що становить 1,2 % населення країни.

Мета дослідження: Встановити епідеміологічні особливості ВІЛ-інфекції в Івано-Франківській області і на основі отриманих даних проаналізувати ефективність протиепідемічних заходів, які проводяться у контингенті ризику.

В області станом на кінець 2004 року зареєстровано 491 ВІЛ-інфікованих особи. З них - 356 осіб проживають в м. Івано-Франківську, а решта 135 - в районах області. Середній вік уражених чоловіків 31, а жінок 28 років. Встановлено також питому вагу окремих шляхів зараження: парентеральне уведення наркотиків - 61.64%, гетеросексуальні зв'язки - 25,78%, перинатальна передача відбулася в 3,16 %. Спостерігалися й інші окремі випадки зараження: переливання крові, поріз чужою бритвою в тюрмі, гомосексуальні стосунки, невстановлений шлях зараження спостерігається у 8,02%. Кількість інфікованих чоловіків значно переважає над жінками: в 3,13 рази в обласному центрі (75,78 % проти 24.22%), а у 2,12 рази - в районах області (69,49 % проти 30,5%). Чоловікам більше притаманне вживання наркотиків – в обласному центрі в 3,87 рази більше ніж жінок, а в районах в 4,62 рази. Протилежна закономірність виявлена серед контингенту інфікованих статевим шляхом. Відносна кількість жінок, які заразилися у гетеросексуальних стосунках в 3,79 переважає чоловіків у місті та в 3,29 рази районах.

При аналізі ефективності протиепідемічних заходів в групах ризику на ВІЛ встановлено їхню недостатню результативність у зв'язку із низкою об'єктивних і суб'єктивних причин. Недостатні заходи з первинної профілактики ВІЛ-інфекції.

Нейрогіургія, нервові хвороби, психіатрія та дерматологія

ЗНАЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ

Коленко О.И., аспирант

Научный руководитель – проф. Мищенко Т.С.

**Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины
СумГУ, кафедра нейрохирургии и нервных болезней**

Эпидемиологические характеристики, а также распространённость факторов риска мозгового инсульта (МИ) дают возможность реально оценить ситуацию по данной патологии в конкретном регионе, раскрывают осо-

бенности клинического течения мозгового инсульта, помогут при планировании действенной системы профилактики и лечения нарушений мозгового кровообращения. В г. Сумы нами проведено масштабное эпидемиологическое исследование – регистр МИ.

Нами разработана стратегия первичной профилактики МИ, которая должна включать выявление и коррекцию факторов риска. Существенное значение придается вопросам формирования здорового образа жизни населения, что предполагает интенсивную просветительную работу, включающую лекции, беседы, в т.ч. с использованием средств массовой информации и санитарной пропаганды. Вторичная профилактика основывается на определении типа первого инсульта, выявлении и коррекции факторов риска, назначении антитромбоцитарных препаратов и антикоагулянтов.

Для улучшения ситуации по МИ в г. Сумы необходимо выполнение следующих мероприятий: 1) обеспечить осмотр пациентов невропатологом в первые сутки от начала инсульта; 2) направить усилия на госпитализацию больных с МИ в специализированные отделения в период «терапевтического окна»; обратить особое внимание на группу больных с «неуточненным» инсультом и шире использовать методы прижизненной (люмбальная пункция, компьютерная томография) и посмертной (патологоанатомическое вскрытие) верификации диагноза; 3) обеспечить полное взаимодействие всех звеньев по оказанию медицинской помощи больным с ЦВЗ и МИ (участковых, семейных врачей, врачей СМП, кардиологов, нейрохирургов), внедрение образовательных программ по диагностике, современным принципам лечения и ведению больных с МИ; 4) внедрение образовательных программ для широких масс населения (представление о факторах риска МИ, знание первых признаков инсульта и его последствий, необходимость ранней госпитализации больных); 5) внедрение принципов первичной и вторичной профилактики МИ в клиническую практику.

РОЛЬ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Соболева В.А., врач-невролог СОКБ

Научный руководитель – доц. Коленко Ф.Г.

Профилактика и лечение остеохондроза позвоночника являются одной из актуальных проблем медицины. Известно, что в основе остеохондроза лежит комплекс патологических реакций, затрагивающий многие системы организма. Традиционная медикаментозная терапия на современном этапе в значительной мере исчерпала себя в связи с аллергизацией населения и массой негативных побочных эффектов. Рефлексотерапия (РТ) зарекомендовала себя на всех этапах медицинской реабилитации больных. В неврологическом отделении СОКБ до 70% всего контингента больных составляют лица преимущественно трудоспособного возраста с неврологическими проявле-

ними остеохондроза позвоночника. Нами проведено лечение 30 пациентов с длительным болевым синдромом (от 1 до 4 месяцев) с применением классических способов РТ. Контрольную группу составили 10 больных с остеохондрозом без применения РТ. После проведенного лечения у 26 больных на 4-5 сутки удалось добиться значительного улучшения состояния. Полное купирование болевого синдрома, увеличение объема движений в позвоночнике наступило на 10-12 сутки. В контрольной группе улучшение отмечено в более поздние сроки.

Таким образом, методы РТ должны занимать одно из ведущих мест наряду с традиционными подходами к лечению в неврологических клиниках, что конечной целью имеет не только снижение экономических затрат, а прежде всего улучшение качества жизни пациентов.

ГЕМОРАГІЧНА ТРАНСФОРМАЦІЯ ІНФАРКТУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

***Животовський Р.В., лікар-невролог, 4-ї міської лікарні
Науковий керівник – аспірант Коленко О.І.***

На клінічний перебіг і наслідки ішемічного інсульту впливають різні чинники. Мало відомо про механізми розвитку та прогностичне значення геморагічної трансформації інфаркту мозку (ГТІМ) – ускладнення мозкового інсульту, при якому відбувається пропитування первинного ішемічного вогнища кров'ю, що супроводжується погіршенням загального стану хворого, наростанням неврологічного дефіциту, збільшенням тривалості лікування і реабілітації. Частота ГТІМ за даними різних авторів становить 5-9% усіх ІМ, летальність при цьому у порівнянні з неускладненим ІМ значно зростає.

У неврологічному відділенні № 2 4-ї МКЛ на протязі шести місяців нами проведено лікування восьми хворих у віці 37-61 років з ГТІМ, серед яких у 4-х осіб ускладнення виникло у вертебробазилярному, у 4-х осіб – в каротидному басейні. Всі хворі поступили у важкому стані, з високими значеннями артеріального тиску, вираженими загально мозковими симптомами та неврологічним дефіцитом і госпіталізовані у строки більше ніж через 6 годин від початку хвороби, без адекватної терапії на догоспітальному етапі. Всім хворим виконана КТ головного мозку з підтвердженням клінічного діагнозу. У більшості хворих на фоні лікування у перші дві доби спостерігалось погіршення загального стану. Після тривалого лікування отримані такі результати: четверо хворих виписано з незначним покращенням стану, троє – без істотних змін, один хворий помер.

Враховуючи вищенаведене можна зробити висновок про доцільність та необхідність максимально ранньої госпіталізації хворих до спеціалізованого стаціонару.

ВИПАДОК ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА З РАННІМ ПОЧАТКОМ

Головашова Т.Л., Монастирський В.О., лікарі 4-ї МКЛ

Науковий керівник – доц. Коленко Ф.Г.

Хвороба Альцгеймера – дегенеративне захворювання головного мозку, яке характеризується прогресуючим зниженням когнітивних функцій та виникненням поведінкових розладів, діагностується у 50-60% хворих з деменцією. Для неї характерно поступовий початок з повільним прогресуванням, відсутність на різних етапах грубої вогнищевої симптоматики, по мірі прогресування виникають порушення коркових функцій (афазія, агнозія, апраксія), зниження мотивацій, яке призводить до апатії та аспонтанності, порушення соціальної поведінки. Під час КТ – або МРТ – дослідження зазвичай виявляється церебральна атрофія. Згідно МКХ -10, виділяють дві форми захворювання: хвороба Альцгеймера з раннім (до 65 років) та пізнім початком (старших 65 років).

Хворий Б., 45 років, поступив на стаціонарне обстеження та лікування у неврологічне відділення № 1 МКЛ № 4 з попереднім діагнозом:” Наслідки перенесеної нейроінфекції з помірним синдромом лікворної гіпертензії, зниження пам’яті та інтелекту”. Вважає себе хворим близько трьох років, коли став відмічати зниження пам’яті та уваги, з часом стан гіршав, змінилась поведінка, став апатичним, втратив професійні навички. Періодично помірний головний біль. При КТ- дослідженні вогнищевих змін у речовині головного мозку не виявлено, відмічається розширення субарахноїдальних просторів, переважно навколо полюсів лобних долей, що вказує на атрофічний процес у корі головного мозку. На підставі анамнезу, клінічного перебігу хвороби, об’єктивних даних та результатів додаткових методів дослідження хворому було встановлено діагноз:” Хвороба Альцгеймера, ранній початок з помірними інтелектуально-мнестичними розладами та амнестичною афазією”.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ „РЕФОРТАН-ПЛЮС” У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ІНФАРКТУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Монастирський В.О., лікар 4-ї МКЛ

Науковий керівник – доц. Коленко Ф.Г.

Найбільш частим та грізним ускладненням ішемічного інсульту є набряк головного мозку, який виникає вже через декілька хвилин після розвитку локальної ішемії. Вираженість набряку мозку перебуває в прямій залежності від розмірів інфаркту мозку, особливо при великих атеротромботичних та кардіоеMBOLІЧНИХ інсультах.

На фармацевтичному ринку України з’явився препарат “Ре-фортан-плюс”, який являє собою 10% гідроксиетилкрохмаль, який чинить реологічну та м’яку дегідратуючу дію, поліпшує мікроциркуляцію. Препарат призна-

чався 30 хворим на інфаркт головного мозку по 500 мл розчину внутрішньовенно протягом 3-5 днів з наступним введенням 40 мг лазиксу. У хворих, які отримували рефортан-плюс, регрес ознак набряку мозку наставав раніше, ефект був більш вираженим та стійким. У випадках легкого перебігу інфаркту мозку препарат призначався у вигляді монотерапії, а при вираженому набряку мозку - в комбінації з глюкокортикоїдами, що дало змогу застосувати менші дози рефортану-плюс, скоротити термін лікування та зменшити ризик ускладнень гормональної терапії при отриманні інтенсивного та стійкого дегідратуючого ефекту.

На підставі вищезазначеного можна зробити висновок, що дегідратуюча терапія рефортаном-плюс (як самостійна, так і в комбінації з дексаметазоном) є більш доцільною, особливо враховуючи його реологічну дію.

СЛУЧАЙ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНФАРКТА ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ФОНЕ АНЕВРИЗМЫ И ТРОМБА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА

Росиенко С.И., врач 4-й ГКБ

Научный руководитель – доц. Коленко Ф.Г.

Кардиогенная тромбоземболия сосудов мозга по ряду данных является причиной инфаркта мозга (ИМ) в 15-22 % случаев. Фибрилляция предсердий, инфаркт миокарда, стеноз митрального клапана, дисфункция левого желудочка с образованием пристеночного тромба – наиболее частые факторы риска развития ишемии головного мозга. Представляет интерес случай кардиогенного инфаркта мозга у больного Б., 62 лет, страдающего постинфарктным кардиосклерозом, аневризмой левого желудочка с пристеночным тромбом в его полости. После физической нагрузки у больного нарушилась речь, появилась асимметрия лица. Год назад перенес инфаркт миокарда. При обследовании выявлена очаговая неврологическая симптоматика, указывающая на локализацию патологического процесса в бассейне левой средней мозговой артерии. Компьютерная томография констатировала ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии с двух сторон на фоне сосудистой энцефалопатии. Кардиологическое исследование выявило склеротические изменения аорты, обширные рубцы межжелудочковой перегородки, верхушки, передней стенки левого желудочка, резкое снижение систолической и диастолической функции сердца. Пристеночный тромб в полости левого желудочка явился источником кардиоэмболического инфаркта мозга. Лечение больного включало антикоагулянты и антиагреганты, что привело к регрессу неврологической симптоматики. С профилактической целью больному рекомендован постоянный прием антикоагулянтов непрямого действия и антиагрегентов. Направлен на консультацию в НИИ кардиохирургии.

ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ: ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА

Ручка М.М., студ. 4-го курса

Научный руководитель – доц. Коленко Ф.Г.

СумГУ, кафедра нейрохирургии и нервных болезней

К основным этиологическим факторам дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) относят артериальную гипертензию, атеросклероз сосудов головного мозга и шеи, ишемическую болезнь сердца, избыточную массу тела, наследственную предрасположенность, вредные привычки, изменение реологических свойств крови, сдвиг липидного спектра, психоэмоциональное напряжение и др. Ведущая роль принадлежит артериальной гипертензии и атеросклеротическому поражению сосудов.

При ДЭ наблюдается развитие мелкоочаговых и диффузных изменений в головном мозге. Минимальные изменения структуры мозга дают возможность определить КТ и МРТ головного мозга. Цель исследования – выявление клинко-инструментально-биохимических корреляций у больных с ДЭ. Проведено обследование 30 больных с различной степенью выраженности патологического процесса и особенностей его течения. Больные разделены на группы в зависимости от этиологического фактора, пола и возраста. Проанализированы данные клинко-неврологических, лабораторных, инструментальных исследований, выявившие взаимосвязь между клиническими и гемодинамическими особенностями формирования ДЭ. Выраженность основных клинических симптомов (головная боль, головокружение, шаткость, шум в голове, нарушение памяти, эмоционально-волевые нарушения) определяется стадией ДЭ. Симптоматика усугубляется по мере прогрессирования церебральной патологии и усиления гипоксии, что подтверждают данные нейровизуализации - атрофия вещества мозга, внутренняя и внешняя гидроцефалия, мелкоочаговые инфаркты мозга.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ: КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

Белоус Н.В., студ. 6-го курса

Научный руководитель – асп. Коленко О.И.

СумГУ, кафедра нейрохирургии и нервных болезней

Головная боль – наиболее частая жалоба больных. Людей, страдающих головной болью, очень много, также как много причин ее вызывающих, а также провоцирующих факторов. Европейская федерация головной боли разработала международную классификацию, в которой выделено 13 основных групп и 162 вида головной боли. Она представлена в качестве ведущей жалобы при самых различных заболеваниях.

На практике следует исходить из наличия определенных критериев, которые позволяют поставить правильный диагноз. Существует много раз-

новидностей головной боли: напряжения, мигренозная, кластерная, хроническая пароксизмальная, посттравматическая, при сосудистых заболеваниях, метаболических нарушениях и т.д. Цель исследования – систематизация научных данных по природе головной боли и выработка алгоритма с конкретными критериями диагностики данной патологии с помощью сравнительно небольшого числа характеризующих признаков. Нами разработана карта обследования больного, включающая субъективную и объективную характеристику клинической картины головной боли, результаты соматического, неврологического, инструментальных методов исследования: ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ, КЧССМ, рентгенологического, офтальмологического, лабораторных и др. Важное внимание уделено характеристике вегетативной регуляции.

Проведение такого комплексного обследования даст возможность четко определить параметры головной боли, механизмы ее развития, выделить важные моменты, классифицировать варианты головной боли, не пропустить угрожающие жизни заболевания. Нами начато обследование больных, полученные результаты будут опубликованы позднее.

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ АДАПТОГЕНАМИ И АНТИОКСИДАНТАМИ

*Мамонова Т.В. врач 1-й ГКБ; Коленко Ф.Г. доц. кафедры
СумГУ, кафедра нейрохирургии и нервных болезней*

Адаптогены растительного и животного происхождения широко применяются при различных заболеваниях. Однако применение их при вегетативно-сосудистой дистонии недостаточно. Под нашим наблюдением находились 84 операторов персональных компьютеров со стажем работы более 10 лет и страдающие вегетативно-сосудистой дистонией. Основными особенностями работы с персональным компьютером являются: монотонность работы, гиподинамия, вынужденное положение туловища, большая психоэмоциональная нагрузка. Контрольную группу составили 40 операторов персональных компьютеров, не связанные с указанными неблагоприятными факторами производства. Средний возраст больных 40,5 лет, средний стаж 5-6 лет. Всем больным амбулаторно проведен курс лечения, а через 2 месяца после этого назначалась терапия в течение 45 дней:

Настойка Элеутерококка	15 дней 20 кап. х 3 р.	15 дней 10 кап. х 3 р.	15 дней 5 кап. х 3 р.
Аэвит (капсулы)	1 капс. х 2 р.	1 капс. х 1 р.	1 х 1 р. ч/д
Фезам (капсулы)	1 капс. х 3 р.	1 капс. х 2 р.	1 капс. х 1 р.

Больным в динамике проводилось клиничко-неврологическое исследование и вегетативные пробы. В результате проведения профилактического лечения адаптогенами и антиоксидантами улучшение состояния отмечено у 73,8% больных - нивелирование неврологической симптоматики, патологических изменений на ЭЭГ (с 61% до 54,2%) и РЭГ (с 76,1% до 60,9%), ис-

ходной тахикардии. У 20% больных состояние не улучшилось. Ухудшения состояния не наблюдалось ни у кого из обследованных. Таким образом, сочетанное применение адаптогенов и антиоксидантов оказывает защитное действие.

МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ПОШУКУ АНТИДЕМОДЕКСНИХ ПРЕПАРАТІВ СИСТЕМНОЇ ДІЇ

Сулим А.Г., асистент

Науковий керівник – проф. Бочаров В.А.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та нервових хвороб

Кліщі *Demodex folliculorum* та *Demodex brevis*, які відносяться до ряду *Acariformes*, є звичайними представниками нормальної мікрофауни шкіри практично всіх дорослих людей. Являючись умовно патогенними, при наявності у людини індивідуальної схильності до особливих імунобіологічних реакцій, кліщі-демодекси здатні відігравати певну роль у виникненні проявів демодикозу, періорального дерматиту й рожевих вугрів (розацеа). Лікування цих захворювань, як правило, включає застосування препаратів протидемодексної дії. Більшість із них є акарицидними засобами зовнішнього використання, які за рахунок згубного впливу на кліщів застосовуються також і для лікування корості, однак всі вони токсичні. На сьогоднішній день засобом системної дії на кліщів-демодексів є представники групи імідазолів – метронідазол. Наявність фактично одного препарату системної антидемодексної дії позбавляє лікаря можливості вибору в разі випадків непереносності або ще будь-яких протипоказань до застосування метронідазолу чи подібних йому похідних імідазолу. Саме ці обставини змушують звернутися до пошуків інших засобів. Виходячи з порівняльного аналізу тих та інших ліків, було висунуте припущення про можливу антидемодексну дію таких препаратів, як нестероїдні протизапальні засоби (саліцилати), похідні фенілпропіонової, антранілової кислот, відхаркувальні (натрію бензоат), гіполіпідемічні (пробукол), жовчогінні, сульфаніламідоподібні засоби, сульфаніламіді і ангіопротектори, засоби, що гальмують утворення сечових конкрементів, протитуберкульозні препарати різних груп.

Особливість умов виявлення можливої протидемодексної дії перелічених препаратів полягає у тому, що дослідження стану популяції кліщів роду Демодекс можна провести у пацієнтів, які страждають на ту чи іншу хворобу, з приводу якої тривалий час змушені приймати вказані засоби, та порівняти відповідні показники з тими, які можна отримати при дослідженні популяції кліщів-демодексів у людей, що ніяких препаратів не приймають.

ГЛІАТІЛІН ПРИ ВЕГЕТАТИВНИХ СТАНАХ

Авраменко М.Є., лікар

Науковий керівник – доц. Коленко Ф.Г.

Вегетативний стан (ВС) – це повна відсутність сприйняття себе і оточуючих, супроводжується хаотичними періодами сну і несну з частковим чи повним збереженням гіпоталамічних і стовбурових функцій. Термін ВС був запропонований Jennett and Plum у 1972 році. За останнє десятиріччя лікарі всього світу часто зустрічаються з проблемою курації хворих, які знаходяться в вегетативному стані. На першому місці серед причин вегетативного стану стоїть черепно-мозкова травма.

Хвора Б., 36 років, перенесла важку закриту черепно-мозкову травму на тлі якої розвився вегетативний стан. Лікувалася у стаціонарах і вдома. На КТ головного мозку у хворої констатовані розширення конвексітального субарахноїдального простору, в тому числі латеральних щілин мозку до 0,7 см, наявність утворення 1,58x2,7 см в проекції лівої вискової долі, з чіткими краями з наявністю ліквору, значного збільшення в об'ємі шлуночків мозку, атрофія головного мозку, вогнища перивентрикулярної енцефалопатії. Цистерни основи мозку розширені, асиметричні. На протязі 8 місяців хвора лікувалася гліатіліном по 400 мг 3 рази на добу до їжі. Також проведена судинна, загально-укріплююча терапія, ноотропи. Гліатілін (холіна альфосцерат) GLIATILIN являється новим сполученням, яке відноситься до групи центральних холіноміметиків з переважним впливом на ЦНС. Він покращує передачу нервових імпульсів в холінергічних нейронах, церебральний кровообіг, посилює метаболічні процеси в головному мозку, активує структури ретикулярної формації головного мозку і відновлює свідомість. Після 3 місяців прийому гліатіліну хвора почала фіксувати погляд, з'явилися певні рухи в лівих кінцівках, а після 8 місяців – цілеспрямовані рухи, певні звуки, прості слова та свідомість.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ РАЗНЫХ ФОРМ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Мамонова Т.В., врач 1-й ГКБ

Научный руководитель – доц. Коленко Ф.Г.

Вегетативно-сосудистые нарушения встречаются довольно часто при различных патологических состояниях – черепно-мозговых травмах, церебральных арахноидитах и энцефалитах, профессиональных заболеваниях нервной системы и др. Выявление ранних форм вегетативных нарушений имеет большое значение при профотборе на различные предприятия, в частности, операторов персональных компьютеров.

Нами обследовано 250 операторов персональных компьютеров, в том числе 160 человек, поступающих на работу. 30 человек со стажем работы на

персональному комп'ютері 1-3 роки, 30 осіб - 5-10 років. Жінок було 86,6%, чоловіків - 13,3%, середній вік обстежуваних склав 42 роки.

Крім загальноприйнятих методик обстеження (клінічне, інструментальне) нами було застосовано опитувальник вегетативних порушень, що містить 22 запитання. Групи достовірно ($P < 0,001$) відрізнялися одна від одної за клінічними ознаками. Виявлено достовірну зв'язь ($P < 0,05$) між терміном роботи та вегетативними проявами. Наявність вегетативних порушень у обстежуваних операторів свідчувало про необхідність медичного оздоровлення цієї групи осіб. Виявлені синдроми вегетативно-судинної дисфункції підкреслювали виражені порушення діяльності вегетативної нервової системи. Вони становили групу відбору при прийомі на роботу на дане підприємство, так як мали чіткі протипоказання за наказом № 700. З збільшенням стажу роботи з персональним комп'ютером посилюється порушення вегетативної нервової системи.

При періодичних профосмотрах та при прийомі на роботу оператором персонального комп'ютера необхідно виявляти вегетативні порушення з метою їх раціонального регулювання.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ В УМОВАХ НЕЙРОХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

Сьома І.О., лікар

Науковий керівник – проф. Потапов О.О.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та нервових хвороб

Пухлини головного мозку становлять близько 9% від загального числа всіх новоутворень людини і займають 5 місце серед пухлин інших локалізацій. Природа пухлин головного мозку поліетіологічна, на сьогодні остаточно не з'ясована. Клінічна картина залежить від розміру, локалізації, темпу росту пухлини та вираженості перифокального набряку. В клінічній картині пухлин головного мозку виділяють загальномозкові та вогнищеві симптоми.

Досягнення медичної та регулювальної техніки принципово змінили можливості діагностичних методів, які використовуються в нейроонкології. До нейротрансскіпичних методів відносять комп'ютерна, магнітно-резонансна та позитронно-емісійна томографія. Кожний з цих методів не є конкуруючим, вони доповнюють один одного. Хірургічне втручання повинно передбачати повне виділення пухлини при її екстра-церебральному рості та максимальне видалення пухлинної тканини з забезпеченням фактору внутрішньої декомпресії при внутрішньомозковому рості.

За останні п'ять років у нашому відділенні було проліковано 141 хворий з пухлинами головного мозку різної локалізації та з різною гістологічною структурою. З них 107 хворих було прооперовано, що складає 76%. Вік хворих коливався від 6 до 78 років, але найбільша кількість хворих припадала на

вік від 20 до 60 років, тобто на найбільш працездатний вік. З прооперованих хворих з пухлинами головного мозку 79 складала чоловіки(73,8%), а 28 – жінки(26,2%). Серед оперованих хворих 82% виписано у задовільному стані, а решта – 18% з покращенням.

ПРОБЛЕМИ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ І ПЕРЕБІГУ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

Гордіна М.А., Снівак Т.Г., інтерни

Науковий керівник – доц. Коленко Ф.Г.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та нервових хвороб

Гострі порушення мозкового кровообігу – це велика група судинних уражень головного мозку. Вони можуть виникати у разі розладу функцій різних ланок складної системи кровообігу. Первинна профілактика судинних захворювань головного мозку передбачає систему заходів, спрямованих на попередження розвитку ЦВЗ, але вона неможлива без вивчення факторів, які впливають на виникнення патології. Фактори ризику поділяють на так звані модифіковані та немодифіковані. Усунення чинників ризику мозкового інсульту – це основний напрямок профілактичної роботи.

Нами проведено аналіз історій хвороби 50 хворих на інсульт, переважно працездатного віку. Встановлені основні фактори ризику мозкового інсульту, співвідношення ішемічних та геморагічних процесів, яке склало 1:3, вплив строку початку лікування на перебіг і наслідки інсульту. З основних причин розвитку цього патологічного процесу провідна роль належить модифікованим факторам ризику: артеріальній гіпертензії, атеросклерозу та їх поєднанню, крім того виникнення зростає при наявності захворювань серця, цукрового діабету, підвищення загортальних властивостей крові, агрегації формених елементів. Особлива роль належить способу життя людини, шкідливим звичкам (зловживанню алкоголю, палінню). Це підтверджено даними нашого дослідження. Тому зусилля повинні бути сконцентровані на боротьбі з вищезазначеними чинниками інсульту. Крім адекватності та повноти терапії, на перебіг і наслідки суттєво впливають строки початку лікування, які повинні бути в межах „терапевтичного вікна” - в перше 1-6 годин від початку інсульту, про те свідчать наші клінічні спостереження.

ПСИХОГРАФОЛОГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Литвин Е.Э., студ. 5-го курса

Научный руководитель – доцент Кустов А.В.

*Сумский государственный университет, курс психиатрии,
наркологии и мед. психологии*

Нами была поставлена задача изучить почерк душевно больных в зависимости от форм психической патологии. Для этого были отобраны две группы испытуемых: контрольная группа (психически здоровые) – 20 человек и группа больных (страдающих параноидной шизофренией – 15 чел. и эндогенной депрессией – 5 чел.). Каждому из обследованных предлагалось написать небольшой текст, произвольно зачитанный исследователем, и выполнить следующее задание: нарисовать «дом», «дерево» и «человека» (проективный тест «Д-Ч-Д», позволяющий объективизировать некоторые психологические особенности и проблемы испытуемого).

Почерк анализировался по стандартным психографическим критериям, позволяющим давать оценку некоторым свойствам темперамента испытуемого, чертам характера, его самооценке и т.д. Результаты сопоставлялись с данными, полученными рисуночным тестом «Д-Ч-Д» и особенностями клиники больного. Были выявлены заметные искажения целого ряда элементов почерка в группе больных шизофренией и депрессией, указывающих на расстройства энергетических характеристик микромоторики, обеднение эмоционально – волевой сферы и искажения в системе межличностных отношений. Таким образом, графологический анализ следует рассматривать как один из дополнительных методов экспресс – диагностики психических нарушений, позволяющих определять особенности текущего состояния и динамику психических расстройств в процессе терапии.

ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСПАНСЕРНЫХ ГРУПП БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Стеценко А.В., Стеценко Н.Н., врачи 4-й ГКБ

Научный руководитель – доц. Коленко Ф.Г.

В практике семейного врача значительное место продолжают занимать лечение и профилактика заболеваний системы кровообращения. Учитывая преимущества физио-терапии перед фармакотерапией как в плане доступности, так и меньшего числа побочных эффектов, благотворного влияния на интегративные регуляторные механизмы, повышение адаптационного потенциала организма, нами предложен алгоритм адаптации стандартов медицинских технологий в физиотерапии при лечении диспансерных групп больных с болезнями системы кровообращения в условиях физиотерапевтического отделения 4-й ГКБ:

1. Определение наиболее распространенных групп заболеваний системы кровообращения, существенно влияющих на рейтинговые показатели деятельности семейного врача. К таким группам отнесены гипертоническая болезнь, атеросклероз церебральных сосудов, состояния после перенесенных мозговых инсультов.
2. Составление перечня физиотерапевтической аппаратуры в реальных условиях с уточнением современных данных механизма их действия.

3. Определение основных симптомов и синдромов в указанных группах заболеваний с учетом задач физиотерапии в лечении и профилактике.
4. Выборка принятых в современной физиотерапии стандартов лечения и профилактики.
5. Адаптация вышеуказанных стандартов физиотерапевтического лечения и профилактики сосудистых заболеваний применительно к возможностям 4-й ГКБ.
6. Внедрение адаптированных стандартов медицинских технологий физиотерапии в лечебную практику семейного врача.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОХОНДРОЗУ ПОПЕРЕКОВОГУ ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Кмита О.П., студ. 6-го курсу

Науковий керівник - проф. Потапов О.О.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та нервових хвороб

Останнім часом розроблено багато нових методів лікування остеохондрозу поперекового відділу хребта, широко використовуються нові препарати медикаментозної терапії та малоінвазивні оперативні втручання.

Метою роботи було вивчення результатів лікування 236 хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта, що знаходились на лікуванні в нейрохірургічному відділенні Сумської обласної клінічної лікарні у 2004 році.

Серед обстежених хворих чоловіків було 124 (52,5%), жінок – 112 (47,5%). Більшість хворих була у віці 40 – 50 років.

Обстеження хворих включало неврологічний огляд з застосуванням інструментальних методів, лабораторні та функціональні дослідження.

Консервативні методи лікування застосовувались у 144 хворих (61%).

В 92 (39%) випадках хворим з ускладненим остеохондрозом поперекового відділу хребта проведено хірургічне втручання: інтераламінарне видалення кили у 68 хворих, декомпресія корінців – 18 випадків, видалення потовщеної жовтої зв'язки - 6).

Лікування ускладнених форм остеохондрозу поперекового відділу хребта проводилось індивідуально, з урахуванням клінічних проявів хвороби, даних інструментальних методів дослідження, віку, наявності супутніх захворювань, давності захворювання. У більшості випадків 97,5% (230 хворих) досягнуто задовільних результатів: зменшилась вираженість больового синдрому, покращилась функція хребта.

АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ У МАЙБУТНІХ МЕДИКІВ

Шорніков А.В., Смольянова А.В., студ. 4-го курсу

Наукові керівники: доц. Леонов С.Ф., лікар Ліфінський О.П.

Дніпропетровська державна медична академія

Кафедра психіатрії, загальної та медичної психології

Впливають акцентуації характеру не тільки на можливі у майбутньому хворобливі стани, а й на вибір професії та задоволеність нею. У нашому дослідженні ми протестували 40 підлітків у віці 15-17 років, що навчаються у Дніпропетровському медичному ліцеї-інтернаті та мають на меті обрання професії лікаря. Тестування проводилося за допомогою тесту ПДО Ленінградського НДІ психоневрології ім. Бехтерева (1983).

Отримані результати виявилися дещо несподіваними. 24% підлітків мають нестійкий тип акцентуації, 23% мають істероїдний тип, 13% мають епілептоїдний тип. Тобто 60% підлітків мають такі акцентуації, характерною рисою яких є неправдивість, намагання домінувати у всьому, та нестійкість під час великих психічних навантажень, що є характерними для роботи будь-якого лікаря. Лише 17% підлітків мають гіпертимний тип акцентуації, за якого спілкування не приносить їй психологічних проблем. Близько 10% мають шизоїдний тип і відповідно можливості для великого відкриття (завдяки нестандартності мислення) або повного фіаско.

Серед інших характеристик відмічаються високі рівні конформності та емансипації. Окрім цього, у підлітків-дівчаток, як і у хлопців рівень маскулінності значно перевищує фемінінність. Особливо треба відмітити високий рівень делінквентності: у середньому 4,2 бали (при нормі 2 бали), та у 25% він перевищив 6 балів.

Отже, більша частина досліджуваних у разі обрання професії лікаря будуть мати психологічні складнощі у роботі. Аби такого не відбувалося, доцільно проводити подібні тестування при вступі до вищих навчальних медичних закладів.

СУИЦИД КАК СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА В СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Суятинов И.В., студ. 5-го курса

Научный руководитель – препод. Щербакова И.Н.

СумГПУ им. А.С.Макаренка, кафедра практической психологии

Суицид как исключительно человеческий акт самоповреждения со смертельным исходом рассматривается сегодня во всем мире, как одна из главных причин смертности.

Официальная статистика оставляет без внимания суицидальные попытки, а их количество в несколько раз выше, чем количество завершенных суицидов.

Целью работы было изучение суицидальной ситуации в г. Сумы за 2003-2005гг. беря во внимание первые календарные месяцы.

Материалом для исследования послужили более 60т. карт выезда бригад ССМП г. Сумы. Были отобраны и проанализированы все случаи выезда бригад скорой помощи к суицидентам. После чего был проведен статистический анализ полученных результатов.

Результаты, выводы. Анализируя полученные статистические данные можно сделать вывод о том, что существенное повышение суицидальной активности происходит в возрасте 16 - 23года (31,09%) что обуславливается кризисом персонализации. Так же можно отметить, что женщины чаще совершают суицидальные попытки, а мужчины завершённые суициды. В тоже время наблюдается стабильный уровень числа суицидальных попыток в состоянии алкогольного опьянения.

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ТИКИ И ИХ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**
*Фернандес де Ривес С. Ф., магистрант кафедры
нейрохирургии и неврологии ОГМУ*

*Научный руководитель – д-р мед.наук, профессор Сон А. С.
Одесский государственный медицинский университет,
кафедра нейрохирургии и неврологии*

Актуальность проблемы функциональных тиков обусловлено как частотой их возникновения, особенно в детском и подростковом возрасте, так и подчеркнутой многими авторами нередкой резистентностью к традиционной терапии. С целью оптимизации дифференциальной диагностики терапии данного контингента больных, нами проведено комплексное сомато-нейрофизиологическое обследование 40 больных с функциональными тиками и 9 больных с неврозом навязчивости, имитирующий тиковый гиперкинез. В результате ЭХО-энцефалоскопии \ЭХО-ЭС\ у 67,5 % обследованных выявлены изменения внутричерепного давления и желудочковой системы головного мозга, на электроэнцефалографии \ЭЭГ\ - нарушения церебрального биоэлектrogenеза у 55,5 % и у 57,5 церебральные гемодинамические нарушения на транскраниальной доплеросонографии \ТКДСГ\, что позволило диагностировать у этих больных «неврозоподобные тики» - следствие субклинической недостаточности подкорковых образований, сочетающееся в 42,5 % случаев с соматической, инфекционно-аллергической патологией.

Проведение, помимо общеприменяемой, укрепляющей и седативной терапии, коррекции выявленных нарушений биоэлектrogenеза, ликвородинамики и церебральной гемодинамики существенно повышает эффективность терапии больных с функциональными тиками.

**ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА В СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ
НАРКОЗАЛЕЖНИХ**

*Аймедов К.В., асистент кафедри психіатрії
Науковий керівник – з.д.н.т., проф. В.С.Бітенський
Одеський державний медичний університет*

Анксиозна умовно-рефлекторна терапія опійної залежності дозволяє домогтися зміни мотивації, а саме, “повернути” наркозалежну особу до

першопочаткових соціально-психологічних мотивів. На реабілітаційному етапі широко застосовувались програми, які сприяли реалізації цих мотивів у соціально-позитивному напрямі. Одна з них включала дозовану фізичну активність – біг на довгі дистанції, плавання, атлетичну гімнастику. Отже, хворим було запропоновано привабливий в гедоністичному плані, але соціально сприйнятливий спосіб досягнення необхідного рівня задоволеності власним психічним станом. Наша гіпотеза підкріплена клінічними спостереженнями над 29 наркозалежними, які раніше займалися різними видами спорту та досягли певних результатів. В преморбіді вони дуже легко змінили креативну залежність на деструктивну. До цього їх спонукало доведене до психологічного стереотипу “відчуття здоров’я, високої енергії”, нібито «вседоступності світу», яке вони отримували в процесі виснажуючих спортивних тренувань. Всі ці хворі проходили лікування від наркотичної залежності, на реабілітаційному етапі якого застосовувались підходи, що базувались на відтворенні стереотипів спортивних тренувань – сумісні забіги на довгі дистанції, заняття в басейні, атлетичному залі. Розроблено конкретні тренувальні комплекси залежно від віку, фізичного стану, профілю мотивів. Пацієнти відвідували тренування разом із своїм лікарем. Вони мали можливість реалізувати потребу в фізичному та психологічному комфорті, обговорити в групі наболілі питання позбавлення від наркозалежності. У 17 (58,6%) хворих ремісія перевищила три роки. Працевлаштувавшись, багато з них відновили навчання. Вони сприяли оздоровленню свого мікросоціального оточення.

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ПАТОНЕЙРОФІЗІОЛОГІЇ ГОСТРОЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОРАГІЇ

Кузнєцов А.А., студ. 5-го курсу, Козьолкіна С.О., аспірант

Науковий керівник – проф. Козьолкін О.А.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра нервових хвороб

На основі проведеного клінічного та комп’ютерно-електроенцефалографічного (КЕЕГ) дослідження 30 хворих в гострому періоді мозкового геморагічного інсульту (МГІ) були верифіковані ЕЕГ-паттерни двох варіантів перебігу захворювання: сприятливий (66,7%) та несприятливий (33,3%). Помірна депресія біоелектричної активності мозку у пацієнтів зі сприятливим варіантом перебігу МГІ розцінювалася, як підтвердження зниження показника біоенергетичного потенціалу нейронів при інсульті внаслідок помірно вираженої дисфункції мезенцефало-діенцефальних структур мозку у формі появи на ЕЕГ білатерально-синхронних спалахів повільних хвиль. Наявність змін ЕЕГ-паттерну у відповідь на нав’язування ритмів різної частоти може свідчити про відносну збереженість пластичності біоелектричної активності нейронів. Несприятливий перебіг МГІ характеризувався

дифузною дезорганізацією біоелектричної активності мозку, що не виключає впливу гіпокампової звивини за умови вторинного дислокаційного синдрому внаслідок набряку мозку; поява на ЕЕГ гіперсинхронізованої активності пояснюється наявністю та залученням у патологічний процес епілептиформних полів кори головного мозку; поява бета – подібних коливань у відповідь на нав'язування ритмів різної частоти, можливо, обумовлена іритациєю нижньостовбурових структур головного мозку. Таким чином, використання в діагностиці гострого періоду МГІ КЕЕГ якісно поглиблює уявлення щодо патонейрофізіології захворювання; завжди виявляє нейрофізіологічне підтвердження залучення в патологічний процес стовбурових структур та дозволяє прогнозувати перебіг захворювання.

ЭЭГ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕЖПРИСТУПНОГО ПЕРИОДА ПРИ ПАРЦИАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Коваленко Д.П., врач-интерн

Научный руководитель – ассист. Резниченко Е.К.

Харьковский государственный медицинский университет

Кафедра нервных болезней

Изучена электроэнцефалографическая характеристика межприступного периода у 41 больного. Все пациенты страдали разными формами парциальной эпилепсии. Частота эпилептических приступов от 3 до 6 в месяц.

При локализации эпилептогенного очага в височной зоне, межприступный период на ЭЭГ проявлялся пиками и крутыми волнами в височно-передних отведениях. Нередко (в 16,3%) эти потенциалы комбинировались с нерегулярным тета- или дельта-замедлением.

При лобной локализации патологического фокуса (29,3% (12 чел.)) в межприступный период наблюдались пики и непрерывное замедление в лобных отведениях с максимумом амплитуд в F_1-F_7 или F_8-F_8 . Однако односторонние фокусы в следствии вторичной двусторонней синхронизации часто (23,739%) проявляли бифронтальный максимум потенциального поля.

Межприступный период при затылочной локализации очага (24,4% (10 чел.)) ЭЭГ-ки характеризовался пиками и медленными волнами в отведениях P_3-O_1 , P_7-O_1 или P_4-O_2 , P_8-O_2 . Эти потенциалы появлялись в виде более продолжительных периодов, комбинировались с центральновисочными острыми волнами или генерализованными комплексами пик-волн. Открытие глаз блокировало их появление.

Таким образом, несмотря на полиморфную клиническую картину и частоту эпилептических приступов ЭЭГ-исследование позволяет достаточно точно определить эпилептический фокус не только в период приступа, но и в межприступный период.

РІВЕНЬ ВІТАМІНІВ У КРОВІ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ

*Дубівська С.С., аспірант, Адашевський І.В., студ. 5-го курсу
Науковий керівник – зав. кафедри нервових хвороб, академік УАН,
д-р мед.наук, професор І.А. Григорова
Харківський державний медичний університет
Кафедра нервових хвороб*

З літературних джерел відомо, що найбільш значущими жиророзчинними антиоксидантами, які перешкоджають дії продуктів перекисного окислення ліпідів в гострому періоді мозкового інсульту є вітаміни Е, А та інші, водорозчинними - вітамін С та інші. Нами була вивчена динаміка змін вітамінів А, Е, С у крові 97 хворих на ішемічний інсульт у гострому періоді на 1-3 та 7-9 добу захворювання, вік хворих був 33-85 років, які знаходились на лікуванні у неврологічному відділенні Харківської обласної клінічної лікарні. Визначення вітаміну Е (α - токоферолу) відбувався спектрофотометричним методом після попередньої екстракції методом стовпчикової хроматографії. Титрометричним методом визначалась аскорбінова кислота (вітамін С) з діхлорфеноліндофенолом (барвником Тільманса). Визначення вітаміну А відбувався спектрофотометричним методом на основі реакції з трьох хлористою сурмою по Карр-Прейсу. Нами відмічено, що в усі строки спостережень концентрація вітамінів у крові хворих на ішемічний інсульт знижена. Так, на 1 добу дослідження вміст вітаміну А нижче від контролю на 22 % , вітаміну Е – на 55 % , вітаміну С – на 14 % . На 7 добу дослідження у обстежених хворих відмічається подальше зниження вмісту вітамінів у крові: вітаміну А – на 24 % , вітаміну Е – на 56 % , вітаміну С – на 17 % відповідно в порівнянні з контрольною групою. Таким чином, на підставі вивчення рівня вмісту вітамінів А, Е, С, у хворих на ішемічний інсульт у гострому періоді, виявлене послаблення антиоксидантної системи організму.

ОБГРУНТУВАННЯ МЕТОДУ ЛАЗЕРНОЇ НУКЛЕОЕКТОМІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГРИЖ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ

Педаченко Ю.Є.

*Науковий керівник – член-кор. АМН України, проф. М.Є. Поліщук
Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика*

Кафедра нейрохірургії (зав. каф. М.Є. Поліщук.)

Проведено вивчення вологості тканини (в %) та сухого залишку (%) пульпозного ядра міжхребцевого диску, що видалявся під час традиційного оперативного втручання (поперекова мікродискектомія) до і після дії впливу хірургічного Nd:YAG-лазера з загальною потужністю 200-240 Дж

Визначення вологості тканини в (%) та сухого залишку (%) проводилось за формулою:

$$y = (x - x_1)/x$$

x – маса вологої тканини

x₁ – маса сухого залишку

y – вологість тканини

Сухий залишок визначався шляхом висушування тканини до постійної маси при температурі 105-110°C.

За нашими дослідженнями ефективність лазерної нуклеоектомії пропорційно залежить від гідрофільності пульпозного ядра міжхребцевого диску. Так, при вмісті загальної води 85,7-88,6 % і більше вплив хірургічного лазера призводив до статистично (p<0,05) достовірного зменшення маси сухого залишку пульпозного ядра на 33,5 – 53,2%. При вмісті загальної води менше, ніж 75% ефективність дії хірургічного лазера зменшується до 9,7-18,2%.

Висновок: лазерна нуклеоектомія виправдана при т. зв. гідрофільних грижах міжхребцевих дисків. При зменшенні гідрофільності пульпозного ядра менше, ніж 75% ефективність методу значно знижується.

**КЛАССИФІКАЦІЯ КОМПЕНСАТОРНИХ РЕАКЦІЙ
КОНТАКТНО - ЗАХИСНИХ СИСТЕМ ПРИ ЕКЗЕМІ**

Біловол АМ., аспірант

Науковий керівник — проф. Дацюк А. М

Харківський державний медичний університет,

кафедра шкірних та венеричних хвороб

Системний аналіз змінених функцій контактної-захисної системи (КЭС) у хворих на екзему дозволив у стислому вигляді відобразити закономірності імунорегуляторних та антиоксидантно / оксидантних (АО) реакцій при екземі. Зокрема, з'ясовано, що стан системи неспецифічного імунного захисту в узагальненому вигляді може бути представлений як реакція імунорегуляторної компенсації (Н↑), або реакції з імунорегуляторним дисбалансом (Н↑↓), або реакція з виразною функціональною декомпенсацією (Н↓↓). Компенсаторні реакції АО системи можуть бути представлені як реакції АО-залежної компенсації (А↑), реакції з АО-залежним дисбалансом (А↑↓) та з функціональною декомпенсацією (А↓↓).

Виконане моделювання патологічних станів КЭС при екземі дозволило визначити найбільш часті клінічні феномени, основною

закономірністю формування яких є випереджуюче формування компенсаторних реакцій (КР) АО системи. Вплив на патологічний процес повинен враховувати механізми формування КР, а засоби корекції повинні бути диференційовані. Діагностику стану КЭС у хворих на екзему слід виконувати із врахуванням КР.

Хірургія 1

ВИРАЗКИ CURLING –А. ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА

*Брага І.В., студ. 3-го курсу
Науковий керівник Шевченко В.П.*

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії

Гострі стресові виразки шлунка і 12-палої кишки у хворих з опіковою хворобою вперше були описані Т. Curling у 1942 р. Численні секційні дані свідчать, що частота гострих виразок травного тракту у померлих від опіків коливається від 3,3 % до 22 %. Морфологічною особливістю їх є відсутність ознак репарації. Виникнення виразок у хворих з опіковою хворобою пов'язують з токсинією, порушеннями мікро циркуляції, співвідношення між факторами агресії і захисту слизової, стимуляцією апоптозу, сповільненням процесів реституції. Нам вивчено особливості перебігу, діагностики і лікування гострих стресових виразок у хворих опікового відділення СОКЛ. За 2003-2004 рік виразки ----- діагностовано у 4 хворих з опіковою хворобою. Площа опіків II –III ступенів - від 30% до 60%. Розвиток виразок маніфестував ся тяжкими шлунково-кишковими кровотечами (3) і перфорацією. Хворі були екстренно оперовані. Проведено: гастротомія, висічення виразок, пілородуоденопластика, селективна ваготомія за _____. Післяопераційний період перебігав тяжко. Померло 3 хворих на фоні септикотоксомії і наростаючих явищ полі органної недостатності. Таким чином опікова хвороба може ускладнюватися розвитком гострих виразок травного тракту, які характеризуються тяжким перебігом, виникненням небезпечних ускладнень, високою летальністю. Для їх попередження необхідно до комплексу лікувальної програми опікової хвороби включати сучасні проти виразкові препарати.

ГНІЙНИЙ МЕДІАСТИНІТ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ГЛИБОКИХ ФЛЕГМОН ШИЙ

*Петрова В.В., Стрельченко Є.В., студ.3-го курсу
Науковий керівник – доц. Шевченко В.П.
Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії*

Глибокі флегмони шийі (ГФШ) залишаються однією із складних проблем сучасної хірургії у зв'язку із їх тяжким перебігом, розвитком численних гнійно-септичних ускладнень, можливим розповсюдженням гнійно-септичного процесу по клітковинним просторам в середостінні. Нами проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 22 хворих, оперованих в хірургічному відділенні сокл за 2002-2004 роки з приводу гфш, які у 7 (31,8%) ускладнились розвитком гнійного медіастиніту. Чоловіків було 9, жінок – 13. Середній вік – 45,6 років. Тривалість захворювання 5,7 днів. Домінуючі причини гфш: запальні процеси лор-органів – 7 (31,8%), одонтогенна інфекція – 11 (50%), пошкодження шийі – 4 (18,2%). Більшість хворих при госпіталізації мали затруднене ковтання, неможливість або затруднення відкрити рот, вимушене напівсидяче положення тіла. При рентгендослідженні огк діагноз гнійного медіастиніту було встановлено у 4 (17,2%) хворих. Всі хворі були оперовані під ендотрахеальним наркозом. Об'єм оперативних втручань: широке розкриття гфш та дронування – 15 (68,2%), розкриття гфш і шийна медіастинотомія за колардом – 7 (31,8%). В післяопераційному періоді хворим проводилась антибактеріальна, дезінтоксикаційна, імунотерапія. Померло 2 хворих від серцево-легеневої недостатності і тяжкої інтоксикації. Післяопераційна летальність – 9,1%. Таким чином, гфш можуть спричинити розвиток тяжких гнійно-септичних ускладнень, найнебезпечнішим із яких є гнійний медіастиніт. Для досягнення позитивних результатів лікування необхідні рання госпіталізація хворих, своєчасна діагностика розвитку ускладнень і проведення комплексної терапії.

ЗАСТОСУВАННЯ ОМЕПРАЗОЛУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ КРОВОТЕЧАМИ

Бойко А.В., Хукаленко С.В., студ.3-го курсу

Науковий керівник - асист. П'ятикоп Г.І.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії

Шлунково-кишкова кровотеча залишається одним з найважчих та найнебезпечніших ускладнень виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Незважаючи на застосування нових медикаментозних засобів та досягнення сучасних ендоскопічних технологій, проблема гастроуденальних кровотеч залишається актуальною і сьогодні.

Обстежено 26 пацієнтів з гострими гастроуденальними кровотечами виразкового генезу та високим ризиком проведення оперативного втручання. Серед них - чоловіків 17 (65%), жінок – 9 (35%). Вік хворих коливався від 22 до 68 років. Легкий ступінь крововтрати був діагностований у 9 (34,6%) пацієнтів; середньої тяжкості - у 12 (46,2%); важкий – у 5 (19,2%) хворих.

Хворим, поряд із загальноприйнятою інфузійно-трансфузійною, гемостатичною терапією протягом 5 діб проводилась дворазова довенна інфузія

блокатору протонної помпи – омезу в дозі 80 мг. Це дозволило уникнути рецидиву кровотечі у 24 (92,3%) хворих.

Таким чином, дворазова протягом доби інфузія блокатору протонної помпи – омезу в дозі 80 мг хворим з виразковими гастродуоденальними кровотечами є суттєвим доповненням до індивідуально-активної хірургічної тактики.

У хворих з високим оперативним ризиком за рахунок довенної інфузії препарату вдається виграти час для стабілізації вітальних функцій, відновлення дефіциту об'єму циркулюючої крові, покращання імунологічної реактивності організму, що суттєво підвищує ефективність хірургічного лікування і веде до зниження післяопераційної летальності практично до нуля.

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З СИНДРОМОМ MALLORY-WEISS

Шевченко Т.В., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – проф. Дужий І.Д.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії

Синдром Меллорі-Вейса належить до числа мало вивчених захворювань, які є причиною тяжких стравоходно-шлункових кровотеч. Вперше про розриви слизової кардіо-езофагіальної зони повідомив у 1879 році Quinke. Клініко-експериментальні дослідження цієї патології провели у 1929 році Mallory і Weiss. Тригерним механізмом гострих розривів слизової є раптове підвищення внутрішньошлункового тиску з дискорреляцією замикаючої та клапанної функції кардіального та пілоричного жомів, які частіше виникають при поєднанні негамовної рвоти з алкогольною інтоксикацією. Вивчені причини шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) у 1918 хворих, госпіталізованих до обласного центру ШКК з приводу кровотечі за 5 років. Синдром Меллорі-Вейса діагностовано у 85 (4,5%) пацієнтів, а серед 557 хворих із захворюваннями невиразкової етіології, що спричинили кровотечу – у 15,4%. Переважали чоловіки - 59. Середній вік – 42,4 роки. Діагноз верифіковано при екстреній ЕГДС. Після госпіталізації хворим проводилась консервативна терапія, спрямована на досягнення стабільного гемостазу, яка була ефективною у 72 (84,7%). Екстренно оперовані 13 (15,3%) пацієнтів з триваючою кровотечею. Об'єм операцій: широка гастротомія, прошивання розривів слизової 8-подібними швами, 4 хворим виконана додатково селективна ваготомія. У 3 хворих використана висока перев'язка а. gastrica sin (за Stoyker). Після простого прошивання рецидиви кровотечі спостерігались у 2 випадках. Після операцій померло 2 хворих. Т.ч. лікувальна тактика у хворих з синдромом Меллорі-Вейса повинна бути індивідуалізованою, базуватись на клініко-ендоскопічних критеріях, для попередження розвитку рецидивів кровотечі доцільне використання ваготомії.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЕФЕКТИВНОСТІ СПЛЕНЕКТОМІЇ ПРИ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Швець Є.Ю., лікар-інтерн

Науковий керівник – доц. Шевченко В.П.

Сумський університет, кафедра загальної хірургії

Емпірично встановлено, що при багатьох гематологічних захворюваннях (ГЗ) позитивний вплив на їх перебіг має спленектомія (СЕ). Після видалення селезінки припиняється або зменшується гемоліз, пригнічується активність аутоімунних процесів, поліпшується гемопоєз, а при спленологомії ліквіднуються негативні наслідки гіперспленізма. З іншого боку втрата важливого імуннокомпетентного органу негативно позначається на стані імунної системи хворих. Нами вивчені безпосередні і віддалені результати СЕ у 16 хворих з ГЗ, які були оперовані на протязі 1990-1995 рр. Показаннями до операції були: ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (ІТП) – 9, гемолітична анемія (ГА) – 4, мієлофіброз – 2, хвороба Ходжкіна – 1. СЕ виконувалась верхньо-серединним лапаротомним доступом. СЕ у гематологічних хворих - складна і небезпечна операція тому, що вона виконується на фоні анемії, порушень в системі згортання крові, після тривалого прийому гормональних препаратів. Це є передумовою для розвитку суб- і післяопераційних ускладнень, які спостерігались у 7 (43,1%) хворих (нагноєння рани – 5, піддіафрагмальний абсцес – 1, пневмонія – 1). Після СЕ у хворих з ІТП число тромбоцитів досягало нормальних показників на 5-7 добу. Простежені віддалені результати на протязі 10 років. Найкращий ефект СЕ був у хворих з ІТП - стійка ремісія досягнута у 7 (77,8%), нижче – ефективність у хворих з ГА, ремісія – у 3 (75%). Незначний ефект СЕ у хворих з мієлофіброзом і лімфогранулематозом, після тимчасового покращання стану спостерігалась генералізація захворювання. Т.ч. СЕ є важливим компонентом лікування гематологічних захворювань, найвищу ефективність вона має при хворобі Верльгофа і гемолітичній анемії.

РОЗПОДІЛ ХВОРИХ НА РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ЗА ВІКОВИМИ ГРУПАМИ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Акальцева А.І., студ. 2-го курсу

Науковий керівник – асист. Мадяр В.В.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії

Десять років в Україні щорічно наростаючи палає епідемія туберкульозу. В 2003 р. захворюваність туберкульозом складала 77,6 на 100 тис. на-

селення. Загалом на обліку в протитуберкульозних диспансерах стоїть 760 000 осіб. Кожен десятий хворий на туберкульоз страждає на розповсюджені його форми з масивним бактеріовиділенням. Із них 30% виділяють мікобактерію резистентну до протитуберкульозних препаратів, що створює додаткові складнощі, інколи неперекорні, в лікуванні захворювання. Розподіл хворих за віковими групами та формами розповсюдженого туберкульозу легень:

Форма туберкульозу	До 20	20-29	30-39	40-49	50-59	За 60	Усього
Циротичний	2		8	7	10	1	28
Туберкуломи	2	14	24	18	17	3	78
Інфільтративний	1	22	28	20	11	3	85
Дисемінований		10	7	17	4		38
Фіброзно-кавернозний	3	16	46	38	23	1	127
Кавернозний	3	12	9	16	4	1	45
Всього	11	74	122	116	69	9	401
%	2,74	18,5	30,4	28,9	17,2	2,24	100

Обстежено нами 401 хворий на розповсюджений туберкульоз легень. Із них 80,56% склали хворі працездатного віку до 50 років і 97,76% до 60 років (див. табл.). Наведені дані свідчать про актуальність своєчасного виявлення та лікування пацієнтів з розповсюдженим туберкульозом легень, та санації епідеміологічних вогнищ інфекції.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДУ ДОСЛІДЖЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК

*Кондрачук О.С., лікар-інтерн, Євтушенко Г.Ф.,
лікар-травматолог*

Науковий керівник – доцент Кондрачук С.О.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії

Метою роботи є вивчення ультразвукової картини при “свіжих” переломах та в процесі їх консолідації.

Було обстежено 12 пацієнтів з переломами кісток, з них з переломами ребер – 3 пацієнти, переломами фаланг пальців – 3 пацієнти, переломами променевої кістки – 4 пацієнти, переломами ліктьової кістки – 2 пацієнти. Дослідження виконувалося на сканері “Аloka-500” з використанням лінійного датчика частотою 7,5 МГц. Ультразвукове дослідження (УЗД) виконувалося з інтервалом 5 – 7 днів до моменту зрощення кістки.

За допомогою ультразвукової картини можна візуалізувати ознаки перелому, що мають вигляд “розриву” коркового шару, або, у випадку зміщення кісткових уламків – вигляд типової сходиноподібної деформації кори. Формування кістки в місці перелому можна виявити набагато раніше, ніж його вдається

ідентифікувати на рентгенограмі. Обмеженнями УЗД кісток є складність точно повторити зрізи при серійних обстеженнях та можливість візуалізувати лише корковий шар кісток.

За допомогою УЗД є можливим діагностувати переломи кісток та вивчати формування кісткового мозолу у місці перелому. Враховуючи відносно невисоку вартість обстеження, необтяжливості для пацієнта і відсутність впливу іонізуючого випромінювання, ультразвуковий метод може використовуватися як допоміжний у діагностиці переломів кісток та застосовуватися для контролю зрощення кістки.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ВІДКРИТИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК

Шишук Д.В., Самодахова Л.О., студ. 3-го курсу

Науковий керівник - асист. П'ятикоп Г.І.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії

Травми опорно-рухового апарату як в мирний, так і в військовий час привертають до себе особливу увагу в силу характеру анатомічних ушкоджень й можливості розвитку при них тяжких патофізіологічних зрушень в організмі, які безпосередньо загрожують життю травмованого. Класифікація переломів довгих трубчастих кісток за каплан-марковою дає чітку диференціацію та розпізнавання характеру того чи іншого ушкодження. За даними ринденка в.г., анкіна о.м., бетца г.в. при трасових лікарнях частота ускладнень сягає 38%, тобто негативним результатом лікування відкритих переломів є остеомієліт. Сучасна медицина має багато можливостей та значну кількість лікувальних засобів, які дозволяють у більшості випадків надавати дійсно ефективну допомогу тяжко травмованим хворим. У зв'язку з незадовільними наслідками в тактиці лікування переглянутий підхід до первинної хірургічної обробки відкритих переломів. Удосконаленні методи іммобілізації після первинної хірургічної обробки ран - гіпсові іммобілізаційні пов'язки; позавогнищевий остеосинтез (стержневий та шпигцевий апарати); накістковий репозиційний остеосинтез (пластини). В умовах урбанізації досить гостро ставиться питання про хірургічну обробку ран кінцівок, виконаних лікарями-хірургами. Для зменшення відсотка незадовільних результатів необхідно виконувати ряд чітких операцій. Перше і найголовніше - ретельна первинна хірургічна обробка ран; друге – обробка дистальних та проксимальних фрагментів; третє - іммобілізація та володіння нею хірурга, антибіотикотерапія та інше.

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ СЕРЕД ЖИТЕЛІВ МІСТ ТА СІЛ СУМЩИНИ

Білик О. П., Столяренко К. А., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – Мадяр В.В.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії

За критеріями ВООЗ з 1995 р. в Україні зареєстровано епідемію туберкульозу а з 1990 р. до 1999 р. смертність зросла в 2,4 рази і серед сільського населення вона вища на 10,7%. В 2003 р. захворюваність туберкульозом складала 77,6 на 100 тис.

В Сумській області проживає в містах 2/3 або 849,9 тис. (64,9%) жителів а в селах – 1/3 або 456,8 тис. (35,1%).

Розподіл хворих за місцем проживання:

Форма туберкульозу	Місто	Село	Загальна кількість
Циротичний	10	18	28
Туберкуломи	44	41	85
Інфільтративний	40	40	80
Дисемінований	11	27	38
Фіброзно-кавернозний	58	69	
Кавернозний	21	24	127
Всього	184	217	401
%	45,89±3,67	54,11±3,38	100

Аналіз даних таблиці вказує на те що рівень захворюваності жителів сіл Сумської області в 3,5 рази (див. табл.) вищий за такий в містах, що є загрозливою ланкою в епідеміологічному процесі сучасного туберкульозу.

Отже, проживання на селі, в важких соціально-економічних умовах, підвищує рівень захворюваності на розповсюджений туберкульоз. Також наведені дані свідчать про незадовільний, та гірший ніж в містах, рівень медичного забезпечення селян, нижчу його якість, руйнацію системи регулярного диспансерного огляду населення та флюорографії.

ЗОВНІШНЄ ДРЕНУВАННЯ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ З ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Шевченко В.В., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – проф. Дужий І.Д.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії

Результати лікування тяжких деструктивних форм гострого панкреатиту (ГП) залишаються малозадовільними, не зважаючи на впровадження новітніх хірургічних технологій і лікарських засобів. Післяопераційна летальність сягає 24,5%-80%. У зв'язку з анатоморфологічною близькістю підшлункової залози і органів гепатобіліарної системи існують умови для симультанного ураження органів при розвитку патологічного процесу в одному з них. Це аргументує необхідність зовнішнього дренивання жовчних шляхів (ЗДЖШ) з метою їх декомпресії при ГП. Нами проведено ретроспективний аналіз ефективності хірургічного лікування 78 хворих з деструктивними фо-

рмами ГП, оперованих в хірургічному відділенні СОКЛ за 12 років. Чоловіків було 52, жінок – 26. Вік хворих від 32 до 85 років. У 30 (38,5%) ГП був біліарного, у 34 (43,6%) – алкогольного, у 14 (17,9%) - аліментарного походження. Ранні оперативні втручання проведені у 48 (61,5%), відстрочені у 30 (38,5%),. Об'єм операцій в залежності від розповсюдженості панкреонекрозу включав: лаваж і санацію черевної порожнини, дренування сальникової сумки і за- очеревинного простору, некрсеквестрэктомію, марсупілізацію, лапаростомію. ЗДЖШ проведено у 44 (44,9%) хворих. У 22 – холецистектомія, дренування ЖШ за Піковським, у 22 – холецистостомія. Після операцій померли 36 (36,7%). Серед ГП алкогольного генезу – 40,7%. Після ранніх операцій летальність була 40,1%, після відстрочених – 26,7%. З 44 хворих з ЗДЖШ померло 18 (40,1%), в групі без дренування – летальність становила 33,3%. Т.ч. ранні операції при ГП супроводжуються більшою летальністю ніж відстрочені. Використання ЗДЖШ при тяжких формах ГП суттєво не впливає на результати лікування.

Хірургія 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КРОВООБІГУ

*Степанченко О.М. лікар-хірург, магістр
Науковий керівник – проф. Кононенко М.Г.*

Кафедра госпітальної та факультетської хірургії

Виконано шість оперативних втручань з перев'язкою мезентеріальних судин на різних рівнях. З метою вивчення доступу до судин, симптоматики, патоморфологічних змін, меж ураження кишечника, та можливості виконання радикального оперативного втручання проведені дослідження на чотирьох піддослідних тваринах (собаках). Для з'ясування компенсаторних можливостей організму собаки виконане оперативне втручання з субтотальною (більш ніж 2/3) резекцією тонкої кишки і правобічною геміколектомією.

Незворотні зміни в кишечнику наступають через 3-6 годин після артеріальної оклюзії. Некроз тканин відбувається нерівномірно по ходу кишкової трубки в зв'язку з залишковим колатеральним кровотоком. Проведені нами дослідження показали, що найбільш виражені зміни зафіксовані у найвіддаленішій від колатералей ділянці – дистальному відділі клубової кишки і початковому відділі ободової кишки. Виявлено, що колатеральний кровоток, добре виражений відразу після оклюзії, через 3 години вже майже не визначається.

Успішно виконана нами велика резекція кишечника у піддослідної тварини свідчить на користь того, що при поширеному некрозі кишечника

вона може застосовуватись для збереження життя пацієнтів.

КЛІНІЧНА КАРТИНА ТРОМБОЕМБОЛІЇ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНИХ СУДИН

Степанченко О.М. лікар-хірург, магістр,

Брага І.В., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – проф. Кононенко М.Г.

Кафедра госпітальної та факультетської хірургії

Гострий початок захворювання відмічало 125 (72,7 %) з 172 пацієнтів. Загальний стан у хворих на ГПМК незалежно від стадії захворювання тяжкий. Характерним симптомом є блідість шкірних покривів у більшості пацієнтів.

Порушення ритму пульсу (миготлива аритмія і екстрасистолія) при госпіталізації виявлено більше ніж у 2/3 (69,8 %) хворих.

Язик у хворого з ГПМК змінюється з його станом. Так, на початку захворювання язик вологий, із розвитком інтоксикації, шоку та перитоніту він становиться сухуватим, потім сухим, нерідко з коричневими кірками.

Болючість при пальпації живота у хворих на ГПМК носить різноманітний характер, може змінюватися на протязі захворювання, що пов'язано з прогресуванням процесу чи відновленням кровопостачання.

Симптом Кадьяна – Кондора ми знайшли у 4 (2,3 %) з 172 хворих. Серед інших визначених нами симптомів найбільш часто-у 63 (36,6 %) пацієнтів-зустрічається симптом Склярєва (“шум плеску”). Симптоми подразнення очеревини спостерігалися у 67 (39 %) хворих.

Перистальтика аускультативно була посилена у 13 (7,6 %) чоловік, ослаблена до поодиноких кишкових шумів – у 61(35,5 %), не визначалася – у 31(18 %), в інших не змінена або патологічних змін не описано.

При ректальному дослідженні патологічні виділення в вигляді “малинового желе” були в 21 (12,2 %) хворого.

Характерні ознаки дозволяють своєчасно запідозрити гостру тромбоемболію мезентеріальних судин.

СПАЙКОВА ХВОРОБА ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ЕКОНОМІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ

Захарченко О.О., Іщенко І.С., Коршєнюк О.Ю.

Науковий керівник – Пак В.Я.

СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії

Метою нашого дослідження була оптимізація надання медичної допомоги хворим зі спайковою хворобою черевної порожнини (СХЧП) при раціональному використанні бюджетних коштів. Адже щорічно пацієнти з цією патологією складають 1% від госпіталізованих у хірургічні стаціонари.

Вивчено результати консервативного лікування 125 хворих, які знаходились на стацілюванні з приводу СХЧП. Абсолютна більшість (89(71,2%) – пацієнти працездатного віку від 15 до 60 років. 87(69,6%) хворих доставлені бригадою ШМД, при вартості 1 виїзду 43,11 грн., а у 31(24,8%) – це 2-3-4-госпіталізація з причини СХЧП. Прооперовано лише 4(3,2%) пацієнти. Середній ліжко-день склав 6,7, його вартість становить 36,09 грн. Пацієнти обстежені лабораторно, на що затрачено 502 грн., на оглядову рентгенограму ОЧП – 1953 грн., на іригоскопію – 610 грн., на УЗД – 80 грн. Загальні затрати на лікування досліджуваної групи хворих склали 36995 грн., або, в середньому, – 295,96 грн. на кожного хворого, із них лише 8,1% - на діагностику і 7,8% – на медикаменти.

При своєчасному профілактичному обстеженні і лікуванні хворих в умовах денного стаціонару або стаціонару на дому затрати скоротяться за рахунок: доставки машиною ШМД - на 3,8 тис. грн., перебування у відділенні – на 25,2 тис. грн. Навіть плануючи більш повну діагностику даної категорії хворих, затрати складуть лише 15% від загальної суми при стацілюванні. Загальний економічний ефект прогнозується на рівні 26,2 тис. грн. або 71,0% відносно затрат при ургентному наданні медичної допомоги.

Хворих, які 2 і більше разів лікувались стаціонарно з приводу часткової кишкової непрохідності спайкового генезу і постійно або періодично відмічають симптоми СХЧП, буде доцільним оперувати у плановому порядку.

ДЕКОМПРЕСИВНА ІНТУБАЦІЯ КИШЕЧНИКА В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Панько Н. О.

Науковий керівник – асистент Пак В. Я.

СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії

Вивчено результати лікування 77 хворих, яким під час операції проведено інтубацію кишки.

Зразу після інтубації тонкої кишки: у 16(23,9%) випадків видалили від 2 до 5 літрів кишкового вмісту і протягом перших 4-х днів у 41(61,2%) хворого пасивно виділялось 800 – 1000 мл., а у 7(10,4%) – 2000 – 3000 мл.

29(37,7%) операцій тривали від 2 до 3 год. з них $2^{30-3^{00}}$ – 16(20,8%), $3^{05-4^{00}}$ – 7(9,1%), $4^{05-6^{00}}$ – 6(7,8%), що зумовлене труднощами виконання інтубації і недостатньою кваліфікацією хірурга.

Екстубацію на 4-5 день виконано у 24,5% хворих, на 6-7-й – у 41,5%, на 8-10-й – у 22,6%, понад 10 діб інтубація тривала у 5,7%. Ентеральне харчування проводилось тільки 4(5,2%) пацієнтам.

Ускладнення після операції констатовано у 16(20,8%) пролікованих, у 7(9,1%) проведена релапаротомія, яка у 3(4,3%) випадках зумовлена пролежнями від зонда і перфорацією тонкої кишки.

Післяопераційний період у 55,8% хворих супроводжувався анемією, у 42,8% - лейкоцитозом, у 39,2% - вираженою гіпопротеїнемією, у 76,3% - підвищеним рівнем сечовини і креатиніну, у 69,5% - зниженням показників іонограми, у 50,6% до 8-го дня післяопераційного періоду спостерігалось підвищення температури тіла до фебрильних цифр.

Довготривале застосування зонда є неоправданим, оскільки він може викликати пролежні кишкової стінки і призводить до значних втрат поживних речовин і порушень гомеостазу. У післяопераційному періоді через інтубаційний зонд потрібно здійснювати лаваж кишки з використанням ентеросорбентів. Він повинен відігравати не тільки декомпресійну функцію, але й слугувати засобом раннього ентерального харчування.

**ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА СПАЙКОВОЇ
КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ**
Товстенко Ю.В., Самусь О.К., студ. 4-го курсу
Науковий керівник – асистент Пак В.Я.

СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії

Диференційна діагностика спайкової хвороби (СпХ) і гострої спайкової кишкової непрохідності (ГСКН), проводиться в динаміці. Термін її не повинен перевищувати 12 год. з початку захворювання, але якщо наявні симптоми перитоніту - це є прямим показанням до лапаротомії.

Мета роботи - вироблення нового підходу до діагностики ГСКН з метою оптимізації лікувальної тактики, на основі кількісної оцінки симптомів спайкового синдрому.

Нами вивчено результати лікування 100 хворих: 50 - з явищами СпХ і 50 - з ГСКН. Оцінка симптому «Р» (X_i) визначалась відношенням числа спостережень окремої ознаки (n), до загального числа спостережень (N): $P = \frac{n}{N} \times 10$ (10 – коефіцієнт).

Ймовірність симптомів (X_{1-14}) під час поступлення виявилася такою: нудота - 6,94; блювання - 1,44; метеоризм - 3,22; переймоподібний біль - 5,41; с-м Склярова - 1,92; с-м Щоткіна - 1,44; дефанс - 1,92; чаші Клойбера - 3,60; лейкоцитоз - 1,31; гематокрит (вище 0,42) - 1,0; тахікардія - 3,0; стаз барію в тонкій кишці - 4,8; дилатація тонкої кишки - 2,8; с-ми ГСКН за УЗД - 4,4.

Аналогічно визначили ймовірність появи чи зникнення симптому для ГСКН і СпХ протягом 6-12 год.

Співставляючи інформативність певного симптому (X_{1-14}) при поступленні і через 6-12 год. для СпХ і ГСКН, побудовано таблицю-матрицю, що полегшує діагностику ГСКН.

Порівнюючи дані таблиці-матриці з даними протікання спайкового синдрому у конкретного хворого, нами вироблено новий підхід до формування тактики при ГСКН і СпХ. Це сприятиме скороченню часу від поступлення

хворого у стаціонар до операції і зменшить кількість необґрунтованих лапаротомій при спайковій хворобі.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ДВУХМОМЕНТНЫХ РАЗРЫВОВ СЕЛЕЗЕНКИ

Гоман А.В., интерн-магистрант

Научный руководитель – проф. Кононенко Н.Г.

СумДУ, кафедра госпитальной и факультетской хирургии.

Проанализировано 40 историй болезни пациентов с разрывом селезенки при закрытой травме живота, госпитализированных в хирургические отделения №1 и №2 СГКБ №5. Из них у 17 пострадавших разрывы были двухмоментными. Возраст пациентов колебался от 35 до 65 лет (до 39 лет – 2, 40-49 лет – 9, 50-59 лет – 4, 60 и старше – 2). Все травмы получены в быту: падение с высоты 1,5-5 м – у 7, избиение – у 6, факт травмы не установлен у 4. Время с момента травмы до разрыва капсулы селезенки составляет один день - один месяц (1 сутки – 3, 2-7 суток – 4, 8-14 суток – 6, 15-30 суток – 2, время не установлено – 2). За это время только 4 пациентов беспокоили умеренные боли в левом подреберье. При разрыве подкапсульной гематомы пациенты предъявляли жалобы: на появление или усиление боли в животе (в левой половине – 9, в верхней половине – 5, в левом подреберье – 11, внизу живота – 1), потерю сознания – 2, тошноту, рвоту – 3, сухость во рту – 5, общую слабость – 9. При госпитализации общее состояние средней тяжести отмечено у 11 человек, тяжелое – у 4, ближе к удовлетворительному – у 2. Отмечены следующие симптомы: с-м Элекера – 3, Де-Кервена – 2, Куленкампа – 12, Щеткина-Блюмберга – 7, Розанова (Ваньки-встаньки) – 0, локальная ригидность – 3, ограниченное участие живота в дыхании – 4. Тахикардия наблюдалась у 8 человек, систолическое АД ≤ 100 - у 6 человек.

Таким образом, клиника двухмоментных разрывов селезенки проявляется симптомами внутрибрюшного кровотечения после разрыва капсулы в течение месяца после травмы. Поскольку патогномичных симптомов при закрытой травме селезенки нет, диагностика этих повреждений остается все же сложной.

ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ РАЗРЫВОВ СЕЛЕЗЕНКИ

Гоман А.В., интерн-магистрант

Научный руководитель – проф. Кононенко Н.Г.

СумГУ, кафедра госпитальной и факультетской хирургии

Диагностика травматических разрывов селезенки в типичных случаях не представляет трудностей. Постановка диагноза нередко затруднительна, если врачу не удастся по тем или иным причинам выяснить в анамнезе факт травмы соответствующей области тела.

В изученных нами 41 истории болезни травматического разрыва селезенки, 17 пациентов были доставлены бригадой скорой помощи с другими диагнозами, а именно: острый панкреатит (8), прерванная внематочная беременность (3), кишечная непроходимость (3), острый аппендицит (1), тазовый перитонит неясного генеза (1), острое отравление теоэфедрином (1). 5 из них были и госпитализированы с ошибочными диагнозами: острый панкреатит – у 2, прерванная внематочная беременность – у 1, острый аппендицит – у 1, тазовый перитонит неясного генеза – у 1. Факт наличия травмы у этих пациентов не был известен, а у 4 из них разрывы селезенки были двухмоментные, что и затруднило диагностику. У этих 5 больных точный диагноз был установлен лишь после лапаротомии, причем у одного больного операция была предпринята через 16 часов после госпитализации. У 4 пострадавших из этих 5 не были применены объективные методы исследования – УЗИ и/или лапароцентез.

Таким образом, затруднения и ошибки, встречаются, в основном, при двухмоментных разрывах селезенки, когда не удается выяснить факт травмы в анамнезе. В сложных случаях считаем обязательным применение объективных методов исследования – УЗИ и/или лапароцентеза, несмотря на тяжесть состояния пациента, что позволяет избежать диагностических и тактических ошибок.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВНУТРИБРЮШНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Гоман А.В., интерн-магистрант

Научный руководитель – проф. Кононенко Н.Г.

СумГУ, кафедра госпитальной и факультетской хирургии

Исследовано 56 историй болезни пациентов с внутрибрюшным кровотечением вследствие закрытой травмы живота.

Все пациенты жаловались на боли в животе, у 5 боли были интенсивные. При разрыве селезенки (41) – боль в левой половине живота и в левом подреберье была отмечена у 25 пациентов, внизу живота – у 7, по всему животу – у 9. При разрыве печени (15) у 8 пациентов боли по всему животу, у 5 - в правой половине, у 1 – в верхней части живота. 22 отмечали слабость, 11 – головокружение. При осмотре умеренное локальное напряжение мышц отмечено у 28 пациентов, у 1 – «доскообразный» живот. У 13 травмированных живот принимал ограниченное участие в акте дыхания, у 5 – не участвовал в дыхании. Были выражены следующие симптомы абдоминальной катастрофы: Куленкампа – у 29, Де-Кервена – у 9, Щеткина-Блюмберга – у 39, у 17 из них слабopоложительный, Элекера – у 9, Розанова (Ваньки-встаньки) – у 2. Отмечены изменения гемодинамики: тахикардия ($Ps > 90$) у 32, гипотония ($АД_{сис} \leq 90$) – у 12. Следовательно, гемодинамические показатели изменялись только после значительной (>1 л) потери крови, причем за счет ком-

пенсаторних реакцій (тахикардии и др.) уровень АДсист>90 сохраняется даже при кровопотере до 2 л, поэтому гипотонию следует считать поздним признаком внутрибрюшного кровотечения.

РЕЛАПАРОТОМІЇ У ХВОРИХ НА ПЕРФОРАТИВНУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНУ ВИРАЗКУ

Гоман А.В., интерн-магістрант

Науковий керівник – канд.мед.наук, асистент Ситнік О.Л.

СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії

Оперировано 538 хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку. З приводу ускладнень 21 (3,9%) пацієнта оперували вразі. Причинами релапаротомії були: рання спайкова кишкова непрохідність (7), перитоніт (4), стеноз вихідного відділу шлунка (3), тромбоз мезентеріальних судин (1), евентрація (1), шлункова кровотеча (1), внутрішньочеревна кровотеча (1), анастомозит (1).

Релапаротомії виконували частіше після зашивання перфоративної виразки, вирізання виразки з селективною проксимальною ваготомією та резекції шлунка, ніж після вирізання виразки без ваготомії або доповненого технічно більш простим (стволова, селективна) способом ваготомії.

Рання спайкова кишкова непрохідність сформувалась після вирізання виразки з ваготомією (5) та резекції шлунка (2). Стеноз вихідного відділу шлунка виник у ранній період після зашивання перфоративної виразки у 3 хворих внаслідок технічних помилок операції (2) або зашивання стенозуючої виразки (1). Причинами післяопераційного перитоніту були: неспроможність шва зашити виразки (1), шва пілоропластики (1), перфорації гострої виразки (1), перфорації другої виразки (1). Кровотеча у черевну порожнину виникла у 1 хворого із судин малого сальника і стравоходу після селективної проксимальної ваготомії. У 1 пацієнтки після резекції 2/3 шлунка за методикою Гофмейстера – Фінстерера діагностовано панкреонекроз. Кровотеча виникла у 1 хворої із виразки малої кривизни шлунка після зашивання перфоративної виразки передньої стінки дванадцятипалої кишки.

Після релапаротомії померли 5 (23,8%) хворих внаслідок синдрому поліорганної недостатності (2), тромбоемболії легеневої артерії (2) або мезентеріальних судин (1).

КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Столяренко Г.С., Пономаренко И.В., интерны

Научный руководитель - канд.мед.наук, ассист. Вержанский А.П.

СумГУ, кафедра госпитальной и факультетской хирургии

Проанализированы результаты хирургического лечения 156 больных в возрасте от 17 до 84 лет с острой абдоминальной патологией, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГКБ№5 г. Сумы с 1998 по 2004 гг., у которых диагностирован синдром энтеральной недостаточности (СЭН) различной тяжести. Диагностика СЭН, оценка его тяжести и контроль за эффективностью проводимого лечения осуществляется на основании клинических, клинико-биохимических, бактериологических и рентгенологических методов исследований в сопоставлении с результатами, полученными при интраоперационной ревизии органов брюшной полости. Основными принципами лечения СЭН были: антибактериальная и иммуностропная терапия; интестинальная декомпрессия интубацией кишечника; селективная его деконтаминация; интерстициальный лаваж и диализ; селективная деконтаминация кишечника; энтеросорбция; интерстициальный диализ; раннее энтеральное зондовое питание; стимуляция моторно-эвакуаторной функции ЖКТ; коррекция метаболических нарушений и кислотно-щелочного дисбаланса; профилактика и лечение дисфункций систем жизнеобеспечения организма. Проведение в комплексе лечебно-профилактических мероприятий в этой группе больных позволило снизить число гнойно – септических осложнений (ГСО) до 9.72 % и общая летальность - до 6.9 % . Таким образом, у больных с неотложной абдоминальной патологией СЭН является одним из ведущих патогенетических механизмов развития ГСО и полиорганной недостаточности. Проведение комплексных лечебно-профилактических мероприятий указанного синдрома способствуют снижению послеоперационных осложнений и летальности.

ПОШКОДЖЕННЯ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ЗАКРИТІЙ ТРАВМІ ЖИВОТА

Коробова С.П., інтерн-магістрант, Лукавенко І.М., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – д-р мед.н., проф. Кононенко М.Г.

СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії

Проаналізовано 50 історій хвороб МКЛ №5 з приводу закритої травми живота з пошкодженням кишечника за період 1996-2004 рр. Чоловіків було 43(86%), жінок – 7(14%) віком 20- 80 років. При поступленні в стаціонар пошкодження порожнистого органа діагностовано у 44 хворих, перитоніт неясної етіології – у 2, перфоративна виразка шлунка – у 1, гостра кишкова непрохідність – у 1. Ізольоване пошкодження тонкої кишки встановлено у 42

хворих, у поєднанні із травмою голови – у 3, грудної клітки – у 4, кінцівок – у 1. В першу годину з моменту травми госпіталізовано 3 пацієнта, до 3 годин – 6, до 6 годин – 7, до 12 годин – 6, до 24 годин – 15, пізніше – 13. З метою виявлення вільного газу чи рідини в черевній порожнині проведена оглядова рентгенографія живота у 20 пацієнтів (газ знайдено у 13), лапароцентез – у 12, пункція черевної порожнини – у 1.

Прооперовано 49 пацієнтів: у термін до 1 години від госпіталізації - 20 пацієнтів, до 3 годин – 19, пізніше 3 годин – 10. Види оперативних втручань: лапаротомія з резекцією тонкої кишки і анастомозом бік у бік виконана у 8 хворих, зашивання рани кишки – у 30, зашивання рани кишки та її брижі – у 6, зашивання брижі кишки – у 4, резекція кишки з виведенням ілеостоми – у 1. Трансназальна інтубація кишечника проведена у 16 пацієнтів, через цекустому – у 2. Реінфузія (500мл, 900мл, 1200мл) виконана у 3 хворих. Померло 14(28%) хворих, переважно в 1-2 добу після втручання від серцево-легеневих ускладнень (10), від ПОН із-за перитоніту (3), а один пацієнт - під час передопераційної підготовки (поступив у край важкому стані на 3 добу після травми). Ускладнення після операції виникли у 9 хворих: нагноєння рани – у 6, евентрація – у 1, післяопераційна кишкова непрохідність – у 2.

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ У ХВОРИХ НА ПЕРФОРАТИВНУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНУ ВИРАЗКУ

Коробова С.П., інтерн-магістрант

*Науковий керівник - канд.мед.наук, асистент Ситнік О.Л.
СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

Із 538 оперованих з приводу перфоративної виразки у 94(17,5%) хворих діагностували післяопераційні ускладнення.

Абдомінальні ускладнення виявлені у 56 хворих, екстраабдомінальні – у 16, поєднані – у 22.

Абдомінальні ускладнення :

а) порушення моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту – у 26, із них у 9 спостерігались функціональні порушення (післяваготомна атонія шлунка – у 8, динамічна кишкова непрохідність – у1), порушення органічної природи – у 17 (анастомозит – у 7, стеноз вихідного відділу шлунка – у 4, рання спайкова кишкова непрохідність – у 6);

б) ранові ускладнення – у 18;

в) шлунково-кишкові кровотечі – у 15;

г) перитоніт – у 8;

д) панкреонекроз після резекції шлунка за Гофмейстером-Фінстерером – у 1;

е) неспроможність швів із формуванням нориці - у 1.

Екстраабдомінальні ускладнення діагностували:

а) дихальної системи, переважно пневмония (19), - у 23 хворих;

б) сердечнососудистой системы, в основном тромбоемболической, - у 13 (преимущественно у больных пожилого и старческого возраста или с сопутствующей патологией, а также при наличии перитонита),

в) острое нарушение мозгового кровообращения - у 2.

Благодаря проведенной интенсивной терапии у большинства больных усладнение удалось ликвидировать. Послеоперационная летальность снизилась с 37(6,9%) до 12(2,3%).

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ДЕТРАЛЕКС В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УРЕТРОПРОСТАТИТА

Кнышенко А.Н., аспирант, Филиппова Е.Н.,

врач-бактериолог

Научный руководитель – д-р мед.наук, проф. Бачурин В.И.

Запорожский государственный медицинский университет,

кафедра урология

Нами разработан комплексный подход лечения больных бактериальным уретропростатитом с применением флавоидного ангиопротектора Детралекс. Было обследовано 56 больных, возраст которых колебался от 22 до 48 лет. Первичный скрининг включал: проведение клинико-лабораторных, цитоморфологических и бактериологических исследований для определения роста микрофлоры или бактериальных ассоциаций, как в секрете предстательной железы, так и в отделяемом из уретры. Дополнительно определялась чувствительность выделенных культур к антибиотикам. Согласно результатам подбирались антибактериальные препараты. Прием Детралекса для всех больных, получавших лечение, составлял терапевтическую дозу препарата, как в период лечения, так и в период реабилитации. Наиболее выраженные клинико-лабораторные результаты мы наблюдали у сорока девяти больных основной группы уже после 20-ти дневного приема Детралекса. В этой группе больных упростатитом данный метод комплексной терапии позволил повысить тропность и эффективность протистоцидных и антибактериальных препаратов за счет высокой биодоступности последних в микроциркуляторном русле.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ СУМСКОЙ ОБЛАСТИ

Овечкин Д.В.

Научный руководитель – проф. – Данилов А.А.

Киевская медицинская академия последипломного обучения

им. П.Л. Шупика, кафедра детской хирургии

Сумская областная детская клиническая больница

Под нашим наблюдением с 1990 по 2004 год находился 261 ребенок от 2 недель до 14 лет с подтвержденным клинико-лабораторным диагнозом острого гематогенного остеомиелита (ОГО). Из общего количества больных преобладали мальчики – 58,6%, чаще болели дети от 0 до 6 месяцев 19,9% и после 6 лет – 48,3%. Наибольшее число заболевших 32,7% ($p < 0,01$) поступило осенью.

Чаще ($p < 0,001$) остеомиелит развивался в костях нижних конечностей $56,5 \pm 3,3\%$, реже верхних – $15,2 \pm 2,4\%$. Остеомиелит бедренной кости встречался в $30,3 \pm 2,8\%$ детей, большеберцовой – $16,1 \pm 2,3\%$, малоберцовой – $4,2 \pm 1,2\%$. На верхних конечностях наиболее часто поражалась плечевая кость – $11,5 \pm 1,9\%$ больных, реже лучевая – $2,6 \pm 1,0\%$. Изолированные поражения кости определены у 91,1%.

У 8,5% детей тяжелое течение остеомиелита протекало с генерализацией инфекции и развитием сепсиса. Септико-пиемическая форма отмечалась в 16,5%, токсическая – 1,9%, локальная – 88,5% случаев. Наиболее тяжелые формы ОГО (токсическая и септико-пиемическая) встречались достоверно ($p < 0,01$) чаще у пациентов первого месяца жизни – 5,7% и детей старше 7 лет – 7,7%.

В посевах отделяемого из раны чаще всего высевали *St. aureus* (39,7%), ассоциированная микрофлора определялась в 6,8%, *St. epidermitis* – 4,7%. Остальная микрофлора определялась эпизодически в 14,8%. Большое количество (34,6%) отрицательных посевов у больных с ОГО дает основание предполагать, что применяемые методики выявления возбудителя заболевания в настоящее время не адекватны.

ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНЕ ВВЕДЕННЯ АЛПРОСТАНУ ТА ЛАЗЕРНЕ ОПРОМІНЕННЯ КРОВІ У ХВОРИХ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ТА ЗМІШАНОЮ ФОРМОЮ СИНДРОМУ СТОПИ ДІАБЕТИКА

Однорог С. І., студ. 4-го курсу

Наукові керівники: проф. Симодейко А.А., доц. Пантьо В. І.

*Медичний факультет УжНУ, кафедра загальної хірургії
м. Ужгород, Україна*

За останні роки, згідно статистичних даних, різко зросла кількість хворих на цукровий діабет (ЦД). На даний момент можна говорити про те, що ЦД доволі „помолодів” як нозологічна одиниця. На сьогодні у світі зареєстровано понад 150 млн. хворих на ЦД і прогнозується збільшення їх до 221 млн. в 2010 р. Встановлено, що за кожні 10 років кількість хворих на ЦД збільшується в 1,5 – 2 рази. ЦД веде до різноманітних ускладнень, впливаючи на всі системи організму, приводячи в кінцевому рахунку до інвалідизації і летальних наслідків. Одним із важких ускладнень ЦД є синдром стопи діабетика (ССД). ССД – симптомокомплекс, в основі якого лежить ангіопатія та нейропатія стопи і проявляється гнійно-запальними змінами та виразково-

некротичними ураженнями м'яких тканин стопи з подальшою тенденцією до прогресування.

Робота проводилася на базі клініки загальної хірургії медичного факультету УжНУ. Метою роботи було вивчення основних патогенетичних ланок розвитку ССД та вплив на них комбінованого методу лікування: пролонгованого внутрішньоартеріального введення алпростану та лазерного опромінення крові. Нами було проведений аналіз історій хвороб 42 пацієнтів з діагнозом ССД ішемічної та змішаної форми (17 – жінок та 25 – чоловіків).

Доведено, що пролонговане внутрішньоартеріальне введення алпростану та лазерне опромінення крові покращують результати лікування у даної групи хворих, зменшують кількість високих ампутацій кінцівок.

АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНОСТІ ДІТЕЙ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ОБЛАСНОЇ ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ м. ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА

ЗА ПЕРІОД 1986 – 2004 рр.

Ходан В.В., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – доцент Библюк Й.І.

Івано-Франківська державна медична академія

Курс дитячої хірургії

Проведено аналіз летальних випадків в хірургічному відділенні ДОДКЛ за період з 1986 по 2004 років. Згідно проведеного дослідження померло 216 хворих дітей з хірургічною патологією. За період спостереження з 1986 по 1995 рік померало від 10 до 28 дітей, починаючи з 1996 по 2004 року виявлено значне зменшення летальності до 4 випадків за рік. В залежності від причин смерті виділено наступні групи: вроджені вади шлунково-кишкового тракту, органів дихання, органів сечовивідної системи (110 випадків, що становить 54,19%); невідкладні набуті хірургічні захворювання – апендицит, інвагінація, злукова кишкова непрохідність, патологія дивертикула Меккеля, защемлена пахова грижа (29 випадків – 14,29 %); гнійно-септичні захворювання – виразково некротичний ентероколіт новонароджених, сепсис новонароджених, гострий гематогенний остеомієліт, бактеріальна деструкція легень, некротична флегмона – (36 випадків -17,73 %); інші захворювання – новоутворення (15 випадків - 7,39 %), травматичні пошкодження в тому числі кишки, післяопераційний геморагічний синдром, опікова хвороба, тромбоз сплено-портального стовбуру (13 випадків -6,4 %). На основі проведеного дослідження значне зниження летальних випадків пов'язано: з відкриттям реанімаційного відділення новонароджених у 1995 році; покращення ранньої діагностики патології новонароджених дітей; поява новітніх методик хірургічного лікування та застосування їх у практичній діяльності.

ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФРАКСИПАРИНА И ТИКЛИДА НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Леценко Ю.Н., Яценко С.Н., Баранников К.В.

Научный руководитель – д-р мед.наук, проф. Мясоедов Д.В.

*Киевская медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика*

Известно, что почти всегда сопровождающая рак активация системы первичного и вторичного гемостаза способствует прогрессии опухолевого процесса, поскольку с помощью нитей фибрина и активированных тромбоцитов осуществляются процессы “захвата” циркулирующих метастатических клеток в конгломераты, адгезия последних к эндотелию капилляров, а также усиление опухолевого ангиогенеза. Нами после радикальных операций у 324 больных раком толстой кишки (РТК) были применены различные схемы антитромботической профилактики: больным I-й группы (n=69) вводился нефракционированный гепарин (НГ) по 5000 ед. 3 раза в сутки в течение 5-6 суток; пациентам II-й группы (n=84); назначался надропарин кальция (НК) - фраксипарин по 0,3-0,4 мл (2850 – 3800 МЕ) за 2 часа до- и на протяжении 6 суток после операции; у больных III-й группы (n=82) применяли НК, после отмены которого пациенты получали ежедневно по 250 мг тиклопидина (Тп) – тиклида в течение 10-14 суток; в IV группе (n=89) - антитромботические препараты не назначались. Отдаленные результаты лечения, которые определялись с помощью показателей кумулятивной выживаемости, оказались лучшими у тех больных, которым назначали НК, а также НК в комплексе с Тп. Показатель трехлетней выживаемости составил: при применении НК с Тп – 77,3%, НК – 68,1%, НГ – 56,2%, без использования ингибиторов системы гемостаза – 53,7%. Показатель пятилетней выживаемости в I-й группе составил 39%; II-й группе - 54%, III-й группе – 62%, IV-й группе – 32%. Статистически разницы показателей между группами больных по критерию LOGRANK во всех случаях оказались высокодостоверными, за исключением случаев сравнения показателей тех групп, где больным вводили НГ и не использовали антигемостатики ($P_{I-IV}=0,00003$; $P_{II-IV}=0,000001$; $P_{I-III}=0,005$; $P_{II-III}=0,000007$; $P_{III-IV}=0,07$; $P_{I-II}=0,06$).. При использовании фраксипарина, в сравнении с НГ, наблюдалась также более выраженная нормализация нарушенных в сторону гиперкоагуляции показателей системы свертывания крови. Таким образом, применение НК, а также НК совместно с Тп в послеоперационном периоде у больных РТК, способствует торможению развития метаста-

тического процесса путем ингибирования активности коагуляционного и сосудисто-тромбоцитарного звеньев системы гемостаза.

Анестезіологія та травматологія

ПЕРЕЛОМ КІСТОЧОК ГОМІЛКОВО-СТОПНОГО СУГЛОБУ

*Лихобаба М.П., студ. 6-го курсу
Науковий керівник – доц. Шищук В.Д.
Сумський державний університет,
кафедра ортопедії, травматології та НС*

Перелом кісточок складає близько 60% всіх переломів кісток гомілки. В більшості випадків механізм травми непрямий, який підрозділяється на пронаційний та супінаційний.

При супінаційному переломі пошкоджується латеральна зв'язка чи виникає перелом латеральної та медіальної кісточок.

При пронаційному переломі (перелом Дюпюїтрена) пошкоджується дельтоподібна зв'язка чи перелом медіальної ОЛДДЖДЖЗЦЗЗЦкісточки на 5-7 см вище гомілкового суглобу з пошкодженням між гомілкового синдесмозу. Коли малогомілкова кістка прикрита на 2/3 великогомілковою, можливі помилки в діагностиці, а також і в лікуванні.

Отже, хороший функціональний результат лікування переломів кісточок багато в чому залежить від правильного вибору методу лікування, який повинен ґрунтуватися не тільки на клініко-рентгенологічній картині, але й від анамнезу виникнення травми. Диференційний підхід до хворих з переломом кісточок являється основою успіху лікування цієї часто зустрічаючої патології.

ВИЯВЛЕННЯ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

*Дрьомов А.М., клінічний ординатор
Науковий керівник – доцент Шищук В.Д.
Сумський державний університет,
кафедра ортопедії, травматології та НС*

Подібна клінічна картина таких дистрофічних захворювань колінного суглоба як гонортоз, обмежений асептичний остеонекроз та кістоподібна перебудова суглобових кінців кісток ускладнюють диференційну діагностику. Оскільки різні патологічні зміни при розвитку того чи іншого захворювання потребують диференційного підходу до призначеного лікування.

Серед відомих форм дистрофічного ураження колінних суглобів частіше зустрічається гонортоз, особливо після травми. Крім травм, до розвитку дистрофічного процесу приводе будь-яка анатомо-функціональна неповно-

цінність, обумовлена як вродженими порушеннями розвитку, так і перенесеними захворюваннями. В основі гонортоза лежать дистрофічні зміни суглобового хряща з вторинними компенсаторними пристосуваннями кісток у вигляді краєвид кісткових розростань та субхондрального склерозу суглобових поверхонь. Обмежений асептичний некроз та кістковидна перебудова суглобових кінців кісток є наслідком ішемічного пошкодження епіфіза стегнової кістки (рідше – наколінника) з послідуочими репаративними процесами, що протікають по різному.

Обстеження хворих з різними дистрофічними захворюваннями колінного суглоба з використанням клінічних лабораторних та рентгенологічних методів дало змогу уточнити ознаки як основного захворювання, так і супутніх змін зумовлених реакцією на патологічний процес, порушеної функцією. Дані, отримані при застосуванні допоміжних методів обстеження послужили для уточнення локалізації та розповсюдженості патологічних змін як у кістках, так і в м'яких тканинах.

ВИКОРИСТАННЯ ПОЗАВОГНИЩЕВОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ В ЛІКУВАННІ НАД ВИРОСТКОВИХ ПЕРЕЛАМІВ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ

***Ткаченко О.О., лікар-ортопед КУ СМКЛ №1
Науковий керівник – доцент Шищук В.Д.
Сумський державний університет,
кафедра ортопедії, травматології та НС***

Анатомічні особливості дистального відділу плечової кістки значно ускладнюють остеосинтез при переломах в цій ділянці, особливо при використанні занурених фіксаторів. Навіть якщо і є технічна можливість установки зануреного фіксатора, то такий остеосинтез не є стабільним та потребує додаткової гіпсової фіксації з іммобілізацією ліктьового суглобу. А це веде до його контрактур.

Враховуючи вище перераховане, ми пропонуємо використовувати апаратний метод фіксації таких переламів. В Сумському обласному ортопедо - травматологічному центрі розроблена методика поза вогнищевого остеосинтеза падвиросткових переламів плеча стрижньовими апаратами. Після репозиції в плечову кістку вводились стрижні, які фіксувалися до зовнішньої опори. Слід зазначити, що в дистальний фрагмент вводився лише один стрижень і цього було достатньо для стабільної фіксації. Після монтажу апарату хворому була накладена гіпсова шина на три тижні, котра декілька разів на день знімалась і хворий виконував пасивні рухи в ліктьовому суглобі.

Кафедра ортопедії та травматології СумДУ запропонована наступна схема апаратної фіксації. В дистальний фрагмент вводиться дві спиці котрі фіксувалися на півкільці апарата Ілізарова в проксимальний фрагмент вводилося два стрижня, котрі фіксувалися на стандартних затискачах до телескопі-

чної опори КДА Ілізарова, приєднаної до півкільця. Перевага такої схеми монтажу полягає в тому, що стрижнезатискачі дають змогу більш варіабільно розташовувати стрижні. Це спрощує техніку оперативного втручання.

ОПТИМИЗАЦИЯ СРАЩЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ

Крючко А.Н., студ. 5-го курса

Научный руководитель – доцент Шишук В.Д.

*Сумский государственный университет,
кафедра ортопеди, травматологии и НС*

Одной из актуальных проблем травматологии является лечение открытых переломов длинных трубчатых костей, где особое внимание следует уделить способам активизации репаративных процессов. Отсутствие четких общепринятых критериев тактики ведения больных, огромная вариабельность клинических случаев, различный уровень подготовки врачей, плохие отдаленные результаты (ампутации, остеомиелиты, ложные суставы) у 5-14% больных, лечившихся по поводу открытых переломов – все эти факторы дают нам основания высказать свое мнение по данному вопросу. Оценка значимости факторов в развитии осложнений открытых переломов, даже в схематичном, упрощенном виде помогает объективно и адекватно представить полную картину повреждения, прогнозировать вероятность развития посттравматических осложнений и на этой основе выработать правильную лечебную тактику. Порядок оказания помощи пострадавшим с открытыми переломами:

Первый уровень: оценка и лечение угрожающих жизни состояний (сердечно-легочная реанимация, выведение из травматического шока, ургентные операции по жизненным показаниям – операция на головном мозге по поводу его сдавления, операции при повреждении ОБП, ОГК и др.).

Если угрожающих состояний нет, то необходимо решать вопросы **второго уровня:** оценка состояния пораженной конечности, решение вопроса выбора между сохранной тактикой лечения или ампутации.

Адекватная ПХО, правильный выбор метода остеосинтеза, дифференцированный индивидуальный подход к постоперационному ведению пациента являются залогом успешного лечения открытых переломов.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Бхуллар Индердиип Сингх, студ. 6-го курса

Научный руководитель – доцент Шишук В.Д.

*Сумский государственный университет,
кафедра ортопедии, травматологии и НС*

Снижение тяжести последствий дорожно-транспортных происшествий представляет собой одну из сложных современных социальных, медицинских

и технических проблем. Для современного дорожно-транспортного травматизма характерной категорией повреждений стали политравмы. Целью настоящей работы является усовершенствование и стандартизация тактики ведения больных с тяжелой автодорожной травмой как на догоспитальном этапе, так и в условиях специализированного стационара. Под наблюдением Сумского ортопеда - травматологического центра за период с 1998г. по 2003г. находилось 355 потерпевших в ДТП, которые имели множественные повреждения, т.е. с политравмой. В лечении больных с политравмой на первое место выходит принцип: «жизнь - прежде всего» и алгоритм ведения таких больных будет следующим: спасение жизни > спасение органа > спасение функций органа. Важным моментом в оказании помощи больным с политравмой является своевременная экстренная первая помощь пострадавшим на месте происшествия. Комплексный первичный осмотр потерпевшего специалистами различного хирургического профиля – залог точной своевременной диагностики и выбора тактики ведения пострадавшего.

ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ НА ОСНОВЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА

*Новикова-Билак Т.А., Якубовская Т.В., Мелиховец О.К.
Сумской Государственный университет*

Диабетическая ретинопатия (ДР) – одно из наиболее тяжелых осложнений сахарного диабета I типа (СД I), приводящее к инвалидности значительной части больных. Различная скорость прогрессирования и тяжесть ДР диктуют необходимость поиска факторов риска ее возникновения и развития, практически с момента выявления основного заболевания.

Цель работы: на основе данных диспансерного наблюдения больных СД I выявить факторы риска возникновения или прогрессирования ДР.

Материалы и методы: Совместно с эндокринологом наблюдалось 174 пациента с длительностью СД I от впервые выявленного до 37 лет. У 22 чел. (70,1%) - тяжелая форма СД, у 52 (29,9%) - средней тяжести. Больные с терминальными стадиями СД I в исследование не включались. Стадии ДР оценивались по международной классификации (Kohner, Porta 1989). При первичном обследовании у 22 чел. изменений на глазном дне обнаружено не было, у 75 чел. - манифестная (ДР1), у 40- препролиферативная (ДР2), у 37- начальные пролиферативные изменения (ДР3).

Тяжесть и степень компенсации СД определялись по уровню гликемии натощак, гликозилированного гемоглобина (НвА1с) или фруктозамина (ФА), наличию глюкозурии, кетонурии, состоянию липидного обмена (исследовались общий холестерин (ОХС), β -липопротеиды (β -ЛП), триглицериды (ТГ). Стадия диабетической нефропатии (ДН, по Magenson) определялась с учетом

скорости клубочковой фильтрации (СКФ), наличия микроальбуминурии (МАУ) или неселективной протеинурии, уровня мочевины, креатинина сыворотки. Учитывались наличие и характер артериальной гипертензии.

Результаты исследований в целом подтвердили устоявшееся мнение о том, что по мере увеличения длительности СД увеличивается число больных с развитыми стадиями ДР. Вместе с тем, у 9 чел. ДР обнаруживалась уже на момент выявления СД, тогда как у 31 чел. при «стаже» заболевания более 10 лет изменения на глазном дне отсутствовали, либо выявлялась ДР1. Мониторинг 82 чел. (срок наблюдения 2-5 лет) показал, что при хорошей компенсации углеводного обмена (ФА 2,1-2,8; HbA_{1c} не более 7,0 ммоль/л) у пациентов без ДР и с ДР1 манифестация или прогрессирование ДР наблюдались в 6 случаях из 28 (21,4%), в то время как при отсутствии компенсации - в 22 случаях из 34 (64,7%). У больных с ДР2, ДР3 даже достижение оптимальных значений ФА или HbA_{1c}, регулярное медикаментозное лечение и лазеркоагуляция сетчатки были мало эффективны – стабилизации ДР удалось достичь только у 2 из 20 чел. (10%).

У 10 пациентов с ДР1 диагностирована ДН на стадии неселективной протеинурии, что свидетельствует о возможности более раннего поражения почек. Незначительные изменения липидного спектра крови выявлялись только у больных с ДР2 и ДР3. Риск возникновения и прогрессирования ДР увеличивался при наличии артериальной гипертензии, независимо от ее характера и этиологии.

Выводы: 1. Регулярное диспансерное наблюдение, детальный клинико-лабораторный скрининг в большинстве случаев позволяли выявить факторы риска возникновения и прогрессирования ДР, вместе с тем, показана возможность возникновения и прогрессирования ДР при хорошей компенсации метаболических процессов.

2. Необходим поиск дополнительных критериев риска возникновения и прогрессирования ДР при СД1.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

*Новикова – Билак Т.А. , Слепова О.С. *, Мелиховец О.К.*

Сумской Государственный университет, Сумы, Украина

**Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, Москва, Россия*

Цель работы: определение клинико – иммунологических факторов риска развития и прогрессирования диабетической ретинопатии (ДР) при сахарном диабете I типа (СД1), разработка системы раннего прогнозирования ДР.

Материалы и методы: В динамике (от 6 месяцев до 5 лет)наблюдался 221 больной СД1 без ДР и с различными стадиями ДР. Больные с терминаль-

ними стадіями СД в групу не включалися. Учитувалися ступінь тяжкості, характер течення, компенсація СД, стадія діабетическої нефропатії (ДН, по Magenson), наліччє і характер артеріальної гіпертензії (АГ).

Исследовали: скорость клубочковой фильтрации (СКФ), суточную микроальбуминурию (МАУ) или неселективную протеинурию, липиды крови (общий холестерин (ОХС), β -липопротеиды (β -ЛП), триглицериды (ТГ)), антитела к S- антигену сетчатки в сыворотке (СК) и слезной жидкости (СЖ), местный и системный цитокиновый статус (TNF- α , TGF- β 1, IL-1 β , IL-4 в СЖ и/или СК). У 99 больных исследовалась величина суммарной слезопродукции (ССП) при помощи теста Ширмера (ТШ).

Результаты: Прогностически неблагоприятные изменения, в большинстве случаев, выявлялись задолго до манифестации или усугубления патологического процесса на глазном дне, часто несмотря на проводимую эндокринологом и в целом, обеспечивающую компенсацию метаболизма, базисную терапию.

Определены прогностические критерии риска развития ДР: наличие МАУ или неселективной протеинурии, АГ, снижение ССП на обоих глазах, гиперпродукция в слезе и сыворотке TNF- α , в сыворотке – TGF- β 1; IL-1 β ; снижение IL-4 (<50 пкг/мл) в СК, появление в сыворотке IgM и /или IgG-антител к S-антигену сетчатки.

К факторам риска прогрессирования ДР отнесены, помимо вышеперечисленных: снижение ССП в динамике, выраженная асимметрия ССП на обоих глазах (разница более 10 мм), местная гиперпродукция ИФН- γ , усиление системных аутоиммунных реакций.

Риск возникновения и прогрессирования как ДР, так и ДН уменьшался при значительном снижении ОХС (ниже 4,7 ммоль/л), ТГ (ниже 1,0 ммоль/л) и β -ЛП (для пациентов до 30 лет – ниже 30 ед., старше 30 лет – ниже 35-45 ед.)

Выводы 1. Разработана многофакторная система раннего прогнозирования риска возникновения и прогрессирования ДР у больных СДІ.

2. Показана необходимость применения целенаправленной медикаментозной терапии у пациентов групп риска.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАКЦІЇ НИРКИ НА ІОНІЗУЮЧЕ ВИПРОМІНЕННЯ

Сікора В.В.

Науковий керівник - проф. Федонюк Я.І.

Кафедра ортопедії та травматології

Прикладна значимість проблеми очевидна під час вибору методів променевої терапії.

Експеримент проведений на 40 молодих щурах, яких на протязі місяця опромінювали на установці "ROCUS" в дози 0,1 Гр. Досліджувалася кіркова речовина нирки в електронному мікроскопі.

В усіх зонах кіркової речовини спостерігалися периваскулярні лейкоцитарні інфільтрати різного ступеню розвиненості. Виявлені контакти веретеноподібних фібробластів, що мали ознаки низьких біосинтетичних процесів, а також клітинних пар типу "макрофаг-фібробласт" з клітинами збірних ниркових трубочок, які мали ознаки деструкції плазмолемі і мітохондрій. Численну групу клітин строми склали інтерстиційні клітини. Серед виявляли два типи клітин: з гідропічно зміненою цитоплазмою і поліморфними ядрами (набряклими або пікнотично зміненими, без ознак активного біосинтезу), а також секреторно активні клітини, що контактували зі збірними нирковими трубочками, петлями Генле і прямими судинами мозкової речовини. В цих клітинах виявлялася велика кількість лізосом, поодинокі ліпідні гранули в цитоплазмі, що приводило до зменшення значень інтерстиційно-клітинного індексу, перевага еухроматину в ядрі, формування інвагінацій кареолеми.

Таким чином, опромінення організму призводить до посилення комплексаторних процесів в нирці, направлених на підтримку оптимального градієнта осмотичноактивних речовин.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВІДКРИТОГО, НАПВВІДКРИТОГО ТА ЗАКРИТОГО БЛОКУЮЧОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Васюк С.В., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – професор Рубленик І.М.

Буковинська державна медична академія

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії

Метою роботи було вивчення віддалених результатів блокуючого інтрамедулярного металополімерного остеосинтезу (БІМПО) при застосуванні нових і традиційних технологій заглибного остеосинтезу діафізарних переломів стегнової кістки.

З 1994 по 2003 рік у базових відділеннях кафедри травматології, ортопедії та нейрохірургії Буковинської державної медичної академії було виконано 268 операцій БІМПО стегнової кістки при переломах та їх наслідках (табл.1.)

Таблиця 1

Віддалені результати заглибного остеосинтезу діафізарних переломів стегнової кістки

Технологія остеосинтезу	Оцінка результатів						Всього
	добрі		Задовільні		Незадовільні		
	абс.	%	Аб	%	абс	%	
			с.		.		

Відкритий БІМПО	104	89,66	7	6,03	5	4,31	116
Напів-відкритий БІМПО	55	91,67	3	5,00	2	3,33	60
Закритий БІМПО	8		-		-		8
Відкритий пластинами	69	82,06	11	13,10	4	4,76	84
Всього	236	88,06	21	7,84	11	4,11	268

Отримані результати свідчать про те, що за найбільш важливими показниками – кількості добрих та задовільних результатів – закритий БІМПО є найбільш ефективним методом заглибного остеосинтезу.

ОЦІНКА СТАНУ КІСТКОВОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПЕДЖЕТА

*Молодан Д.В., Куфтеріна Н.С., Гладкова Г.О., Завгородня Н.І.
Науковий керівник - чл.-кор. АМНУ, д-р мед.наук,
проф. Гречаніна О.Я.*

*Харківський державний медичний університет
Кафедра медичної генетики*

Метою дослідження було вивчення клінічних проявів та особливостей стану кісткової системи у пацієнтів з раритетним онкогенетичним синдромом – хворобою Педжета (ХП).

Матеріали та методи: Обстежено чотири пацієнти з ХП у віці 7, 18, 24 та 33 років. Використані: соматогенетичне дослідження з синдромологічним аналізом, біохімічні, електрофізіологічні, ультразвукові, рентгенологічні, цитогенетичні методи дослідження, а також комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія (КТ та МРТ). Проведена оцінка соматичного, ортопедичного, неврологічного статусів.

Результати та обговорення: Соматогенетичне дослідження з синдромологічним аналізом дозволило діагностувати у трьох випадках (75%) локальну та в одному (25%) генералізовану форми ХП. При локальній формі у хворих виявлені зміни кісток мозкового та лицевого черепа, характерні для ХП. У разі генералізованої форми спостерігалася патологія кісток черепа, кінцівок, тулуба. Аналіз часу та характеру перших проявів хвороби показав, що ранньою високоінформативною ознакою є переломи кісток по типу “бананових”. Ми спостерігали множинний пухлинний ріст у хворого з генералізованою формою ХП, який був представлений остеохондромою лобної кістки з ознаками малігнізації, аденомою гіпофізу та пухлиною селезінки. Цитогенетичне дослідження виявило підвищений рівень хромо-

сомних аберацій від 3 до 9%. Важливе значення у діагностиці ХП мають КТ та МРТ, які дозволяють виявити характерні для цієї патології зміни кісток на ранньому етапі захворювання.

Висновки: Отримані дані підтверджують онтогенетичний характер хвороби Педжета, що потребує своєчасної її діагностики та розробки адекватної тактики ведення хворих, спрямованої на профілактику розвитку неопластичних процесів.

ЗМІНИ НЕРВОВИХ ВОЛОКОН ЗОРОВОГО НЕРВУ У ТВАРИН З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ АЛЕРГІЧНИМ ЕНЦЕФАЛОМІЄЛІТОМ

Мельник В.О., Мельник О.А.

Науковий керівник – проф. Жабосдов Г.Д.

*Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,
кафедра очних хвороб*

Експериментальний алергічний енцефаломієліт – це модель демієлінізуючого процесу, що здійснюється на лабораторних тваринах, в першу чергу, на лабораторних щурах і морських свинках. Дана модель застосовується для відтворення демієлінізуючих процесів на лабораторних тваринах з метою вивчення можливих засобів лікування цих захворювань.

Як відомо, одним з клінічних симптомів демієлінізуючих захворювань є погіршення зору, що виникає внаслідок оптичного неврити.

Метою нашої роботи було визначити наявність пошкоджень мієлінової оболонки нервових волокон зорових нервів у лабораторних тварин з індукованим експериментальним алергічним енцефаломієлітом, що дало б можливість більш ретельно вивчати способи покращення зорових функцій при демієлінізуючих захворюваннях.

Методика. На базі лабораторії нейроімунології НДІ Нейрохірургії було відтворено модель експериментального алергічного енцефаломієліту на 30 лабораторних щурах чистої лінії масою 200 ± 15 г. У всіх лабораторних щурів в більшому або меншому ступені ми спостерігали прояви демієлінізуючого процесу у вигляді дистального парепарезу, атонії хвоста, порушень сечовиділення і дефекації. На 17 добу з моменту індукції експериментального алергічного енцефаломієліту ми взяли матеріал у вигляді зорових нервів, поперекового відділу спинного мозку і потиличної кори головного мозку. Після фіксації, заливки в парафін, порізки і пофарбування препаратів еозином і гематоксиліном ми провели мікроскопічне дослідження отриманих зразків.

Результати. У всіх тварин, що їм було індуковано експериментальний алергічний енцефаломієліт, було при мікроскопії зразків встановлено зміни

поперекового відділу спинного мозку і потиличної кори головного мозку, що проявлялось у вигляді склеротичних бляшок; периваскулярних клітинних інфільтратів, що складаються з лімфоцитів, плазмоцитів і моноцитів, як в межах самої бляшки, так і поза неї; зон ремієлінізації у вигляді тонкого шару мієліну, що оточує аксони в зоні бляшки. Інтенсивність цих змін була неоднаковою у різних лабораторних щурів. Що стосується зорових нервів, то тут ми теж спостерігали склеротичні бляшки нервових волокон зорових нервів; периваскулярні клітинні інфільтрати, що складаються з лімфоцитів, плазмоцитів і моноцитів, як в межах самої бляшки, так і поза неї; зони ремієлінізації у вигляді тонкого шару мієліну, що оточує аксони в зоні бляшки, причому ці зміни були дещо менш виражені ніж у спинному мозку. Інтенсивність демієлінізуючих процесів зорових нервів чітко корелювалась з інтенсивністю демієлінізуючих процесів спинного мозку.

Висновки. Таким чином, нами встановлено можливість відтворення демієлінізації нервових волокон зорових нервів на лабораторних тваринах, що є дуже корисним з точки зору подальших досліджень з точки зору терапевтичного впливу на процеси демієлінізації зорових нервів.

**ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОПОРНОЙ ФУНКЦИИ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ
КОКСАРТРОЗОМ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ**

Зуб Т.А., студ. 4-го курса, Носивец Д.С.

Научный руководитель – ассист. Синегубов Д.А.

*Днепропетровская государственная медицинская академия,
кафедра травматологии и ортопедии*

Нами было изучено восстановление опороспособности нижних конечностей после ТЭП у больных с диспластическим коксартрозом одно- (1ДК) и двухсторонней (2ДК) локализации. Использовалась стандартная методика статометрии с одними напольными весами и двумя подставками. Измерения проводились до операции и в сроки через 2 недели, 2 месяца, 6 месяцев, и 12 мес после ТЭП. В группу 1ДК вошли 40 человек, трое мужчин и 37 женщин, возрастом от 19 до 69 лет (средний возраст – 47,6лет). В группу 2ДК вошли 39 человек, двое мужчин и 37 женщин, возрастом от 19 до 65 лет (средний возраст – 45,8 лет), 19 больным было выполнено двухстороннее ТЭП, средний интервал между операциями составил 12,3 месяца (6 – 36 месяцев). До операции опороспособность пораженной конечности (1ДК) или конечности, оперированной в первую очередь (2ДК) была снижена из-за выраженного болевого синдрома. Через 2 недели после операции нагружение конечности в обеих группах снижается, затем постепенно увеличивается и достигает нормального распределения через 1 год в группе 1ДК и через 6 месяцев в группе 2ДК, как после первой, так и после второй операции при двух-

стороннем эндопротезировании. Последнее наблюдение указывает в пользу того, что оптимальным интервалом при двухстороннем эндопротезировании является интервал 6 месяцев. **Выводы:** ТЭП тазобедренного сустава полностью восстанавливает опороспособность пораженного сустава; в группе 2ДК восстановление идет быстрее, чем в группе 1ДК; оптимальный интервал между операциями ТЭП при 2ДК – 6 месяцев.

ОСТЕОСИНТЕЗ ЭПИ-МЕТАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Василас Спиридон, аспирант
научный руководитель – проф. Герцен Г.
Киевская МАПО им. П.Л. Шупика,
кафедра ортопедии и травматологии №1*

У людей пожилого и старческого возраста с около-внутричелюстными переломами костей при системном остеопорозе стабильность традиционных способов остеосинтеза по системе АО снижена, в результате чего возникают осложнения в виде миграции, имплантатов.

Для предупреждения осложнений традиционных способов остеосинтеза около-внутричелюстных переломов костей по системе АО спонгиозными винтами, прямыми, углообразными, У больных с остеопорозом костной ткани нами применена методика предварительного введения костного цемента в ложе для имплантатов

При таких переломах костей применение металлоцементного остеосинтеза с традиционными имплантатами системы АО позволяет достигнуть стабильности остеосинтеза, повысить эффективность оперативного лечения пациентов

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ФУТЛЯРНОГО СИНДРОМА

*Шкутько Н.О.
Научный руководитель – доц. Мартинович А.В.
РБ, 6 ГКБ Минска, Городской клинический
Центр Травматологии и Ортопедии*

Острый футлярный синдром (ОФС) является одним из наиболее часто встречающихся осложнений при различных видах травм конечностей. Его удельный вес по данным различных авторов составляет до 30 % от всех повреждений конечностей .

Целью настоящего исследования явилась разработка алгоритма диагностики и лечения данной патологии.

Можно выделить группу ближайших тяжелых осложнений ОФС, которые развиваются в раннем посттравматическом периоде: ишемия и некроз дистальных отделов конечности, тромбозы и тромбоэмболии. Они имеют яркую клиническую манифестацию и могут привести к потере конечности или летальному исходу. Данные осложнения необоснованно часто расцениваются как единственные проявления собственно ОФС. В действительности это лишь проявления необратимой декомпенсированной стадии развития болезни. Субкомпенсация кровообращения в дистальных сегментах конечности может не отображать степень декомпенсации кровообращения и необратимости ишемии мягких тканей, в самом травмированном футляре.

На основании собственных клинических наблюдений (более 200 пациентов) мы предлагаем ряд тестов и шкалу оценки вероятности развития ОФС, которые позволят оптимизировать диагностику, улучшить результаты лечения и сократить сроки временной нетрудоспособности пациентов с данной патологией.

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ HALLUX VALGUS З ПОПЕРЕЧНИМ РОЗПЛАСТАННЯМ ПЕРЕДНЬОГО ВІДДІЛУ СТОПИ

Буштрук Андрій Миколайович

Науковий керівник - проф. Герцен Г.І.

Київська медична академія післядипломної освіти, м. Київ

Кафедра ортопедії і травматології №1

Серед ортопедичних захворювань досить поширена патологія стоп, зокрема - поперечна розпластанність переднього відділу в комбінації з вальгусною деформацією I-го пальця стопи.

У даній роботі акцентуємо увагу на кістково-пластичному усуненні вальгусної деформації I-го пальця з поперечною розпластанністю переднього відділу стопи, а саме на способі фіксації кісткових фрагментів з аутотрансплантантом після проксимальної остеотомії I-ї плюсневої кістки.

В даний час для фіксації кісткових фрагментів найчастіше використовують спиці, гвинти, скоби, металеві серкляжі в доповненні з гіпсовою іммобілізуючою пов'язкою у післяопераційному періоді.

Ми пропонуємо для широкого застосування в ортопедичній практиці метод фіксації кісткових фрагментів і утримання аутотрансплантанта пластиною з гвинтами.

Після операцій на м'яких тканинах у надкісточковій ділянці випилювали клиноподібний аутотрансплантант з розмірами клина від 4 до 7 мм, у залежності від ступеня необхідної корекції для приведення першої плюсневої кістки. З медіального доступу на 10 мм дистальніше щілини першого плесне-

клиноподібного суглоба виконували поперечну остеотомію першої плюсневої кістки. В щілину між фрагментами вводили кістковий аутоотрансплантант. І плюсневу кістку фіксували пластиною з гвинтами.

Висновки:

Стабільний метаталоостеосинтез I плеснової кістки ступні пластиною з гвинтами, дозволяє обійтись без іммобілізації кінцівки гіпсовою пов'язкою, скоротити строки реабілітації і працездатності пацієнтів.

ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КИСТИ НА ФОНЕ ЭНХОНДРОМ

Беспальчук А.П.

Научный руководитель – доц. А.И. Волотовский

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра травматологии и ортопедии

Энхондромы - это наиболее распространённые доброкачественные хрящобразующие опухоли костей кисти. Данным новообразованиям свойственно длительное бессимптомное течение. Нередко эти опухоли диагностируют на фоне патологических переломов, поражённых ими костей, возникающих в результате воздействия на кисть незначительной травмирующей силы. Некоторые хирурги считают, что это основная и наиболее частая причина обращения пациентов с вышеназванной патологией к врачам.

На стационарном лечении в отделении хирургии кисти 6 ГКБ, в период с 1985 по 2004 гг., находилось 139 больных с диагнозом солитарная энхондрома кисти в возрасте от 14 до 74 лет. Диагноз во всех случаях подтверждён гистологически. Патологические переломы костей кисти при данной патологии были диагностированы у 59 (42,4%) пациентов. В 9 случаях - со смещением отломков.

На госпитальном этапе все 59 человек с патологическими переломами подверглись оперативному лечению. По отношению к 41 пациенту применили раннюю оперативную тактику, а к 18 – отсроченную. Структура оперативных вмешательств при данной патологии была представлена следующим образом: внутриочаговая резекция энхондромы – 44, краевая резекция – 3, сегментарная резекция – 7, радикальная резекция (ампутация, либо экзартикуляция поражённого отдела пальца) – 5.

В работе приводится обоснование выбора тактики лечения патологических переломов костей кисти обусловленных энхондромами.

ОСТЕОСИНТЕЗ ЭПИ-МЕТАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ВСТРЕЧНО-КОМПРЕССИРУЮЩИМИ ВИНТАМИ

Белоножкин Г.Г., аспирант

Научный руководитель - зав. каф., проф. Г.И. Герцен

*Киевской медицинской академии последипломного
образования им. П. Л. Шупика*

Кафедра ортопедии и травматологии №1

Цель работы: создать новую конструкцию спонгиозных винтов для остеосинтеза около– внутрисуставных переломов костей.

Конструкция стандартных винтов характеризуется одинаковым диаметром резьбы на всём протяжении винта. Техника использования стандартных винтов системы АО включает сверление дрелью канала в кости, формирование в этом костном канале резьбы под винты с помощью стандартного метчика при этом метчиком, а также резьбой винта происходит частичное разрушение губчатой костной ткани в зоне фиксации винтом костных отломков. С учётом этого нами создано ступенеобразная форма спонгиозного винта, при которой предусмотрено применение свёрел и метчиков меньшего диаметра для сохранения целостности губчатой костной ткани.

Результаты исследований показали, что сравнительные прочностные характеристики фиксации фрагментов трупной спонгиозной ткани с помощью винтов ступенеобразной конструкции достоверно превышают аналогичные показатели сравнительно с винтами стандартной конструкции системы АО.

Математические расчёты и биомеханические опыты показали преимущества винтов ступенеобразной формы для остеосинтеза около– внутрисуставных переломов длинных костей. Такая конструкция спонгиозных винтов создаёт условия для стабильного остеосинтеза – основного требования хирургического лечения переломов костей.

ОСТЕОСИНТЕЗ ЭПИ-МЕТАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Афшин Форух Насираи, аспирант

Научный руководитель – зав. кафедры, проф. Герцен Г.И.

*Киевская медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев*

Кафедра ортопедии и травматологии №1

Цель работы: изучить эффективность остеосинтеза переломов проксимального конца бедренной кости в пожилом и старческом возрасте, предложить способы остеосинтеза таких повреждений, повышающих эффективность лечения.

У людей пожилого и старческого возраста с переломами проксимального конца бедренной кости при системном остеопорозе стабильность традиционных способов остеосинтеза по системе АО снижена, в результате чего возникают осложнения в виде вторичного смещения костных отломков, деформаций, псевдоартрозов, асептического некроза головки бедренной кости.

Для предупреждения осложнений традиционных способов остеосинтеза переломов проксимального конца бедренной кости по системе АО спонгиозными винтами, пластинами, динамическим винтом у больных с остеопорозом костной ткани нами применена методика предварительного введения костного цемента в ложе для имплантатов.

Применение металлоцементного остеосинтеза с традиционными имплантатами системы АО при таких переломах костей позволяет достигнуть стабильности остеосинтеза, предупредить развитие осложнений, повысить эффективность оперативного лечения пациентов.

Профілактична дисципліна

ТЕРМОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ РОДА ШИГЕЛЛА, ЦИРКУЛИРУЮЩИХ В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ

Балан Т.В.

*Научный руководитель – ст. препод. Галушко Н.А.
СумГУ, кафедра социально медицины и общей гигиены*

Цель исследования — определить отношение бактерий рода *Shigella* spp. к температурному фактору.

Объективно. Изучали устойчивость 124 штаммов шигелл к нагреванию при 70° С в течение 1-45 мин. Согласно Кругловой Ю.В., термочувствительными считались штаммы, погибавшие после 3-мин прогревания, средне чувствительными – штаммы, выдерживавшие прогревание на протяжении 5-15 мин. Штаммы, которые погибали после 30-45 мин прогревания, относили к терморезистентным. В наших исследованиях 79% всех изолятов сохранили способность к росту и размножению даже после 45 мин прогревания при 70° С. 9% *S.flexneri* показали среднюю чувствительность к температурному фактору (погибали после 15-мин прогревания). 27% штаммов *S.flexneri* и 5% штаммов *S.sonnei* погибали после длительного прогревания. Среди *S.flexneri* в 1996-2000 гг. преобладали (81,7%) среднечувствительные изоляты.

Выводы: В популяции циркулирующих в настоящее время шигелл обоих видов преобладают штаммы, высоко устойчивые к действию температурного фактора. Эти биологические особенности позволяют микроорганизмам сохранять жизнеспособность при термической обработке пищевых продуктов, что вызывает необходимость пересмотра режимов пастеризации, например, молока и молокопродуктов.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ ШТАММОВ ШИГЕЛЛ

Денисенко А.В., студ. 3-го курса

Научный руководитель – ст. преподаватель Галушко Н.А.

СумГУ, кафедра социально медицины и общей гигиены

Цель исследования — оценить распространенность в бактериальной популяции резистентных штаммов шигелл.

Объективно. Изучено 124 штамма *Shigella* spp., изолированных в 2002-2003 гг. Установлено, что все изоляты шигелл в той ли иной степени устойчивы к действию ампициллина, тетрациклина, карбенициллина, доксициклина, эритромицина, рифампицина, фузидина. Кроме того, все изоляты *S.flexneri* устойчивы к стрептомицину и тетрациклину. Выявлены и другие достоверные видовые различия в уровнях резистентности *S.flexneri* и *S.sonnei*. Обращает на себя внимание быстрота приобретения микроорганизмами резистентности к действию антибактериальных препаратов. Так, 25% всех изолятов *S.flexneri*, выделенных в 1996-2000 гг., были чувствительны к гентамицину, в 2002-2003 гг. эта доля уменьшилась вдвое. До 68% штаммов *S.flexneri*, выделенных 4-5 лет назад, обладали выраженной чувствительностью к хлорамфениколу, в настоящее время чувствительность к этому препарату отмечается у 18% изолятов этого вида шигелл. В 1996-2000 гг. все штаммы *S.flexneri* были чувствительны к рифампицину, все выделенные в последние годы изоляты оказались высоко устойчивыми к этому антибиотику. Все изоляты 1996-2000 гг. были чувствительны к фторхинолонам (абакталу/пепфлоксацину, ципрофлоксацину, норфлоксацину), в настоящее время доля чувствительных к ФХ (ципробай/ ципрофлоксацин, офлоксацин) штаммов упала до 70-80%. Определены МПК₅₀ офлоксацина и макропена (соответственно 0,035 и 0,015 мг/л).

РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОКЛЮША НА УКРАИНЕ В ПЕРВУЮ ПОЛОВИНУ XX СТОЛЕТИЯ

Васильева Е.Г., Васильев Ю.К., студ. 6-го курса

Руководитель – проф. Васильев К.К.

СумГУ, кафедра социально медицины и общей гигиены

В распространении коклюша на Украине в XX столетии можно выделить два периода: до введения в практику здравоохранения средств специфической профилактики этой болезни (1959 – 1960 гг.) и после этого.

Согласно опубликованным официальным данным о заболеваемости детскими инфекциями на Украине и литературным материалам (Бирковский, К.Г. Васильев, С.М. Экэль и др.) заболеваемость коклюшем регистрировалась на всей территории Украины и колебалась в пределах от 30-40 до 300-430 на 100 000 населения. Причем, как отмечают авторы, в заболеваемости наблюдалась определенная периодичность (цикличность): чередование подъемов и спадов в распространении болезни. Крупные подъемы в заболеваемости коклюшем имеет место в 1902, 1912-1913, 1923-1924, 1929-1930, 1950, 1955 гг.

Заболеваемость коклюшем имела выраженную летнюю сезонность. Подъем заболеваемости начинался в июне-июле и достигал своего максимума в июле-августе. Заболеваемость регистрировалась главным образом среди детей в возрасте до 5 лет.

Перелом в распространении коклюша наступил в 60-х годах, когда начинается плановая иммунизация против этой болезни.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ В 2002 ГОДУ

Кулик А.М., студ. 6-го курса

Руководитель – проф. Васильев К.К.

СумГУ, кафедра социально медицины и общей гигиены

Нами были проанализированы региональные особенности здоровья населения Украины. Анализ проводился по 3 обл. – Сумской, Тернопольской, Николаевской. Расчеты велись по данным за 2002 г. Комплексная оценка здоровья населения производилась по формуле: $НП_1 + НП_2 + НП_n$. Затем полученная сумма делилась на количество учитываемых показателей (12). Были взяты следующие показатели (на 100 тыс. населения): общая смертность (на 1 тыс. - Укр.-15,7; Сум.-18; Терн.-14,1; Ник.-16,1), младенческая смертность (10,3-10,0-10,8-7,5), перинатальная смертность (6,9-6,0-7,0-4,8), ВИЧ-инфицирование (15,3-4,4-2,3-38,1), заболеваемость СПИДом (2,27-1,15-0,4-

4,1), расстройства психики (на 1 тыс.-24,6-24,7-27,5-22,5), алкоголизм (107,1-71,4-113,2-69,4), наркомания (23,1-10,3-6,0-45,1), первичная заболеваемость: туберкулезом (75,3-55,9-56,6-100,2), сифилисом (63,5-50,3-40,8-77,4), гонококковой инфекцией (46,3-98,6-78,8-61,4), онкологическими заболеваниями (320,5-319,9-291,7-366,1). Результат НП: по Сум.обл. – 0,88, по Терн.обл. – 0,81, по Ник.обл. – 1,27. А.М.Голяченко (1993) была предложена шкала оценок (НП>1-неудовлетворительный уровень; НП 0,9-1,0 – удовлетворительный; НП<0,9 – выше удовлетворительного). По этой шкале Сум. и Терн.обл. имеют показатель здоровья выше удовлетворительного, а Ник.обл.- неудовлетворительный. Наши данные подтверждают выводы А.М. Голяченко о том, что имеются региональные особенности здоровья населения Украины. Однако полученные нами данные несколько отличаются от данных этого автора (Сум.-0,92; Терн.-0,84; Ник.-0,95). Это лишний раз доказывает, что на комплексную оценку общественного здоровья населения влияет перечень и количество взятых показателей.

У ИСТОКОВ АПТЕЧНОГО ДЕЛА СУМЩИНЫ

Васильев К.К.

СумГУ, кафедра социально медицины и общей гигиены

В 1701 г. последовало Высочайшее повеление – дозволить учредить желающим 8 частных или вольных аптек в Москве. И держать и продавать в тех аптеках всякие лекарства и лекарственные спирты, и иные к тому принадлежащие потребные и целительные напитки, а виноградного или иного нелекарственного питья в тех аптеках не держать, и в чарки, и в кружки, и в ведра и бочками того питья не продавать, и тем питьем не торговать. А покупать в те аптеки всякие лекарства за морем и у города Архангельского и в Азове граде. А для того, что бы открыть аптеку надо получит соответствующее разрешение и держать аптеку могут всяких чинов люди, как из русских людей, так и иноземцы (Полное собрание законов Российской империи. Соб. 1-е. – СПб., 1830, т. 4, с. 177: № 1879).

В 1721 г. законодательство снова обращается к вольным аптекам. 14 августа этого года состоялось Высочайшее повеление, в котором говорится – в Санкт-Петербурге и в губерниях, и в провинциях аптеки дозволить содержать вольные, против того, как и в Москве, такие аптеки обретаются. Указывалось так же на вспоможении приискивающим медикаменты. Ежели, где в губерниях и провинциях явятся какие лекарственные вещи, и для прииска или свидетельствования их из Медицинской канцелярии кто прислан будет, то и в губерниях и в провинциях генерал-губернаторам и губернаторам и воеводам в том им помогать, и запрещения никакого не чинить (ПСЗРИ. Соб. 1-е. – СПб, 1830, т. 6, с. 412-413, № 3811).

Таким образом, в 1721 году было разрешено **«и в провинциях аптеки дозволить содержать вольные»** и создаваться они должны были по об-

разу и подобию московских вольных аптек. Здесь нужно подчеркнуть – вольные, то есть частные аптеки, так как в Империи были еще, как тогда говорили, казенные аптеки, а сейчас мы бы сказали государственные.

Тогда же, в начале XVIII века, было положено начало регламентации торговли ядовитыми и сильнодействующими средствами. Так в 1731 г. состоялось постановление, воспрещающее продажу мышьяка в Москве и во всем Государстве в рядах, в лавках и на торжках и предоставляющая продажу его аптекам. А в которых городах аптек нет, в тех покупать из таможен. При этом разрешалось в аптеках мышьяк продавать «смотря по людям». Знатным людям, которым можно верить, с запискою, а прочим, кроме уездных, с запискою ж и с поруками. И при той продаже у всех спрашивать, кому и на какие потребности тот мышьяк будет надобен. А уездным людям приносить письма за руками своих помещиков, а где помещиков нет, за руками приказчиков или старост, или приходских попов, в которых писать именно, на какую потребу и сколько надобно. По таким письмам продавать, усматривая по нужде (ПСЗРИ. Соб. 1-е. – СПб, 1830, т. 8, с. 378-379, №5691). Затем в 1733 г. постановление это распространено и на продажу сулемы, цилибухи (чилибухи), „крепкой водки“, „купоросного и янтарного масла“. Запрещено было продавать в рядах (гостиных дворах), лавках и на торжках эти вещества, а только одним аптекам, а где их не было, городским ратушам с приведенными предосторожностями в указе 1731 г. (ПСЗРИ. Соб. 1-е. – СПб, 1830, т. 9, с. 12-13, №6304).

В Российской империи был открыт доступ к фармацевтическому образованию всех сословий, без различия звания. Это нашло отражение в том, что в 1736 г. был принят закон, допускающий в аптекарские ученики детей разных чинов людей, состоящих в ведомстве Медицинской канцелярии, как-то: детей разсылщиков, работников, солдат, выученных чтению и письму (ПСЗРИ. Соб. 1-е. – СПб, 1830, т. 9, с. 1007-1008, №7128).

Итак, в первой половине XVIII века появилась законодательная база, на основе которой стали открываться вольные аптеки и на Сумщине.

Аптекарь Яков Маркович открыл первую вольную аптеку в Глухове в 1743 г.

РОМЕНСКИЙ, НЕДРИГАЙЛОВСКИЙ И СУМСКОЙ УЕЗДНЫЙ ЛЕКАРЬ ТИМОФЕЙ ИВАНОВИЧ ПОЛЕТИКА

(ок. 1738 г. – до 1812 г.)

Васильев К.К.

СумГУ, кафедра социально медицины и общей гигиены

Он родился в Ромнах и приходится доктору медицины, проф. И.А. Полетике (1726-1783) двоюродным братом. Их отцы были родные братья - значковый товарищ Лубенского полка Иван Павлович Полетика и значковый

товарищ того же полка, а затем бунчуковый товарищ Андрей Павлович Полетика (ок. 1692 – 1773).

Тимофей учился до риторики в семинарии Троицко-Сергиевской лавры. С 1757 г. ученик госпитальной школы Петербургского генерального госпиталя. В 1759 г. стал подлекарем, а через два года – в 1761 г. – лекарем.

8/19 апреля 1762 г. лекарь Полетика послан был для пользования больных в Фридрихсгамский гарнизонный полк. 9/20 ноября 1762 г. возвращен в Петербургский адмиралтейский госпиталь. 9/20 апреля 1771 г. определен к Главному самарскому госпиталю для пользования больных военнослужащих. 4/15 декабря 1771 г. взят в Полтаву к гаупт-квартире князя В.М. Долгорукова. 5/16 ноября 1772 г. послан в Сечь для прекращения моровой язвы и для пользования в Новосеченском ретраншамене бывших при госпитале больных, по прекращении моровой язвы возвратился в Полтаву. 10/21 мая 1773 г. командирован для пользования больных в Самарский госпиталь. 8/19.06.1775 г. переведен с больными Самарского госпиталя в Голтвянский госпиталь. 6/17 января 1776 г. определен в Азовский пехотный полк и исполняющим должность главного лекаря при корпусе в Крыму.

Наконец, в возрасте около 45 лет Т.И. Полетика переходит на гражданскую службу и возвращается в свой родной город. 27.01/7.02.1782 г. получил место роменского уездного лекаря. 27.01/7.02.1784 г. переходит в Недригайлов, а 24.06/5.07.1791 г. – занял место сумского уездного медика. Известно, что еще в 1809 г. он служил в Сумах, но был «за старостью к службе совсем неспособен». Значит, он был еще на службе, когда ему было около 70 лет, и на территории теперешней Сумской обл. проработал он около четверти века. Где-то здесь и скончался, возможно и в Сумах.

Имел звание штаб-лекаря (с 24.04/5.05.1784 г.), дослужился до чина коллежского асессора (31.12.1797/11.01.1798), последний орден – св. Владимира 4-ой степени (26.06/8.07.1809).

Добавим, что женат был на Евфросинии Марковне Кислой, дочери колл. асессора. Было у него три сына и четыре дочери. Больше известно о его сыне Якове (1780, Ромны - ?), который служил чиновником (Сумы, Лебедин, Харькове, Недригайлов) и от отца наследственных в слободе Ольшаной Лебединского уезда, где жил в отставке, всего муж. 2 и жен. 1 души (данные на 1822 г.).

К ИСТОРИИ ПРЕБЫВАНИЯ А.П. ЧЕХОВА В УСАДЬБЕ ПОМЕЩИКОВ ЛИНТВАРЕВЫХ НА ЛУКЕ

Васильев К.К.

СумГУ, кафедра социально медицины и общей гигиены

Авторы, описывающие летний отдых семьи Чехова на Луке под Сумами, не обходят вниманием владельцев имения - Линтваревых. При этом приводится свидетельство сестры писателя Марии Павловны, которая, вспоминая

Линтваревых, писала постоянной своей корреспондентке из Сум К.В. Калиниченко: «**Семья была весьма передовая и революционная**».

Однако читатели, так и остаются в неведении какому политическому течению симпатизировали члены семьи Линтваревых.

Прояснить этот вопрос может справочник Милана Михайловича Боиовича «Члены Государственной думы. Портреты и биографии. Созыв 1-й», изданный в 1906 г. в Москве. На стр. 38 читаем: Линтварев Георгий Михайлович. Родился в 1865 г. Кон.-демократ. Губернский гласный (уже три четверлетия). Окончил Харьковское реальное училище. На земском поприще известен как ярый противник правых элементов. Ни одна комиссия не обходилась без его участия.»

Таким образом, Г.М. Линтварев, избранный в Первую Государственную думу, был кадетом, членом конституционно-демократической партии – политической партии, которая представляла левое крыло русского либерализма. Линтварев ну ни как не мог быть одновременно и либералом, и революционером - все эти эсеры / социалисты-революционеры, социал-демократы / большевики с меньшевиками и иже с ними.

Семья Линтваревых была, безусловно «передовая», но не «революционная». Остается добавить, что Мария Павловна Чехова писала свое письмо в 1936 г., что объясняет «революционность» Линтваревых, и нам понятна не критичность советских чеховедов к этому свидетельству.

ПОДВИГ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ Н.Т. ВОЛКОВОЙ

Чернобров И.В.

СумГУ, кафедра социально медицины и общей гигиены

Надежда Терентьевна Волкова родилась в 1924 г. Начало ее жизненного пути обычное для юношей и девушек этого возраста. В 1936 г. семья переехала в Конотоп из Харькова. Надя училась в школе. В июне 1941 г. ей исполнилось 17 лет, но впервые не отмечали день рождения – прошло два дня как фашисты развязали кровопролитную войну.

Когда враг подходил к Конотопу, ее семья была эвакуирована в Мордовию. Вскоре ушел на фронт отец, а Надя стала учиться на краткосрочных курсах медицинских сестер. Окончив их, работала в госпитале, но в свободное от дежурств время постоянно принимала участие в концертах для раненых воинов, лица которых теплели от песен молодой медицинской сестры.

Но Наде Волковой казалось этого мало. Она узнала, что в Москве в специальной школе готовят разведчиков для работы в тылу врага. Это было ее мечтой еще со школьных лет, когда увлеклась героизмом чапаевской Анки-пулеметчицы. Подала соответствующий рапорт и вскоре приступила к занятиям в школе. Дни учебы пролетели очень быстро. В октябре 1942 г. она была утверждена связной секретаря Харьковского обкома комсомола и вместе с четырьмя членами нового его состава переправлена самолетом через

линию фронта в лес возле г. Волчанска, где находился один из партизанских отрядов. Однако, ввиду неудачного приземления, у секретаря обкома комсомола оказались сломанными обе ноги. Его перенесли в землянку, где он вынужден был лечиться.

Задание у прибывших патриотов, как центра подполья Харькова, было ответственным и сложным, так как члены первого подпольного обкома комсомола погибли от рук фашистов в феврале 1942 г. Необходимо было проводить дальнейшую работу среди населения на оккупированной территории, организовывать молодежь на борьбу с врагом. Надя, как и другие подпольщики, ходила в окрестные населенные пункты, распространяла листовки, проводила среди жителей беседы. Она не боялась опасности и умела доходчиво объяснять сложившуюся ситуацию в борьбе с немецко-фашистскими захватчиками.

Но фашисты узнали о месте дислокации партизанского отряда и стали подтягивать силы. 27 ноября 1942 г. отряд, состоявший из 17-и патриотов, был окружен карателями. Партизаны приняли решение разделиться на две группы. Большая группа стала прорываться из окружения с боем, а другая, в которой находилась храбрая медсестра и связанная Надя Волкова, прикрывала своих товарищей. В этом бою погибли все из ее группы, но Надя продолжала бой, вела огонь из землянки. Уничтожила много фашистов, но остальные, когда стрельба утихла, окружили землянку тесным кольцом. Хотели взять Надю живой, но она последнюю автоматную очередь из оставшихся патронов направила на себя. Отдала предпочтение смерти над пленом.

В 1965 г. Надежде Терентьевне Волковой присвоено посмертно звание Героя Советского Союза. На ее могиле в Волчанске и в парке Победы в Харькове установлены памятники мужественной героине. Ее имя носят средняя школа Конотопа, где она училась, и одна из улиц в Волчанске.

К ИСТОРИИ ЖУРНАЛА «ВІСНИК СУМСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ»

Сивцова Е.В.

Сумский государственный университет

Научный журнал «Вісник Сумського державного університету» основан в 1994 г. Университет является учредителем и издателем этого журнала. Статьи, размещенные в журнале, публикуются на одном из трех языков: украинском, русском, английском. Объем журнала – до 15,75 условно-печатных листов, тираж 100-300 экз. Распространяется журнал в соответствии со списком специальной рассылки и выборочно по вузам Украины.

До 1999 г. каждый выпуск журнала состоял из пяти разделов, каждый из которых позднее перерос в серию: естественные науки: математика, физика, химия, механика; машиностроение, новые технологии; биология и медицина; экономика; социально-гуманитарные науки. В 1999 г. «Вісник СумДУ. Серія: Медицина» впервые вышел отдельным номером. Изменилась и периодичность журнала. Начиная с 2001 г. каждая из серий, в том числе и серия «Медицина», выходят два раза в год.

В журнале публиковали свои статьи преподаватели, аспиранты и студенты СумГУ, а так же сотрудники других научных и учебных учреждений как Украины (вузы - Запорожье, Ивано-Франковск, Луцк, Полтава, Тернополь, Ужгород, Харьков, Черновцы; академии последипломного образования – Киев, Харьков, Запорожье; Институт дерматологии и венерологии АМН Украины, г.Харьков; Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины; Институт нейрохирургии АМН Украины; Институт терапии АМН Украины, г.Харьков; Институт урологии, г. Киев), так и других стран (ун-т г.Муглы, Турция; Тартуский ун-т, Эстония; Дюссельдорфский ун-т, ФРГ).

В таблице приведено распределение опубликованных в журнале статей по годам, подготовленных сотрудниками СумГУ, учеными других учреждений и написанных совместно.

Год	Количество статей			
	всего	написанных сотрудниками СумГУ	Написанных, Сотрудниками др. организаций	совместное авторство
2004	83	40	25	18
2003	74	30	31	13
2002	69	32	26	11
2001	103	30	54	19
2000	27	16	7	4
1999	46	30	10	6
1998	8	6	1	1
1997	4	4		
1996	18	13	1	4
1995	8	5	2	1
1994	12	5		7

ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ОРГАНІЗАЦІЇ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНИХ ЗАКЛАДАХ

Калиниченко І.О.

Сумський державний педагогічний університет

ім. А.С.Макаренка

Кафедра спортивної медицини і валеології

Найбільш доступною і ефективною формою масового зміцнення здоров'я дітей і підлітків протягом навчального року є раціонально організоване фізичне виховання (ФВ). Розроблено і впроваджено програму гігієнічної оцінки ефективності ФВ у загальноосвітніх навчально-виховних закладах (ЗНВЗ). Спільно з фахівцями обласної СЕС обстежено 88 шкіл Сумської області.

За даними дослідження розміщення спортивних залів і майданчиків відповідає гігієнічним правилам у 68,67% ЗНВЗ області. Виявлено недоліки, які пов'язані з недостатнім оснащенням спортивним обладнанням та інвентарем у 5,13% шкіл. Навчально-виховний процес ФВ у школах відбувався у 20% випадків з недотримання норм мікроклімату і освітлення. Введено третій урок ФВ у молодших класах 88% обстежених ЗНВЗ, проте старшокласники мають третій урок ФВ тільки у 4,26% обстежених шкіл. На сьогодні практично призупинені заняття із спеціальними і підготовчими медичними групами: у 67,11% шкіл області заняття не проводяться взагалі. Серед причин, що перешкоджають профілактиці виникнення “шкільної патології” і реабілітації дітей визначено: відсутність кваліфікованих фахівців-реабілітологів, відсутність матеріальної підтримки, бази для занять, низьким рівнем медичного контролю організації ФВ з боку медичних працівників. Аналіз виявлених типових дефектів умов і організації фізичного виховання у школах дозволив визначити як об'єктивні, так і суб'єктивні причини складної ситуації і розробити систему заходів щодо оптимізації санітарно-гігієнічного забезпечення фізичного виховання школярів області.

ВІКОВА ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМНОГО КРОВООБІГУ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Латіна Г.О.

*Науковий керівник – канд.мед.наук, доцент Калиниченко І.О.
Сумський державний педагогічний університет ім. А.С.Макаренка
Кафедра спортивної медицини і валеології*

Відомо, що адаптація до комплексу специфічних факторів сучасних загальноосвітніх навчально-виховних закладів є складним соціально-психофізіологічний процесом, що супроводжується значним напруженням серцево-судинної системи (ССС). Обстежено 852 учні (417 – хлопців, 435 –

дівчат) 6 – 17 років, трьох вікових груп: молодшого (6-10 років), середнього (11 – 14 років) і старшого (15 – 17 років) шкільного віку. Дослідженням установлено, що у цілому, серед обстеженого контингенту 52% дітей і підлітків мають функціональні відхилення за різними нозологічним формами, в тому числі 16,3% - порушення діяльності ССС, з них у 46,5% учнів визначається стійке підвищення артеріального тиску.

Середні значення САТ, ДАТ мають вікову тенденцію до зростання, на противагу ЧСС, яка з роками знижується. Встановлено, що статеві відмінності впливають тільки на величину САТ ($p < 0,05$). У старших вікових групах спостерігається вірогідно вищий рівень периферичного опору судин, ніж у молодшій.

З процесами статевого дозрівання пов'язані вузлові моменти перебудови гемодинамічної системи. Результати досліджень показали, що першим вузловим віком є 9 років, коли у дівчат і хлопців підвищується САТ, як результат ранньої пубертатної активації. При цьому гіперфункція гіпоталамо-гіпофізарної системи супроводжується, до досягнення статевої зрілості, переважно пресорними ефектами на судини, головним чином на артеріоли і капіляри, що є основними механізмами підвищення АТ у підлітків.

ОЦІНКА ВПЛИВУ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ТУЛУБА НА СТАН ПОСТАВИ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ

*Мороз Л.В., аспірантка СумДПУ ім. А.С.Макаренка
Науковий керівник – канд.біол.наук, доцент Єжова О.О.
СумДПУ ім. А.С.Макаренка*

Кафедра біологічних основ фізичної культури

Обстежено 312 дітей віком від 6 до 9 років. Весь контингент за фізіологічним принципом було розподілено на дві вікові групи: молодша група – діти першого дитинства (6-7 років), старша група – діти другого дитинства (8-9 років).

В ході дослідження визначались параметри: силова витривалість м'язів спини, правосторонніх та лівосторонніх м'язів тулуба, черевного пресу, а також рухливість хребта назад, праворуч та ліворуч за загальноприйнятими методиками. Для з'ясування впливу зазначених показників на стан постави використано імовірнісний підхід.

Встановлено, що найбільший дольовий вплив (у%) на формування постави у молодших школярів мають показники: рухливість хребта назад (20,5%), ліворуч (17,0%) та силова витривалість правосторонніх м'язів тулуба (25,3%). Найменше (3,1%) стан постави в цьому віковому періоді залежить від рухливості хребта праворуч.

Виявлені віково-статеві особливості впливу досліджуваних показників. Для дітей молодшої вікової групи провідний показник спільний - це силова витривалість м'язів спини (по 47,7%). У дітей старшої групи провідні показ-

ники різні, у хлопчиків – силова витривалість м'язів спини (35,0%) та рухливість хребта праворуч (32,9%); у дівчаток - рухливість хребта назад (59,9%).

Таким чином, формування постави у молодших школярів різного віку і статі визначається гетерохронізмом розвитку опорно-рухового апарату. А саме, на різних етапах онтогенезу найбільший дольовий вплив на стан постави має слабкіша за силовими показниками м'язова група.

ПОВЕРХНЕВА ГЕРМЕТИЗАЦІЯ КОМПОЗИТНИХ РЕСТАВРАЦІЙ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ ЗУБІВ

Карпець Л.М.

Науковий керівник – проф. Куцєвляк В.Ф.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Кафедра терапевтичної і дитячої стоматології

Проблема довготривалого збереження щільного крайового прилягання пломб залишається актуальною і на сьогоднішній день. Бічні зуби несуть досить значне жувальне навантаження, тому і матеріали для їх відновлення повинні бути достатньо міцними, мати хороші механічні властивості. Такими матеріалами є гібридні композитні матеріали. Поверхневі силанти щільно ізолюють поверхню матеріалу від проникнення харчових пігментів, виділяють фтор, ліквідують мікроскопічну боріздку на межі пломба-зуб, забезпечують карієспрофілактичний ефект.

Вивчено якість реставрації жувальних зубів вітчизняним композитним матеріалом Кромлайт-із застосуванням методики постбондингу та без її застосування. Виконано 189 реставрацій у 94 пацієнтів віком від 18 до 65 років. Клінічну оцінку шляхом візуального та інструментального огляду всіх реставрацій проводили за критеріями Ryge та Snyder: анатомічна форма, крайове прилягання, шорсткість поверхні.

У результаті клінічних досліджень доведено, що поверхневі силанти не впливають на збереження анатомічної форми реставрацій. Проте, застосування методики постбондингу значно покращує якість крайового прилягання пломб та перешкоджає появі шорсткості на поверхні пломб, що далі попереджає виникнення вторинного карієсу. Проведені дослідження підтверджують доцільність застосування вітчизняного гібридного композитного матеріалу Кромлайт методикою постбондингу – для відновлення бічних зубів та подовження строку експлуатації пломб.

З М І С Т

ТЕОРЕТИЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

<i>Янчик Г.В., доц., Гарбузова В.Ю., СумДУ</i>	
Психофізіологічні механізми захисту організму людей.....	
<i>Басова Т.В., Калуцька Н.Г., СумДУ</i>	
Частота виявлення носійства грибів роду <i>candida</i> серед новонароджених.....	
<i>Басова Т.В., Карпенко Л.І, Шилова О.С., Панченко О.О., СумДУ</i>	
Особливості кандидоносійства у жінок в післяпологовий період.....	
<i>Сніцарь Н. А., член МАН</i>	
Порівняльна характеристика методів діагностики вірусних гепатитів В	i
С.....	
<i>Голубнича В.М., СумДУ</i>	
Визначення чутливості до основних антимікотиків у грибів роду <i>candida</i>	
<i>Лобанов О.О., студ., СумДУ</i>	
Виявлення антитіл до ВІЛ в крові донорів, як метод профілактики СНІ-	
Ду.....	
<i>Высоцкий И.Ю., СумГУ</i>	
Особенности сорбции эпихлоргидрина углеродными энтеросорбентами и некоторыми производными сополимеров N–винилпирролидонмалеинового ангидрида в опытах <i>in vitro</i>	
<i>Висоцький І.Ю., СумДУ</i>	
Роль деяких метаболітів арахідонової кислоти у патогенезі токсичного пошкодження печінки леткими компонентами епоксидної смоли	
ЕД-	
20.....	
<i>Наумко Р.Ф., ассистент, СМДУ</i>	
Динаміка змін вмісту води, макро- та мікроелементів у стінках кровоносних судин щурів за умов гіперадреналінемії.....	
<i>Михайлова Т.І., ст. викладач, СумДУ</i>	
Оцінка психофізіологічної придатності борців до ефективного спортивного удосконалення.....	
<i>Карпенко Л.Є., студ., СумДУ</i>	
Вклад І.М. Сеченова в розвиток фізіології.....	
<i>Козинець А.І., студ., СумДУ</i>	
Сучасні патофізіологічні аспекти глаукоми.....	

Корєнєв О., студ., СумДУ

Механізми токсичної дії вітаміну D.....

Любчак В.В., аспірант, СумДУ

Гуморальний імунітет у хворих на бронхіальну астму (БА) при комплексній терапії з використанням лікувального плазмаферезу (ЛП)..

Любчак В.В. –аспірант, СумДУ

Показники клітинного імунітету у хворих на бронхіальну астму (БА) при комплексній терапії з використанням лікувального плазмаферезу (ЛП).....

Липовська В.В., СумДУ

Біологічні особливості ентеропатогенної кишкової палички.....

Ветох І.В., студ., СумГУ

П.К. Анохин – основоположник теорії функціональних систем.....

Ляліков Я.В., аспірант, Одеський національний університет ім. І.І. Мечникова

Вплив нових синтетичних сульфаніламідів на грампозитивні і грамнегативні бактерії.....

Обертинська О.В., аспірант, КМАПО ім.П.Л.Шупика МОЗ України

Ротавіруси та їх індикація в навколишньому середовищі методом імунохроматографічного аналізу.....

*Пашолок С. П., канд.мед.наук Шаригіна О. С. *, Одеський державний медичний університет*

Вплив на процес старіння мешканців України та Фінляндії зміненої концентрації в сироватці крові мікроелемента селена.....

Білик О.В., Луганський державний медичний університет

Гіпертермія та гіпоксія, їх вплив на трубчасті кістки та корекція препаратом кверцетин

Галкін М.Б., Малярчик І.О., студ., Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова

Вплив металокомплексу мезотетра (4-N-метилпіридил) – порфірину з вісмутом на бактерії.....

Денисенко С.В., асистент, Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Ефективність мексидолу при хронічній нітратній інтоксикації.....

Луценко Р.В., асистент, Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Механізми гепатозахисної дії мексидолу при гострому стресі.....

Назаренко Г. М., аспірант, Одеський національний університет
ім. І. І. Мечникова

Зрівнювальна адгезія мікроорганізмів до алмазовмісткої оболонки
стоматологічних
імплантатів.....

Нассер М., студ., Мазанько Ю.В., студ., Українська медична
стоматологічна академія, м. Полтава

Профілактична дія пірацетаму при стресорному порушенні функцій
печінки.....

Перепадья В.В., студ., Прийменко А.О., студ., Запорозький
государственный медицинский университет

Синтез имидазоллизамещенных аминокис-
лот.....

Прийменко А.О., студ., Перепадья В.В., студ., Запорозький
государственный медицинский университет

Синтез и биологическая активность производных тиогуанина.....

Іванченко Д.Г., асп., Шкода О.С., асист., Євсєєва Л.В., Жмурін Р.В.,
Милосердова Г.В., Сапронова О.Ю., студ., Павлов С.В., ст. лаборант
Запорізький державний медичний університет

Синтез та вивчення антиоксидантної дії деяких похідних ксанти-
ну.....

Русакова М.Ю., асп., Захаркина Т.И., студ., ОНУ ім. І.І. Мечникова
Фотодинамическая активность хинолинилпроизводных порфиринов
в культуре клеток аденокарциномы Эрли-
ха.....

Степанова Т. Ю., асп., Крылова Е.И., студ., ОНУ ім. І.І. Мечнико-
ва Влияние тилорона на уровень кортизола и антиокислительную ак-
тивность сыворотки крови мышей при экспериментальном аллерги-
ческом энцефаломиили-
те.....

Андрущенко В. В., аспірант, Луганский государственный медицин-
ский университет

Ультраструктурные особенности клеток покровно-язочного эпителия
слизистой оболочки желудка крыс при иммуностимуляции.....

Четверикова А.Ю., Федченко С.Н., Луганский государственный
медицинский университет

Структурно-метаболические изменения митохондрий эпителиоцитов
слизистой оболочки желудка крыс при различных способах введения
глюкокортикостерои-
дов.....

МОРФОЛОГІЯ

ПЕДІАТРІЯ 1

ПЕДІАТРІЯ 2

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

ТЕРАПІЯ

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

НЕВРОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ

ХІРУРГІЯ

АНЕСТЕЗИОЛОГІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ

ПРОФІЛАКТИЧНА ДИСЦИПЛІНА

ДЕРМАТОЛОГІЯ

Наукове видання

Матеріали

*III Всеукраїнської науково-практичної конференції
викладачів, студентів та молодих вчених*

“Сучасні проблеми клінічної та теоретичної медицини”

Редколегія:

проф. Сміян О.І., проф. Романюк А.М., проф. Сікора В.З.,

проф. Атаман О.В., проф. Каплін М.М., проф. Жернова Я.С.,
проф. Маркевич В.Е., проф. Попов В.С., проф. Потапов О.О.,
проф. Васильєв К.К., проф. Кононенко М.Г., проф. Дужий І.Д.,
проф. Орловський В.Ф., проф. Дяченко А.Г., проф. Рачинський І.Д.,
доц. Чемич М.Д., доц. Шишук В.Д., доц. Коленко Ф.Г., доц. Висоцький І.Ю.

Стиль та орфографія авторів збережені.

План 2004 р.
Підп. до друку
Тираж 100 прим.
Безкоштовно.

Формат 60x84 1/16.
Замовлення №
Обл. – вид. арк.
Умовн. друк. арк.

Видавництво СумДУ. Р.с. № 34 від 11.04.2000.
40007, м. Суми,
вул. Римського-Корсакова, 2

Друкарня СумДУ. 40007, м.Суми,
вул. Римського-Корсакова, 2