

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

МАТЕРІАЛИ

**II Республіканської науково-практичної
конференції студентів та молодих вчених
«Сучасні проблеми
клінічної та теоретичної медицини»**



23-25 квітня 2003 року

Суми 2003

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

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

Матеріали

*II Республіканської науково-практичної
конференції студентів та молодих вчених*

23-25 квітня 2003 року

Суми 2003

Теоретична та експериментальна медицина

ВПЛИВ АНГІОПРОТЕКТОРІВ З РІЗНИМИ МЕХАНІЗМАМИ ДІЇ НА РОЗВИТОК КАЛЬЦИФІКАЦІЇ СУДИННОЇ СТІНКИ ЗА УМОВ ГІПЕРВІТАМІНОЗУ D

Гарбузова В.Ю., асист.

Науковий керівник - проф. О.В. Атаман

СумДУ, кафедра нормальної та патологічної фізіології

Однією з найактуальніших проблем сучасної медицини було і залишається з'ясування механізмів розвитку дистрофічних і склеротичних уражень кровоносних судин та пошук ефективних засобів їх запобігання і корекції. Необхідною передумовою розв'язання зазначених проблем є розширення наших уявлень про суть, характер і механізми патологічних змін, що відбуваються у стінці кровоносних судин за умов дії чинників, здатних ініціювати ангіосклеротичні ураження.

До таких, зокрема, належить вітамін D, високі токсичні дози якого спричиняються до розвитку кальцинозу судинної стінки.

У зв'язку з чим, був вивчений вміст кальцію в артеріальній та венозній стінці кролів за умов гіпервітамінозу D (10000 МО/кг протягом 14 діб) та вплив на цей показник токоферолу, ніфедипіну і натрієвої солі етан-1-гідрокси-1,1-дифосфонової кислоти (ЕГДК). В результаті проведених дослідів з'ясовано, що за умов уведення високих доз ергокальциферолу вміст кальцію збільшується в усіх вивчених судинах: в грудній аорті - в 13 разів, в черевній - в 9 разів, в легеневій артерії - в 7 разів, в порожнистій вені - в 3 рази. ЕГДК викликає зниження вмісту кальцію в грудній аорті - в 5,3 рази, в черевній - в 3,7 рази, в легеневій артерії - в 3,3 рази, в порожнистій вені - в 2,1 рази проти групи D-гіпервітамінозних тварин. Застосування ніфедипіну виявилось

менш ефективним. Під його впливом вміст кальцію зменшився в грудній аорті в 3 рази, в черевній - в 2,3 рази, в легеневій артерії - в 2,1 рази, в задній порожнистій вені достовірно не змінився. Введення D-гіпервітамінозним тваринам вітаміну E не вплинуло на вміст кальцію в стінці судин.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ВМІСТУ МІКРО- ТА МАКРОЕЛЕМЕНТІВ В ТКАНИНАХ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ТВАРИН ЗА УМОВ ГІПЕРВІТАМІНОЗУ D₂

Наумко Р.Ф., аспірант

Науковий керівник – д.м.н., проф. Атаман О.В.

СумДУ, кафедра нормальної і патологічної фізіології

Останнім часом широкого розвитку набула так звана «кальцієва» гіпотеза виникнення серцево-судинних захворювань, у тому числі атеросклерозу, згідно з якою причиною патологічних змін судин є перевантаження кальцієм клітин судинної стінки. За умов гіперкальціємії спостерігається прискорення розвитку атеросклеротичних бляшок, кальцифікація тканин внутрішніх органів, реалізація кальцієвих патогенетичних механізмів пошкодження клітин. Вміст певних хімічних елементів може свідчити про стан відповідних ферментних систем клітини (до складу яких вони входять як коферменти). Метою роботи було вивчення змін вмісту кальцію, магнію, заліза та міді в аорті, серці, задній порожнистій вені, тонкій і товстій кишках тварин за умов гіперкальціємії. Досліди проводилися на кролях-самцях (контрольна та досліджувана групи). В тварин досліджуваної групи гіперкальціємія досягалась шляхом моделювання аліментарного гіпервітамінозу D₂. Концентрація названих хімічних елементів визначалася за допомогою методу атомно-абсорбційної спектрофотометрії. Виявлено (порівняно з контрольною групою) збільшення в 4 рази вмісту кальцію та зменшення в 1,5 – 2 рази вмісту магнію, заліза та міді в тканинах зазначених органів.

Отримані результати підтверджують наявність порушень кальцієвого гомеостазу в досліджуваних органах тварин за умов гіпервітамінозу D₂. Магній, залізо та мідь входять до складу ряду ферментів (НАДН-дегідрогеназа, цитохроми, цитохромоксидаза, супероксиддисмутаза та ін.), і їх зменшення свідчить про відповідні порушення енергетичного обміну та антиоксидантного захисту клітин (що мають місце в патогенезі атеросклерозу).

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ СТУДЕНТІВ ПРИ ФІЗИЧНОМУ НАВАНТАЖЕННІ

**Янчик Г.В., доцент
Сумський державний університет,
кафедра нормальної та патологічної фізіології**

Важливим критерієм здоров'я є рівень діяльності серцево-судинної системи, який дає можливість оцінити стан здоров'я будь-якої групи населення та прогнозувати його на майбутнє. Навчання в ВУЗі тісно пов'язане з емоційним напруженням, дефіцитом часу, великим потоком інформації та малорухливим способом життя. Тривала дія цих факторів може негативно впливати на функціональний стан фізіологічних систем., самопочуття та розумову спроможність.

З метою розробки та обґрунтування фізіологічних критеріїв оптимізації процесів адаптації до дії несприятливих факторів оточуючого природного середовища та соціальних умов студентського життя вивчалась динаміка стану серцево-судинної системи у студентів нашого вузу. Обстежено 120 студентів. Функціональні можливості серцево-судинної системи вивчались в стані спокою та після фізичного навантаження (степ-тест).

Показниками стану серцево-судинної системи були: частота серцевих скорочень, величина артеріального тиску, систолічний та хвилинний об'єми крові, тривалість серцевого циклу

та величина серцевого індексу. На ряду з цим, визначали масу і площу поверхні тіла.

За одержаними результатами виділено 3 функціональні групи обстежуваних з різними механізмами включення резервних можливостей організму, які запобігають розвитку гіпоксії. Встановлено межі відхилення показників сирцево-судинної системи, які можуть бути критеріями фізіологічної норми і дають уявлення про адаптованість студентів до нинішніх умов життя.

ЭФФЕРЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Любчак В.В.

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Каплин Н.Н.
Сумской Государственный университет, курс клинической
иммунологии и аллергологии*

Бронхиальная астма в социальном аспекте имеет огромное значение. БА, как правило, не излечивается и лечение ее очень дорогостоящее.

В этиопатогенезе БА лежит инфекционный или аллергический фактор, иммунный ответ на который приводит к спазму гладкой мускулатуры бронхов и, как следствие, к приступам удушья. Есть мнение, что приступам удушья способствует выпотевание плазмы в альвеолы по причине гипертонии в артериях легких, что резко уменьшает площадь оксигенации и усиливает кашель, а затем способствует возникновению приступов удушья.

Учитывая социальную значимость (только в г. Сумы более 2000 больных БА и в т.ч. более 800 детей), целью нашего исследования является изучения влияния комплексной терапии БА, включающей плазмаферез на клиническое состояние и иммунный статус больных.

У нас накоплен опыт проведения ЛП у 18 больных БА. После проведения курса лечебного плазмафереза (как правило

курс его состоит из трех циклов по шесть донаций) стадия ремиссии составила от 3 до 5 лет. Что говорит о повышении защитных свойств организма больного. Анализируя эти данные можно сделать вывод о значительной роли ЛП и необходимости его дальнейшего изучения.

Интересно, также, что изучив состояние здоровья доноров плазмы, которые на протяжении 10-20 лет сдают плазму, провели по 100 и больше донорских плазмоферезов, мы среди них не нашли заболевших бронхиальной астмой. Что косвенно может говорить о значении плазмофереза.

ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КАНДИДОНОСІЙСТВА У ВАГІТНИХ

Голубнича В. М.

Науковий керівник – д.м.н., проф. Каплін М.М.

*СумДУ курс медбіології, мікробіології,
вірусології, імунології*

Залишається недостатньо вивченим значення різних ланцюгів імунітету в розвитку інфекцій, обумовлених опортуністичними грибами. Відомо, що НК-клітини, здатні пригнічувати ріст гриба та знищувати інфіковані клітини, але їх ефективна фунгіцидна дія не доведена. В діагностиці кандидозу широко використовують серологічні тести, але вони недосконалі. Для підвищення якості серологічної діагностики необхідні більш повні данні відносно особливостей реакції імунної системи на антигени гриба при кандидоінфекції та кандидоносійстві. Метою нашого дослідження було вивчення деяких показників імунної відповіді – рівня антитіл до кандидозного антигену та динаміки кількості НК-клітин у крові вагітних. Нами було обстежено 60 вагітних жінок. Серед них було сформовано три групи. Першу групу склали жінки у яких гриби роду *Candida* із піхви не виділено (контрольна група). В другу групу включили кандидо-

носіїв. Третя група містила вагітних з кандидозом піхви. У жінок другої та третьої групи рівень специфічних імуноглобулінів у сироватці крові не перевищував рівня контрольної групи. Кількість НК-клітин у першій групі була у межах норми у 50% вагітних, та у 50% кількість клітин була вищою від норми. В другій групі зростання кількості НК-клітин відмічалось у 87,5%. Підвищення кількості НК-клітин у третій групі відзначено у 50% вагітних. Ми зробили такі висновки :

1. при кандидозному вульвовагініті та кандидоносійстві у вагітних підвищення рівню специфічних імуноглобулінів класу G у сироватці крові не відмічено.
2. Результати отримані при визначенні кількості НК-клітин у крові вагітних при кандидозі не дозволяють стверджувати, що наявність грибів роду *Candida* призводить до збільшення кількості НК-клітин.

АССОЦИИРОВАННАЯ КАНДИДОЗНО-СТАФИЛОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ ВЛАГАЛИЩА ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

*Басова Т.В., Ворожка И.В., студ. 6-го курса ХНУ
Научный руководитель – д.м.н., проф. Каплин М.М.
Сум ГУ, курс медбиологии, микробиологии, вирусологии и
иммунологии*

Известно, что гноеродные кокки, в частности стафилококки, активно участвуют в патологическом процессе при кандидозе, и их патогенные свойства повышаются в разгар болезни и понижаются при выздоровлении. Нами была поставлена цель, изучить частоту встречаемости кандидозно-стафилококковой инфекции среди женщин в послеродовой период. Изучена микрофлора влагалища у 47 женщин в послеродовой период в возрасте от 19 до 37 лет. Контрольную группу составили 38 условно здоровых женщин такого же возраста.

Мікробіологічне дослідження проводили за загальноприйнятими методами. Встановлено, що при первинному посеві матеріалу з влагалища, у 27,5% умовно здорових жінок виявлені гриби роду *Candida*, переважно *C.albicans* (26,4%), з яких у 19,7% виявлено зростання коагулазоотрицательних стафілококків (*S.epidermidis* – 10,3%, *S.saprophyticus* – 9,4%) і лише у 1,6% жінок *S.aureus*. При мікробіологічному дослідженні 47 жінок в післяродовий період у 69,1% випадків виявлені гриби роду *Candida* (4 види), з яких у 24,7% випадків виявлена асоціація грибів роду *Candida* з коагулазопозитивними штамами *S.aureus* і штамами *S.epidermidis* (7,2%), які проявляли слабку гемолітичну активність. Наші результати підтверджують дані про те, що запальні захворювання уrogenітального тракту представлені складними патобіоценозами. Тому при лабораторній діагностиці необхідно виявляти ведучий патоген, т.к. саме він визначає клінічні прояви захворювання і особливості терапії.

ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИТОКСИЧНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ДИФТЕРІЮ В ПЕРІОД СПАДУ ЕПІДЕМІЇ ТА РОЛЬ ВАКЦІНАЦІЇ

*Ломко В.М., студент 3-го курсу
Науковий керівник – д.м.н., проф. Каплін М.М.
СумДУ, курс медбіології та мікробіології*

Проблема вивчення протидифтерійного імунітету залишається актуальною, незважаючи на те, що вивчення факторів специфічного захисту при цьому захворюванні почалося ще в кінці XIX століття.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) ставить завдання для Європейського регіону показник розповсюдження дифтерії до 2010 року довести до 0,1 на 100 тисяч населення..

Проведено серологічне дослідження за допомогою РПГА в

бактеріологічній лабораторії Сумської обласної санепідем-станції (завідувачка –Габелюк Т.С.) у 196 хворих в період максимальної захворюваності (1995 рік) та у 171 хворого в період спаду епідемії дифтерії (1996-1999 рр.).

Встановлено, що в період максимальної захворюваності захисні титри (за нашими даними 1:160 і вище) спостерігаються тільки у щеплених за схемою. При зменшенні кратності щеплень рівні захисних титрів значно знижувались.

Ми встановили, що при спаді епідемії дифтерії в порівнянні з максимальною захворюваністю населення імунітет має такі особливості: зменшення серонегативних титрів в 1,3 рази; збільшення титрів з високим рівнем антитоксину в 1,4 рази; зниження летальності в 1,4 рази.

Водночас відзначено, що при масовій вакцинації населення проти дифтерії захворюваність по Сумській області за останні три роки доведена до поодиноких випадків.

ВПЛИВ ГОРМОНІВ ТІМУСА НА РІВЕНЬ ПРИРОДНИХ КІЛЛЕРІВ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ РОЗЛИТИМ ПЕРИТОНІТОМ

*Шевченко Т.В., студ. 2-го курсу
Науковий керівник – д...м.н. проф. Каплін М.М.
СумДУ, курс медбіології і мікробіології*

Існує зв'язок ефективності лікування гнійно-септичних захворювань черевної порожнини із станом неспецифічної реактивності у хворих. Важлива роль в механізмі неспецифічного захисту в умовах бактеріальної інвазії належить природним кіллерам (НК). Морфологічними аналогами НК вважають великі гранулярні лімфоцити, що виявляються при забарвленні мазків крові за Папенгеймом. Вивчено вміст ВГЛ в периферичній крові 34 хворих віком від 17 до 83 років з гострим розлитим перитонітом (ГРП), що лікувались в хірургічному відділенні СОКЛ. Дос-

лідження проводили при госпіталізації і перед випискою хворих. Для контролю взято середній показник вмісту ВГЛ у 20 донорів ($6,8 \pm 0,4\%$). Визначено, що в реактивній стадії ГРП (18 спостережень середнє число ВГЛ рівнялось $6,0 \pm 0,4\%$), в токсичній стадії (9 спостережень) кількість ВГЛ різко зменшувалась до ($3,4 \pm 0,4\%$), а максимальне падіння ВГЛ зареєстровано в термінальній стадії ГРП (7 спостережень) і було суттєво нижчим чим у здорових, і хворих в реактивній і токсичній стадіях ($P < 0,05$). В програму комплексного лікування хворих з ГРП включали адьювантну імунотерапію гормонами тімуса, так як поряд із загально відомим їх значенням в регуляції клітинноопосередкованого імунітета є одиничні повідомлення про стимулюючий вплив тімічних гормонів на природну кіллерну активність. Препарати тімуса вводили по 1 мл щоденно на протязі 10 днів. Використання гормонів тімуса сприяло збільшенню ВГЛ у більшості хворих за виключенням оперованих в термінальній стадії.

Отже, одержані результати свідчать про прогресуючі порушення імунної системи у хворих з ГРП, що потребують проведення імунотерапії гормонами тімуса.

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ АНТИТІЛ ДО ВІРУСУ ГЕПАТИТУ С СЕРЕД ДОНОРІВ КРОВІ

Ісаєва Є.О., член МАН

*Науковий керівник – д.м.н., проф. Каплін М.М.
СумДУ медичний факультет, курс медбіології,
мікробіології, вірусології, імунології*

Вірусні гепатити становлять серйозну проблему для охорони здоров'я внаслідок їхнього широкого розповсюдження. За числом уражень вони займають друге місце після грипу. Одним із головних профілактичних заходів попередження поширення вірусу гепатиту С (ВГС) є систематичне та пильне обстеження донорів крові. Відомо, що рівень виявлення специфічних вірус-

них маркерів у первинних донорів може бути індикатором інфікованості населення відповідним вірусом.

Мета роботи – виявлення частоти антитіл до ВГС серед донорів крові. Дослідження проведені методом імуноферментного аналізу на базі вірусологічної лабораторії Сумського обласного донорського центру (головний лікар Любчак В.А.). Протягом 1998-2001 років вивчили 85 704 зразків сироваток на наявність анти-ВГС.

Результати: в м.Суми та Сумському районі кількість щорічно виявляємих позитивних на анти-ВГС осіб поступово збільшилась з 0,56% в 1998р. до 1,09% в 2001р. Відзначена достовірність до підвищення рівня інфікованості донорів м.Суми та Сумської області вірусом гепатиту С ($t > 2$). Рівень виявлення анти-ВГС збільшувався у вікових групах донорів 20-29 років. Ці результати дозволяють стверджувати, що за останні роки в Сумській області відбувається поширення ВГС серед молодого покоління. Сезонності у виявленні анти-ВГС не встановлено, але ми відзначаємо, що найбільша частота виявлення анти-ВГС серед донорів крові влітку. Це пов'язано зі змінами в структурі донорів за сезонами року. Люди, які мають анти-ВГС повинні бути відзначені як потенційні джерела інфекції, тому їх кров не може бути використана для трансфузій.

РОЗПОДІЛ ГРУП КРОВІ (АВО) У ДОНОРІВ-НОСІЇВ HBsAg

Стовбур Г. С., член МАН

Науковий керівник – д.м.н., проф. Каплин М.М.

Сум ДУ, курс медбіології, мікробіології, вірусології, імунології

Вірусний гепатит В є однією із найактуальніших проблем сучасної вірусної інфектології, та імунології .

Одним з із профілактичних заходів проти вірусного ГВ є виявлення HBsAg в крові донорів.

Метою нашого дослідження було виявлення частоти носіїв HBsAg серед донорів крові, та частоти знаходження цього антигену в залежності від групи крові.

Протягом трьох років (1999-2001рр.) на базі вірусологічної лабораторії Сумського обласного донорського центру методом імуноферментного аналізу (ІФА) було проведено дослідження 12894 зразків донорської крові по системі АВО без врахування резус приналежності. Статистичному аналізу було піддано 157 зразків з позитивною реакцією на HBsAg .

Донори крові у яких виявлено HBsAg в залежності від групи крові можуть бути розподілені на 4 групи:

- максимальна кількість має першу групу - О (I) – 40,7 %;
- висока кількість має другу групу - А (II) – 35,3 %;
- середня кількість має третю групу - В (III) – 18,6 %;
- низька кількість має четверту групу – АВ (IV) – 5,4%.

Статистична обробка дала слабкий кореляційний зв'язок (+0,1). Таким чином при проведенні аналізу виявлено взаємозв'язок між групою крові по системі АВО і носійством HBsAg серед донорів крові. Цей результат може бути пов'язаний з рівнем і характером гуморальної відповіді в залежності від групи крові, що може зумовлювати різну частоту носійства HBsAg .

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ ТЕТРАЦИКЛИНОМ

*Глуценко Н.В., Зубарева Ю.С., Москаленко Р.А.,
студ. 3-го курса*

*Научные руководители - доц. Высоцкий И.Ю.,
асс. Вижунов В.Л.*

*Сумский государственный университет,
кафедра биохимии и фармакологии*

Целью настоящего исследования явилось изыскание эффективных гепатопротекторов, которые можно было бы рекомендовать для профилактики и лечения тетрациклиновых поражений печени. В связи с тем, что тетрациклин в высоких дозах индуцирует свободнорадикальные процессы и вызывает снижение уровня сульфгидрильных групп белков и низкомолекулярных соединений в печени мы остановили свой выбор на ацетилцистеине и вновь синтезированном соединении Д-12, обладающем детоксицирующими и антиоксидантными свойствами.

Результаты проведенных экспериментов свидетельствуют о том, что повторное введение тетрациклина в дозе 0,5г/кг массы тела ежедневно в течение 5 дней приводит к поражению печени, о чем свидетельствует увеличение активности сывороточных aminотрансфераз (АлАТ, АсАТ) и щелочной фосфатазы (ЩФ), а также уменьшение соотношения АсАТ/АлАТ. Введение животным наряду с тетрациклином ацетилцистеина, Д-12 тормозит проявление гепатотоксичности тетрациклина. Гепатопротекторные свойства препаратов проявляются в значительно меньшем (особенно под влиянием ацетилцистеина) повышении активности АлАТ, АсАТ и ЩФ в сыворотке крови. Эффективность препаратов при тетрациклиновом поражении печени возрастает при их сочетанном использовании.

По-видимому, Д-12 тормозит процессы липопероксидации на стадии инициирования цепи, а ацетилцистеин участвует в

инактивации образующихся гидроперекисей на последующих этапах химических реакций свободнорадикального окисления.

ОСОБЛИВОСТІ АМІНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ БІЛКІВ БІОТЕХНОЛОГІЧНОГО ПРЕПАРАТУ ВІТАТОНУ

*Яковенчук О.М., студ.2-го курсу
Науковий керівник – Прімова Л.О.
Сумський державний університет,
кафедра біохімії та фармакології*

Одним із напрямків розвитку біотехнології є використання мікроскопічного мукорового гриба *Blakeslea trispora* як продуцента каротину. Сухий міцелій гриба використовується у вигляді вітатону. Поряд з каротином він містить інші БАР, зокрема амінокислоти. Здатність грибів до синтезу вторинних метаболітів залежить від складу культурального середовища. При виробництві вітатону використовується напівсинтетичне середовище, в якому основним джерелом азоту є $(\text{NH}_4)_2\text{SO}_4$.

У складі білків вітатону виявлені всі протеїногенні амінокислоти: 9 незамінних і 8 замінних. Триптофан під час кислотного гідролізу руйнується. Особливістю біомаси є високий вміст метіоніну - 32,4% протеїну. В більшості білків він є лімітуючою амінокислотою. Концентрація метіоніну перевищує кількість цієї амінокислоти у всіх досліджених до цього часу харчових і кормових продуктах. Висока концентрація метіоніну у вітатоні, можливо, обумовлена присутністю у середовищі для культивування гриба значної кількості сульфатів ($(\text{NH}_4)_2\text{SO}_4$, FeSO_4 , ZnSO_4 та ін.). Серед інших амінокислот переважають - глу, асп, лей. В менших концентраціях знаходяться - фен, іле, гіс, тир. Вміст інших амінокислот має середні значення. Амінокислотний індекс (відношення незамінних амінокислот до за-

мін-них) складає 1,46, що свідчить про високу якість білків вітатону.

Таким чином, дослідження амінокислотного складу білків вітатону, виготовленого на основі біомаса гриба *Blakeslea trispora*, виявили всі протеїногенні амінокислоти, значний вміст метіоніну, високий амінокислотний індекс. Досліджуваний препарат, поряд з каротином, може бути джерелом амінокислот, зокрема метіоніну.

ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА АКТИВНОСТЬ АМИНОТРАНСФЕРАЗ, ФОСФАТАЗ И ХОЛЕГЛИЦИНА ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЛЕТУЧИМИ КОМПОНЕНТАМИ ЭПОКСИДНОЙ СМОЛЫ ЭД-20

*Высоцкий В. И., Высоцкий И.Ю., Качанова А.А.
Сумский государственный университет,
кафедра биохимии и фармакологии*

В опытах на белых крысах-самцах линии Вистар показано, что острая динамическая 4-х часовая ингаляционная затравка летучими компонентами эпоксидной смолы (ЭС) ЭД-20 (120-140 мг/м³ по эпихлоргидрину) сопровождается резким увеличением в сыворотке крови животных активности аминотрансфераз (АлАТ, АсАТ), кислой фосфатазы (КФ), щелочной фосфатазы (ЩФ) и холеглицина (ХГ). Активность АлАТ, АсАТ была максимальна через 12 ч после интоксикации, КФ и ЩФ - через 72-120 ч, а ХГ - через 72 ч, что свидетельствует о преобладании в ранние сроки явлений цитолиза, а в более поздние - холестаза. Сравнительное изучение при отравлении ЭС эффективности индукторов эпоксидгидролазы омепразола (50 мг/кг, 7 дней) и клофибрата (200 мг/кг, 2 дня) показало наличие высоких детоксицирующих свойств у первого и низких - у второго препарата. При применении препаратов по лечебно-профилактической

схеме, до- и после интоксикации, наиболее высокая эффективность обнаружена у кверцетина (350 мг/кг). Более низкая и приблизительно одинаковая фармакологическая активность наблюдалась у флавинола (4 мг/кг) и липина (0,8 ммоль/кг). Ацетилцистеин (450 мг/кг) при отравлении ЭС проявлял сравнительно слабо выраженную эффективность, особенно в поздние сроки после интоксикации.

Возможно, что различия в эффективности клофибрата и омега-3, являющихся индукторами эпоксидгидролазы связаны с их разнонаправленным влиянием на уровень цитохрома P₄₅₀ в гепатоцитах.

РАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИРАДИКАЛЬНЫХ СВОЙСТВ КВЕРЦЕТИНА, ФЛАВИНОЛА, ЛИПИНА И АЦЕТИЛЦИСТЕИНА В УСЛОВИЯХ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЭПОКСИДНЫМИ СОЕДИНЕНИЯМИ

*Высоцкий В.И., Высоцкий И.Ю.
Сумский государственный университет,
кафедра биохимии и фармакологии*

Работа посвящена изучению влияния препаратов с антиоксидантными свойствами на интенсивность спонтанной (ИСХ) и активированной (ИАХ) хемилюминесценции в крови животных после острого ингаляционного влияния летучих компонентов эпоксидной смолы (ЭС) ЭД-20.

В экспериментах на белых крысах-самцах линии Wistar показано, что при остром токсическом поражении печени летучими компонентами ЭС ЭД-20 (120-140 мг/м³ по эпихлоргидрину) в сыворотке крови были увеличены ИСХ в 1,9-3,9 раза и ИАХ в 1,4-3,1 раза. Применение кверцетина (350 мг/кг, внутривентрикулярно), флавинола (4 мг/кг, внутримышечно), липина (0,8 ммоль/кг, внутривентрикулярно), ацетилцистеина

(450 мг/кг, внутрібрюшинно) по лікувально-профілактичній схемі відповідно за 3, 1, 0,5 і 0,5 години до заїдання і через 5 хвилин після її закінчення дозволило експериментально установити виражену здатність цих препаратів знизати, а в ряду випадків ослаблювати до нормального рівня ІСХ і ІАХ в сировотці крові отравлених тварин. В порядку зменшення антиокислювальних властивостей досліджувані препарати розташовуються наступним чином: кверцетин > флавінат > ліпін > ацетилцистеїн. По-видимому дія флавінату обумовлена його можливим участю в відновленні епоксидів на флавопротеїдному участку монооксигеназної системи мікросом, а ліпін - в збільшенні активності мікросомальної епоксидгідролізи.

СТИМУЛЯЦІЯ ХОЛІНЕРГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У СЕРЦІ ГІПЕРТИРЕОЇДНИХ ЩУРІВ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТІОНІНУ

*Сас Л.М., аспірант
Науковий керівник – проф. Файфура В.В.
Тернопільська державна медична академія
ім. І.Я.Горбачевського,
кафедра патологічної фізіології*

Як показали наші дослідження, вегетативний баланс за умов гіпертиреозу зсувається в бік симпатикотонії. Це проявляється тахікардією і супроводжується зменшенням вмісту ацетилхоліну в міокарді передсердь і шлуночків. З метою стимуляції синтезу ацетилхоліну в серці гіпертиреоїдних білих щурів було використано метіонін. Спочатку щурам вводили per os l-тироксин в дозі 0,5 мг/кг протягом 7 діб, а потім разом з тирокином – метіонін в дозі 0,5 г/кг протягом наступних 7 діб. Семидобова гіпертиреоїдизація призвела до збільшення частоти серцевого ритму з (530 ± 5) до (620 ± 5) ударів за 1 хв ($P < 0,001$). За-

стосування метіоніну, незважаючи на подальше введення тироксину, спричинило зменшення частоти ритму до (580 ± 6) ударів за 1 хв ($P < 0,001$). У контрольних щурів метіонін не викликав зниження частоти серцевих скорочень. Дослідження ацетилхоліну в передсердях і шлуночках серця засвідчило збільшення його вмісту в обох відділах серця: у передсердях – з $(10,90 \pm 1,80)$ до $(27,62 \pm 3,66)$ мкмоль/г ($P < 0,001$), в шлуночках – з $(2,15 \pm 0,73)$ до $(4,12 \pm 0,50)$ мкмоль/г. У контрольних тварин збільшення вмісту ацетилхоліну після введення метіоніну не було достовірним ні в передсердях, ні в шлуночках. Отримані дані свідчать про те, що при гіпертиреозі відбувається активне поглинання метіоніну нейронами з позаклітинного простору, утворення з нього холіну з наступним включенням останнього в синтез ацетилхоліну. Цьому сприяє низький рівень ацетилхоліну в міокарді гіпертиреодних тварин. Таким чином, метіонін може бути застосований як стимулятор холінергічних процесів у серці при гіпертиреозі.

Морфологія

ВАРІАНТИ КІНЦЕВИХ ГІЛОК ПЛЕЧОВОЇ АРТЕРІЇ

*Базін М., студ. 1-го курсу
Науковий керівник - доц. Устянський О.О.
СумДУ, кафедра нормальної анатомії*

Методом препарування вивчені індивідуальні особливості плечової артерії та її кінцевих гілок. Плечова артерія є продовженням пахвової артерії. Її початок знаходиться на рівні нижнього краю сухожилка великого грудного м'язу. Вона проходить по присередній поверхні плеча в його присередній борозні разом з двома плечовими венами та довгими гілками плечового сплетення, досягаючи ліктьової ямки. Тут вона, вигинаючись, прямує в глибину ямки та на рівні вінцевого відростка ліктьової кістки розгалужується на свої кінцеві гілки: ліктьову та променеву артерії. Ліктьова та променева артерії в одноіменних борознах передпліччя в супроводі вен та нервів досягають кисті, де анастомозують між собою, утворюючи поверхневу та глибоку артеріальні дуги. При препаруванні гілок плечової артерії ми зустріли цікавий, на нашу думку, варіант, коли променева артерія відходила від плечової артерії не в ліктьовій ямці, а на самому її початку, на рівні відходження глибокої артерії плеча. Відпрепарована судина була невеликого діаметру, розташовувалась під шкірою на пластинці плечової фасції. Вона прямувала на передпліччя по бічній поверхні плеча. На передпліччі вона залягала на передньо-медіальній поверхні плече-променевого м'язу. Продовження плечової артерії, яке ми розглядаємо як ліктьова артерія, розміщується в ліктьовій борозні та має значний діаметр. Артеріальні дуги кисті у даному варіанті формувались за рахунок ліктьової артерії. З верхньої кінцівки виготовлено тотальний поліхромний музейний препарат.

МОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ НАДНИРНИКІВ ЩУРІВ ПІД ВПЛИВОМ ОПРОМІНЕННЯ І СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ

*Болотна М.А., учениця 10 кл. гімназії № 1 м. Сум
Науковий керівник - проф. Сікора В.З.
Сумський державний університет, медичний факультет,
кафедра нормальної анатомії*

Нами проведено морфометричне дослідження кори наднирників 36 лабораторних щурів. Тварин опромінювали у дозі 0,3 Гр і утримували на підвищеному споживанні солей важких металів протягом 1-го, 2-х та 3-х місяців. Дози металів відповідали результатам Новомосковської експедиції (1991р.). В програму морфометрії входило: 1) визначення відносної маси наднирників, 2) визначення товщини кожної зони кіркової речовини; 2) діаметр їх клітин; 3) діаметр ядер цих клітин.

Аналізуючи морфометричні показники наднирників спостерігається відхилення їх від контролю в межах 30% - 50%. Про значну атрофію залози свідчить зменшення її маси на 37,8% (I-група), на 46,2% (II-група) і на 53,7% (III-група). Відбувається зниження товщини пучкової зони в порівнянні з аналогічними інтактними тваринами в першій групі - на 40,5%, у другій - на 45,5% і в третій - на 57,2%.

Клітини цієї зони зморщуються і їх середній діаметр знижується на 45,3%, 51,2% і 58,5% відповідно. Пікнотичні ядра є меншими від контрольних розмірів на 41,4%, 44,8% і 50,2%, відповідно. Приблизно такі різниці і при морфометрії сітчастої зони. Клубочкова зона при місячному експерименті складає 70,3%, при двомісячному - 62,9% і тримісячному - 51,2% таких у інтактних тварин. Середній діаметр клітин цієї зони і їхніх ядер зменшений відповідно (I-група) на 38,4% і 34,9%, (II-група) - на 44,2% і 38,7% і (III-група) - на 49,7% і 42,3%.

Таким чином, під впливом екологічних чинників відбувається різке пригнічення секреторної функції ендокриноцитів

наднирників.

МОДЕЛИРОВАНИЕ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТЕЙ НА ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

Будко А.Ю., аспирант

Научный руководитель – д.м.н., проф. Романюк А.Н.

Сум ГУ, кафедра патологической анатомии

Целью данной работы является определение оптимальных вариантов моделирования репаративной регенерации на различных лабораторных животных. Рассмотрены данные патентной и научной литературы.

Существует много моделей репаративной регенерации, но наиболее оптимальными для эксперимента являются диафизарные переломы трубчатых костей с металлическим остеосинтезом (Т.П.Виноградова, Г.И.Лаврищева, 1974), продольные (А.М.Пикенин, И.Ф.Попов и др., 1986) и винтообразные переломы (А.М.Пикенин, В.Г.Горюнов и др., 1975), эпифизарные переломы трубчатых костей с фиксацией отломков с помощью металлического винта или спицы проведенной трансартикулярно (Т.П.Виноградова, Г.И.Лаврищева, 1974), переломы тела нижней челюсти между 4-м и 5-м зубами с сопоставлением отломков и фиксацией при помощи костного шва и накладной пластинкой из быстро твердеющей пластмассы (Т.П.Виноградова, Г.И.Лаврищева, 1974), повреждение костей с неполным дефектом в области передней поверхности верхней половины большеберцовой кости путем поднадкостничного резецирования части кортикального слоя вместе с содержимым костномозгового канала и полным дефектом диафиза с использованием трубчатого трансплантата (Т.П.Виноградова, Г.И.Лаврищева, 1974). Из предложенных вариантов моделирования репаративной регенерации в экспериментальных условиях наиболее приемлемой для нашей работы оказалась модель по-

вреждения кости с неполным дефектом (Т.П.Виноградова, Г.И.Лаврищева, 1974).

МОДЕЛИРОВАНИЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА НА ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

Гортинская Е.Н., аспирант
Научный руководитель – д.м.н. проф. Романюк А.Н.
СумГУ, кафедра патологической анатомии

Целью работы было изучение различных методов моделирования ишемической болезни сердца на экспериментальных животных.

Было проанализировано 14 изобретений, 22 источника научных публикаций.

Экспериментальные ишемические повреждения миокарда достигались различными способами:

1. Образование острой непроходимости венечной артерии путем ее перевязки;
2. Создание атеросклероза (путем введения животным сыворотки больных атеросклерозом) и острой непроходимости коронарной артерии;
3. Перевязка венечной артерии на фоне функционального отягощения сердечной мышцы артериальной гипертонией;
4. Перевязка венечной артерии на фоне введения амидопирина и индометацина;
5. Моделирование выраженного атеросклероза коронарных артерий и атеросклеротического кардиосклероза;
6. Сочетанием гиподинамии и последующих чрезмерных физических нагрузок;
7. Введением лекарственных веществ: адреналина и индометацина.

Анализ существующих методов экспериментального ишемического повреждения миокарда у лабораторных животных

показал, что наиболее адекватной, простой, легко воспроизводимой моделью гипоксической дистрофии миокарда с развитием сердечной недостаточности является лекарственная путем введения животным адреналина и индометацина. Такая методика позволяет создать наиболее приближенные к практике условия хронической сердечной недостаточности гипоксического происхождения. Она выбрана нами для проведения дальнейших экспериментальных исследований в этой области.

ДЖЕРЕЛА КРОВОПОСТАЧАННЯ ТВЕРДОГО І М'ЯКОГО ПІДНЕБІННЯ

*Кадурін М., студ. 1-го курсу
Науковий керівник - доц. Устянський О.О.
Сумський державний університет,
кафедра нормальної анатомії*

На 10 анатомічних препаратах методом препарування вивчені джерела кровопостачання твердого та м'якого піднебіння. Тверде піднебіння кровопостачається за рахунок низхідної піднебінної артерії, що є однією з кінцевих гілок верхньощелепної артерії. В великому піднебінному каналі низхідна піднебінна артерія розгалуджується на декілька малих піднебінних артерій та велику піднебінну артерію. Остання виходить на тверде піднебіння через великий піднебінний отвір і розгалуджується на бічну та присередню гілочки. Бічна гілочка кровопостачає слизову оболонку альвеолярних відростків верхніх щелеп. Присередня гілочка прямує вперед, по піднебінній борозні до різцевого отвору, кровопостачає слизову оболонку твердого піднебіння.

М'яке піднебіння кровопостачається за рахунок висхідної піднебінної артерії, що починається від кореня лицевої артерії. Вона прямує вгору, залягаючи між шило-глотковим та шило-язиковим м'язами, а потім по зовнішній поверхні верхнього звужувача глотки до м'язу-піднімача піднебінної занавіски. Кін-

цеві гілочки висхідної піднебінної артерії анастомозують з малими піднебінними артеріями. На відпрепарованих артеріях вивчені основні морфометричні показники: довжина, діаметр, кут відгалуження гілочок. Отримані результати знайдуть своє застосування при оперативних втручаннях на верхніх щелепах та піднебінні.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Москаленко Р.А., студ. 3-го курсу
Науковий керівник – д..м.н. проф. Романюк А.М.
Сумський державний університет,
кафедра патологічної анатомії*

Метою нашої роботи було вивчення епідеміологічних та гістологічних особливостей захворюваності на злоякісні пухлини молочної залози (ЗПМЗ) в Сумській області. Дослідження проводились за результатами операційних втручань на базі СОКОД за період 2001-2002 років.

Було проаналізовано 1280 зразків біопсійного операційного матеріалу. Захворюваність на ЗПМЗ в 2001 р. становила 29,6 на 100 000 жінок; в 2002 р. склала 26,0 на 100 000 жіночого населення. Смертність від пухлин молочної залози та ускладнень при їх лікуванні становила: в 2001 р. 30,7 на 100 000, а в 2002 р. 29,0 на 100 000 жіночого населення.

В Сумській області ЗПМЗ мають таку гістологічну структуру: в 2001 р. неінфільтруючі внутрішньопротокові карциноми становили 3,35%, інфільтруючі карциноми 78,95%, інші гістологічні варіанти карцином (медулярна, папілярна, слизова, хвороба Педжета, лобулярна) 14,8%, неідентифіковані пухлини 2,9%; в 2002 р. неінфільтруючі внутрішньопротокові карциноми стано-

вили 5,5%, інфільтруючі карциноми 81,6%, інші гістологічні варіанти карцином 11,9%, неідентифіковані пухлини 1%.

За період спостереження виявлено, що рівень захворюваності злоякісними пухлинами молочної залози значно підвищується у віковому інтервалі 41-50 р. та після 61 року життя жінок.

Таким чином, результати дослідження операційного матеріалу показують, що захворюваність населення області на ЗПМЗ за період спостереження залишається стабільно високою.

МІКРОСКОПІЧНІ ЗМІНИ ДОВГИХ КІСТОК СКЕЛЕТУ ПІД ВПЛИВОМ ЗАГАЛЬНОГО ОПРОМІНЕННЯ В МАЛИХ ДОЗАХ

*Погорєлов М.В., аспірант
Науковий керівник – д.м.н. проф. В.З. Сікора
Сумський державний університет,
кафедра нормальної анатомії*

В останні роки жваво дискутуються питання впливу малих доз випромінення на організм людини та проблема визначення порогових доз радіації. Тому в наш час вивчається вплив іонізуючої радіації майже на всі органи та системи на різних рівнях їхнього функціонування. Але недостатню увагу приділяють кістковій тканині, яка чутко реагує на зміни констант зовнішнього середовища.

В нашій роботі було використано 40 лабораторних щурів - самців вагою 130-160 грам. Тварин розбили на чотири серії, по 10 в кожній. Перші три серії опромінювали на апараті "ROCUS" в дозах 0,1, 0,2 та 0,3 Гр відповідно на протязі трьох місяців. Четверту серію склали контрольні тварини. Після експерименту щурів забивали під ефірним наркозом, вилучали плечові, стегнові та великогомілкові кістки і проводили вивчення змін в компактній речовині діафіза та епіфізарному хрящі.

В хрящовій пластинці росту зміни відбуваються вже при опроміненні в дозі 0,1 Гр, та наростають із збільшенням дози. Відбувається звуження хряща, спочатку за рахунок шару проліферативних клітин, а в подальшому – й інших зон. Порушується диференційовка хондроцитів, накопичення сполучної тканини веде до деструкції епіфізарного хряща, що в сукупності призводить до затримки росту кістки в довжину.

Діафіз зазнає достовірних змін тільки при опроміненні в дозах 0,2 та 0,3 Гр і реагує перебудовою кісткового матрикса та процесами демінералізації.

Таким чином, при дії на організм низьких доз радіації відбуваються порушення структури кісткової та хрящової тканини кістки.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

*Романенко Я.Н., член МАН,
Научный руководитель –проф. Романюк А.Н.
СумГУ, кафедра патологической анатомии*

В структуре злокачественных опухолей у женщин первое место занимает рак молочной железы.

Целью нашей работы было изучение эпидемиологических и морфологических особенностей опухолей молочной железы у населения Сумской области за 2001-2002 .

Проанализированы 1280 биопсийных образцов операционного материала опухолей молочной железы. Выявлено, что количество доброкачественных опухолей за два года составляет 884, а злокачественных – 405. Самый высокий показатель уровня доброкачественных опухолей зафиксирован в возрастной группе

41-50 лет, а злокачественных - в возрастной группе старше 61 года.

Показатель смертности от злокачественных опухолей молочной железы в 2001 году составляет 30,7 на 100 тыс. человек, а в 2002 году – 29,0 на 100 тыс. человек.

Таким образом, наши исследования показали, что в Сумской области наблюдается стабильный уровень заболеваемости молочной железы за два года. Целесообразно аналогичные исследования проводить и дальше, поскольку проблема онкологических заболеваний молочной железы в настоящее время очень актуальна и требует дальнейшего изучения.

ДІЯ ВУГЛЕЦЕВОГО СОРБЕНТУ З КВЕРЦЕТИНОМ НА ЗАГОЄННЯ РАН ШКІРИ

*Слободяник Г.І., доцент
Київський медичний інститут УАНМ,
кафедра гістології та ембріології*

Використання засобів типу сорбентів пов'язана з можливістю їхнього з'єднання з фармакологічними речовинами, які підвищують неспецифічну резистентність тканин і створюють умови для більш повної реалізації їхньої відновлювальної функції. Тому потрібно вивчити вплив вуглецевих сорбентів на тканини шкіри та його відновлювальні властивості, оскільки ці дані недостатньо представлені у літературі.

Експериментальні дослідження були проведені на 200 щурах лінії Вістар масою 200,0-250,0. У першій групі тварин рани засипали вуглецевим сорбентом типу АВА (активованій вуглецевий антрацит), у другій групі – сорбентом АВА, зв'язаним з кверцетином. Третя група використовувалася як контроль. Матеріал для гістологічного дослідження забирали після декапітації тварин під фторотановим наркозом через 3, 7, 14 і 30 діб після початку досліду. Проводилося гістологічне та

гістохімічне дослідження парафінових зрізів тканин товщиною 5 мкм, забарвлених гематоксилін-еозином, за Ван-Гізон, азур П-еозином, PAS-реакція. Для вивчення елементів периферичної нервової системи використовувався метод імпрегнації нітратом срібла за Расказовою чи Кампосом.

Одержані дані показали, що при створенні обмеженого ранового дефекту шкіри, який не супроводжується серйозними порушеннями загального стану організму, у експериментальних щурів при нанесенні на поверхню рани кверцетину спростерігаються істотні відхилення перебігу ранового процесу від притаманного контрольним особням. Перш за все у експериментальних щурів виявляється менша, ніж у контрольних особень, вираженість первинно-травматичних змін тканин шкіри, що оточують рановий дефект. У процесі дозрівання рубцевої тканини експериментальних щурів її нервовий апарат зазнає більш виразної, ніж у контрольній групі, перебудови. Розташування нервових волокон відновлених ділянок шкіри тварин експериментальної групи у регенераті має чітку орієнтацію.

Таким чином, проведені спостереження свідчать про те, що міжтканинні взаємодії у процесі посттравматичної регенерації шкіри у експериментальних тварин в умовах впливу вуглецевого сорбенту і аналогічного сорбенту, зв'язаного з кверцетином, більш ефективні, ніж у контролі. Слід відзначити, що позитивний вплив вуглецевого сорбенту з кверцитином на загоєння рани в значній мірі обумовлений захисними властивостями цих препаратів. Покриваючи ушкоджену ділянку, вони забезпечують її механічний, хімічний та протимікробний захист, що підвищує ефективність репаративної регенерації.

РЕПАРАТИВНА РЕГЕНЕРАЦІЯ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ В УМОВАХ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЕКОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СУМЩИНИ

Ткач Г.Ф.

*Науковий керівник - проф. Сікора В.З.
СумДУ, кафедра нормальної анатомії*

У наш час погіршення стану здоров'я населення в Україні пов'язують із зниженням життєвого рівня людей та змінами екологічної ситуації, де певне місце належить наслідкам радіаційної аварії на Чорнобильській АЕС. В останні роки зріс науковий інтерес до питань функціонування кісткової системи. Ця зацікавленість викликана тим, що скелету властива виражена реакція на вплив різноманітних ендогенних і екзогенних чинників.

Метою нашої роботи була морфологічна оцінка фізіологічної та репаративної регенерації великогомілкової кістки тварин під впливом низьких доз іонізуючого випромінювання та підвищеного споживання солей важких металів, що знаходяться в надлишковій кількості у воді і ґрунті деяких районів Сумської області. Динаміку репаративних процесів вивчали на 7, 14, 21 та 30 добу після перелому.

В програму морфометрії входило визначення відносної площі крововилива і некрозу, волокнистої сполучної тканини, хрящової, дрібно- та крупнопетлих кісткових трабекул та пластинчастої кісткової тканини за допомогою комп'ютерної програми в умовних одиницях - пікселях, а потім у відсотках.

Аналіз гістопрепаратів експериментальних тварин свідчить про значну затримку утворення кісткової мозолі.

Так, через три тижні регенерації на всіх ділянках мозолі продовжує залишатися велика кількість гематоми і некротичних мас, яких приблизно на 50,0 % більше від контрольних показників. Новоутворені кісткові структури складаються із дрібнопетлих і крупнопетлих трабекул, яких на 23,3% та 45,8% ме-

ніше, ніж у інтактних тварин. Новосформована пластинчаста кістка займає площу на 45,8% менше контролю .

Таким чином, загальне іонізуюче опромінювання тварин в дозі 0,3 Гр в комбінації з солями важких металів викликає, значну затримку репаративного остеогенеза.

КЛІНІКО_МОРФОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ УШКОДЖЕНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ

*Слюсаренко О.В., Проценко О.О., студ. 6-го курсу
керівник – Моїсеєнко О.С.
курс судової медицини*

Оскільки черепно-мозкова травма (ЧМТ) займає одне з перших місць серед злочинів, направлених проти життя та здоров'я людей, вивчення різних аспектів даної травми судовими медиками має важливе значення.

Мета нашого дослідження – розробити критерії судово-медичної діагностики механізмів ушкоджень головного мозку на підставі клініко-морфологічного аналізу різних видів травматичних церебральних ушкоджень, обумовлених дією тупих предметів.

Матеріалом для даного дослідження послужили дані 60 випадків літальної ЧМТ, які знаходилися на лікуванні в медичних закладах м Суми. В залежності від характеру та механізму травми мозку всі аналізовані випадки були поділені на групи. Проведено дослідження першої – забою головного мозку, який ділиться на три ступені.

Забій головного мозку легкого ступеня в клінічному відношенні характеризується короткочасним виключенням свідомості після травми, легкою вогнищевою неврологічною симптоматикою, мінімальними порушеннями вітальних функцій. При макроскопічному дослідженні виявлено крапкові

крововиливи, які займали кору одної – двох звивин, мікроскопічно крововиливи в корі представляли суцільну масу еритроцитів.

Забій головного мозку середнього ступеня характеризується втратою свідомості після травми в межах від декількох десятків хвилин до декількох годин (доби); вираженою вогнищевою неврологічною симптоматикою, скороминучими розладами вітальних функцій. В морфологічному плані даний вид травми відповідає множинним смугастим та дрібновогнищевим крововиливам, які розташовані як в корі так і в прилягаючій білій речовині, площиною не більше 4 звивин, місцями спостерігалися ділянки поверхневого розтрощення кори. Мікроскопічно вогнище мало клиноподібну форму, часто виявлялися кільцеподібні крововиливи.

Забій головного мозку важкого ступеня в клінічному плані проявляється тривалою втратою свідомості - декілька годин, діб, тижнів, можливо до смертельного наслідку; грубими неврологічними симптомами вогнищевого та загально мозкового характеру (стовбурові, уражень півкуль головного мозку, мозочку); значними порушеннями вітальних функцій. Патоморфологічна картина виявляє грубе руйнування тканини мозку з розривами або майже повною втратою анатомічної структури звивин. Мікроскопічне дослідження виявило частий розвиток вторинних крововиливів та запізнілу макрофагальну реакцію.

В основі утворення забійних ушкоджень мозку лежить декілька механізмів. Формування вогнищ забою в зоні удару пов'язане з місцевою деформацією черепа, місцевою кавітацією. Механізм утворення забою мозку в зоні протиудару визначається деформацією черепа на відстані від точки прикладення сили та “протиударними” кавітаціями.

Таким чином, за особливостями ушкоджень головного мозку при ЧМТ можливо встановити давність та види механізмів травми голови в відповідності з способами дії твердих предметів.

Педіатрія

ДО ПИТАННЯ ЕНТЕРОВІРУСНИХ МІОКАРДИТІВ У ДІТЕЙ

*Бинда Т.П., Лазебник О.А., Журавель А.О.,
Іваненко Г.М., Івахнова Н.В., Маркевич О.В.
Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1
Сумська МДКЛ, ОДКЛ, Лебединська ЦРЛ*

Проблема ентеровірусних інфекцій залишається актуальною для багатьох країн світу, у тому числі й України. Впродовж 1997-1999 років відзначились великі спалахи ентеровірусних менінгітів (Білорусь, Румунія, Молдова, Україна).

В червні 2002 р. на території Сумської області спостерігався спалах ентеровірусної інфекції. Захворіла 51 дитина, які знаходились на оздоровленні в Лебединському багатопрофільному санаторії. Спалах, порівняно з попередніми спостереженнями і даними літератури, характеризувався рядом особливостей. Основною особливістю даного захворювання у дітей була однотипність клініки і ураження провідної системи серця. В усіх дітей даної групи відмічались гіперемія задньої стінки глотки, м'якого піднебіння, кон'юнктивіт різного ступеню виразності, тахікардія, яка через добу змінювалась на брадикардію. У 90% дітей виявлялася полілімфаденопатія. Глухість серцевих тонів або тільки першого тону відмічались у 43% дітей, систолічний шум - у 93% дітей.

На ЕКГ у 57,9% дітей виявлялися ознаки ішемії міокарда, у 52,6% дітей – укорочений інтервал PQ, у 47,4% дітей – ознаки дисфункції синусового вузла, у 26,3% дітей - міграції водія ритму, у 21,1% дітей - неповна блокада ніжок Гіса, у 21,1% дітей - синоатріальна блокада 1-2 ст., у 15,8% дітей – синдром ранньої реполяризації шлуночків, у 5,3% дітей - екстрасистоли.

Отже, головними напрямками профілактики ентеровірус-

них інфекцій залишаються заходи, спрямовані на переривання механізмів передачі збудника.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РОЗЧИНУ ДЛЯ ОРАЛЬНОЇ РЕГІДРАТАЦІЇ 3-ГО ПОКОЛІННЯ ORS-200 (НІРР) ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ

*Бинда Т.П., доц., Кругляк С.І., Татаренко С.Д., Захарчук О.С.
Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1
Сумська МДКЛ*

У зв'язку з тим, що зараз при гострих кишкових інфекціях (ГКІ) значно обмежені показання до застосування антибактерійних препаратів, при більшості секреторних діарей на перший план виступають засоби патогенетичної терапії. Перевага надається оральному введенню регідраатаційних розчинів. Це найбільш фізіологічний спосіб застосування лікарських засобів, він не має суттєвих протипоказань, зручний у будь-яких умовах.

Традиційними розчинами для оральної регідраатації в Україні були ораліт і регідрон. Одним з представників розчинів для оральної регідраатації 3-го покоління є моркв'яно-рисовий відвар ORS-200 (НІРР). Зазначений препарат за своїм складом найбільш адаптований для дітей раннього віку.

ORS-200 (НІРР), як регідраатаційний засіб був використаний у лікуванні 38 дітей віком до 3 років. В усіх дітей відзначалися ознаки токсико-ексикозу I-II ступеню. Згідно рекомендаціям фірми ORS-200 (НІРР) призначали дітям із розрахунку 50-100 мл/кг ваги тіла до ліквідації зневоднення і 50-100 мл додатково після кожної дефекації до нормалізації консистенції випорожнень.

На фоні комплексної терапії ГКІ із застосуванням ORS-200 (НІРР) протягом 24-48 годин зникали симптоми зневоднення, за 4-6 діб нормалізувалась консистенція випорожнень. Позитивний ефект лікування було відзначено в 97,3% дітей.

ФАКТОРИ, ЩО СПРИЯЛИ ВИНИКНЕННЮ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ 1-ГО РОКУ ЖИТТЯ

Куропятник Н.П., Суворова В.І Хрін Н.В.

Дандан Самір Тауфік, аспірант

Науковий керівник – проф. Сміян О.І.

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1
Сумська МДКЛ*

Серед пролікованих хворих на гостру пневмонію в 2002 році діти до 1-го року життя склали 52,8%, серед них було 38 (58,5%) хлопчиків та 26 (41,5%) дівчаток. Вперше з діагнозом пневмонія було госпіталізовано 58 дітей (90,6%), повторно - 6 дітей (9,4%). Серед повторно госпіталізованих 50% дітей мали вроджену патологію: муковісцидоз - 1, бронхолегеневу дисплазію - 2, та 50% - були діти з соціально-неблагонадійних сімей.

За віковою структурою діти розподілилися таким чином: 1-3 міс – 14 (21,8%), 3-6 міс – 20 (31,3%), 6-12 міс - 30 (46,9%).

Більшість дітей народжені практично здоровими жінками. Анемія легкого ступеню виявлялася у 42 (65,6%) дітей, анемія II ст. – у 7 (11%), загроза переривання вагітності – у 11 (17,2 %) та інша патологія вагітності – у 2 (3%). Вигодовування дітей хворих на пневмонію було переважно штучне (84,45%): з народження у 22 (34,4%) дітей, з 1 міс – у 15 (23,4%), з 2 міс – у 9 (14%), з 3 міс – у 5 (7,8%). Лише 15,6% дітей знаходились на грудному вигодовуванні до 6 міс і триваліше. Як супутня патологія у дітей діагностувалися дефіцитна анемія – у 47 (73,4%) дітей, гіпотрофія - у 7 (11%), паратрофія - у 1 (1,6%), рахіт – у 3 (4,7%), аномалії конституції – у 6 (9,4%).

Таким чином, факторами ризику розвитку пневмонії у дітей першого року життя є стан здоров'я вагітних жінок, характер харчування, а також такі супутні захворювання як анемія, гіпотрофія.

АНАЛІЗ ВИПАДКІВ ОТРУЄННЯ ТОПІЧНИМИ α -АДРЕНОМІМЕТИКАМИ

Хоменко О.І., Лебедєва О.А.

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1
Сумська МДКЛ*

За останні роки у зв'язку з легкодоступністю медикаментозних препаратів і безконтрольному їх застосуванні відмічається постійне збільшення кількості гострих отруєнь. Тяжкий клінічний перебіг і висока летальність при гострих отруєннях пов'язана з наступними причинами: поєднання порушень функції нирок і печінки, що виключає взаємокомпенсуючий вплив функцій вказаних органів, супутнім ураженням серцево-судинної системи, з порушенням гемо- і лімфодинаміки в паренхіматозних органах, одномоментним ураженням інших органів і систем, в першу чергу ЦНС і системи крові.

Нафтизин - препарат, який найбільш розповсюджений для використання з групи топічних α -адреноміметиків при захворюваннях верхніх дихальних шляхів. Безконтрольне застосування цього препарату може призвести до отруєння.

Під нашим наглядом впродовж 2000-2002 років отруєнням нафтизином було діагностовано у 14 дітей віком від 1 до 6 років. Причиною отруєння нафтизином і йому подібними препаратами, було їх безконтрольне закрапування в ніс та випадковий прийом всередину.

Специфічними клінічними симптомами при отруєнні нафтизином були в'ялість, сонливість, блідість шкіри, зниження м'язового тону (у 64,3 % аж до адинамії), брадикардія різного ступеня вираженості (до 57 - 90 ударів за хвилину), брадикардія у 42,9%, гіпотремія у 14,3 %, розширення зіниць у 21, 4%, запоморочення з втратою свідомості у 7,1% дітей.

Таким чином, лікування нафтизином риніту у дітей при його безконтрольному застосуванні може призвести до отруєн-

ня, про що слід неодноразово наголошувати у бесідах із батьками дітей молодшого віку.

ВИПАДОК НЕЙРОШКІРЯНОГО МЕЛАНОЗУ

*Марченко О.І.
Сумська МДКЛ*

Нейрошкіряний меланоз характеризується наявністю пігментних невусів великих розмірів на нижніх кінцівках, часто з волоссям або ізольовані невуси малих розмірів на різних частинах тіла; затримкою психофізичного розвитку, епілептичними нападами зумовленими інфільтрацією мозку меланобластами, дефектами нервової трубки, гідроцефалією, спинномозковою грижею.

В дитячому віці часто спостерігаються один або більше невусів.

Діти помирають частіше у перинатальному періоді.

Тривалість життя у хворих не перевищує 25 років. Тип спадковості домінантний. При цитогенетичному обстеженні нерідко виявляються пошкодження хромосом.

В відділенні неврології СМДКЛ в 2002 році знаходилась на лікуванні дитина Б., 5 міс. з ДС: нейрошкіряний меланоз, прогресуюча сполучена гідроцефалія в стадії декомпенсації, судомний синдром. Ураження шкіри пігментним невусом більше 60%. За час знаходження дитини у відділенні ріст голови склав 5 см (з 66 до 71 см).

Дитина померла від набряку мозку, зумовленого прогресуючою гідроцефалією.

ПРИМЕНЕНИЕ “КРАТАЛА”У ДЕТЕЙ С ВЕГЕТОСОСУДИСТЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

*Маркевич О.В., Лазебник Е.А.,
Мохаммед Аль Бахш клин. ординатор
Научный руководитель – проф. Смиян А.И.
СумГУ, кафедра педиатрии № 1
Сумская городская детская клиническая больница*

В педиатрическом отделении ГДКБ был применен **Кратал** у больных детей с вегетососудистой дисфункцией по:

- гипертоническому типу - 9;
- смешанному типу - 8;
- с непараксизмальной тахикардией - 3.

На фоне применения **Кратала** в лечении больных с вегетососудистой дисфункцией отмечено положительное влияние его на работу сердца, стабилизации АД. У 16 больных достоверно отмечалось седативное действие препарата, у 8 больных - антиангинальное, у 5 четко отмечался антиаритмический эффект препарата. Представленные результаты свидетельствуют о целесообразности включения **Кратала** в схемы лечения больных с вегетососудистой дисфункцией по гипертоническому типу, смешанному, а так же при повышении тонуса симпатического отдела ВНС.

У этих больных уменьшалась раздражительность, улучшался сон, сократилось количество эпизодов боли в области сердца, головы, сердцебиений.

При ЭКГ исследовании - отмечалось повышение сократительной способности миокарда, уменьшение степени выраженности процессов реполяризации в миокарде желудочков.

А так же выражен отчетливый положительный эффект применения **Кратала** у больных, пострадавших вследствие Чернобыльской аварии.

ДО ПИТАННЯ ПРО УЛЬТРАЗВУКОВІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ГІПЕРАЦИДНОГО ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ

*Рокитянська А., студ. 6-го курсу, Кучеренко П.В.,
лікар-педіатр
Науковий керівник - доц. Бинда Т.П.
Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1
Сумська МДКЛ*

Метою дослідження було встановити ультразвукові критерії діагностики гіперацидного хронічного гастриту. Під наглядом було 80 дітей: із них 43 дівчинки (53,8%) та 37 хлопчиків (46,2%). Дітям проводилась натще рН-метрія, УЗД та ФГДС. Для оцінки отриманих результатів діти були розподілені на 3 групи: I група - діти, яким проводились УЗД та рН-метрія; II група - діти, яким проводились УЗД та ФГДС; III група - діти, яким проводились УЗД, рН-метрія та ФГДС.

Дітям всіх трьох груп проводилось УЗД, при якому виявлено вільну рідину у шлунку. В результаті проведених досліджень встановлено, що з 13 дітей I групи у 11 (84,6%) при рН-метрії виявлено базальну гіперацидність, у 2-х (15,4%) - базальну нормоцидність. З 36 дітей II групи у 25 (69,4%) виявлено поверхневий гастрит, у 3 (8,3%) - гіпертрофічний гастрит, у 1 (2,7%) - поверхневий гіпертрофічний гастрит, у 5 (13,9%) - поверхневий гастродуоденіт. З 31 дитини III групи у 30 (96,7%) дітей виявлено базальну гіперацидність та поверхневий гастрит ($p < 0,05$) і тільки у 1 дитини виявлено поверхневий гастрит, абсолютну нормацидність та вільну рідину при УЗД.

Таким чином, наявність вільної рідини у шлунку натще при УЗД є специфічним діагностичним критерієм поверхневого гіперацидного гастриту.

ДО ПИТАННЯ ТЮТЮНОПАЛІННЯ СЕРЕД УЧНІВ СТАРШИХ КЛАСІВ м. СУМ

*Шаповаленко В., Дяченко І., Солончук О., студ. 3-го курсу
Науковий керівник – доц. Романюк О.К.
Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1*

Проблема тютюнопаління на жаль залишається актуальною. Вона носить соціальний аспект. У країнах світу палить 1/3 чоловіків та 1/4 жіночого населення. Особлива занепокоєність викликає поширення тютюнопаління серед підлітків.

З метою оцінки проблеми тютюнопаління серед підлітків проведено анкетування серед школярів 8-11 класів м.Сум. Встановлено, що серед 16-17 літніх дітей палять 31,4% (78,4% хлопчиків, 21,6% дівчаток), серед 13 літніх – 11,8%.

Виявлена кореляція між палінням опитуваних та їх батьків. У підлітків, що палять 84% батьків мають таку ж звичку.

Серед старшокласників зменшується кількість дітей, які вважають, що проблема повинна вирішуватися на державному рівні.

Початок паління серед опитуваних підлітків встановлено у віці 11,7 років і найчастіше пов'язаний із полегшенням встановлення контактів, для більш „ефектного” вигляду, намаганням не відрізнятись від компанії, що палить.

68% підлітків серед тих, хто палить, вважають, що можуть самостійно при потребі кинути цю пагубну звичку, а отже тютюнопаління, за їх думкою, не є проблемою для себе особисто. Проте загальна більшість учнів розцінюють тютюнопаління як важливу медичну та соціальну проблему.

ЕТАПИ ФОРМУВАННЯ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ

*Зубарева Ю., Сотник А., студ. 3-го курсу
Науковий керівник – доц. Романюк О.К.*

Сумський державний університет, кафедра педіатрії № 1

В процесі формування залежності від психоактивних речовин (ПАР) найстрашнішим є втрата того моменту, коли дитина починає захоплюватися, коли вживання стає настільки важливим, що інші справи відкладаються на потім. Змінюється функція вживання: не для приємного відчуття, а, для прикладу, щоб забути свою скуку або незадоволення.

Для вивчення підґрунтя розвитку звички застосування ПАР проведено анкетування серед підлітків м.Сум.

Так, загалом, встановлено, що 24% батьків учнів зловживають тютюнопалінням, алкоголем і навіть більш активними ПАР. 38% дітей вважають вживання ПАР особистою проблемою підлітка. Більш високий відсоток такої думки відмічено серед підлітків старшого віку. А, отже, проблеми будуть вирішуватися без участі сім'ї, близьких, школи.

Перші спроби вживання ПАР припадають за результатами опитування на вік 11-12 років. Переважають серед причин, які спонукали до пагубної звички: „престижний вигляд”(38% серед тих, хто палить та вживає алкоголь), „приклад” друзів – 36%, бажання бути „крутим” – 24%, небажання бути „білою вороною” – 10% та інші.

За даними анкетування для старшого віку (16-17 років) простежується намагання змінити свій психічний стан від комунікативного спілкування до гедоністичного – отримати задоволення, нові враження.

Враховуючи особливості психіки підлітків, неефективність методів залякування, покарання, вважаємо профілактичний напрямок роботи одним із найбільш ефективних у боротьбі із пагубними звичками.

ТРАНСФОРМАЦІЯ СУБ'ЄКТИВНОГО ВІДНОШЕННЯ ДО ТЮТЮНОПАЛІННЯ, АЛКОГОЛІЗМУ, НАРКОМАНІЇ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ м. СУМ

*Бідоленко С., Пісоцька М., Северіна О., студ. 3-го курсу
Науковий керівник – доц. Романюк О.К.
Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1*

З віком трансформується загальне відношення до паління. Так, майже 80% підлітки восьмих класів негативно сприймають рекламу сигарет на вулицях міста, на телеекранах, засуджують однолітків, що палять. У старших класах відсоток активно негативного відношення до тютюнопаління падає у підлітків 10 класів до 32%, 11 класів – до 26%. Таке ж негативне відношення у 13 літніх до алкоголізму та наркоманії. Серед дітей цієї категорії у відношеннях до людей, які вживають алкоголь та наркотики переважає страх – 48%, презирство – 34%, злість – 18%, співчуття – 28%. У порівнянні із думкою молодших старшокласники відносяться до людей із пагубними звичками з байдужістю.

Якщо серед молодших школярів вживання алкоголю, тютюнопаління – це один із варіантів спілкування, то переважною думкою серед підлітків 15-16 років є використання психоактивних речовин для задоволення своєї втіхи.

Більшість із опитуваних – 91,4% не вважають, на жаль, пасивне тютюнопаління ще більшою небезпекою для свого організму. З віком знання про токсичну дію психоактивних речовин збільшується, проте сприйняття додаткової інформації від старшого покоління зменшується.

ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ МІДЦЮ ТА ЦИНКОМ ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ ТА ДІТЕЙ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ

Лобода А.М., клін. орд.

Науковий керівник – д.м.н., проф. Маркевич В.Е.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії № 2

Метаболізм заліза тісно пов'язаний з обміном інших мікроелементів в організмі. Лише 35-55% анемії у дітей спричинені переважним дефіцитом заліза, решта мають характер полідефіцитних.

Вивчено мікроелементний спектр сироватки крові здорових дітей та дітей із залізодефіцитною анемією (ЗДА) I-II ст.

У здорових дітей концентрація цинку в сироватці складала $17,96 \pm 1,06$ мкмоль/л, вміст міді – $16,50 \pm 0,71$ мкмоль/л, заліза – $22,92 \pm 1,83$ мкмоль/л. Співвідношення між цими мікроелементами у здорових дітей, наведені в таблиці 1, можуть використовуватися в якості нормативних показників в повсякденній практиці педіатрів та гематологів.

Встановлено, що ЗДА характеризується не тільки наявністю сироваткового дефіциту заліза ($7,61 \pm 0,78$ мкмоль/л), але і цинку ($9,82 \pm 0,58$ мкмоль/л) та гіперкупремією (рівень міді в сироватці крові складав $23,35 \pm 0,95$ мкмоль/л). Відповідно відзначалося і порушення співвідношень між цими мікроелементами (див. таблицю 1).

Таблиця 1. Співвідношення між залізом, цинком, міддю сироватки крові у здорових дітей та дітей з анемією.

	Fe/Cu	Fe/Zn	Zn/Cu
Здорові діти n=25	$1,534 \pm 0,255$	$1,351 \pm 0,174$	$1,148 \pm 0,122$
Діти із ЗДА n=48	$0,345 \pm 0,054$ p<0,001	$0,792 \pm 0,094$ p<0,01	$0,441 \pm 0,042$ p<0,001

Примітка: p – достовірність, відносно показника у здорових

Дефіцит мікроелементів та порушення взаємовідносин між ними може викликати появу функціонального дефіциту заліза, який поєднується з абсолютним дефіцитом заліза і поглиблює його.

ДИНАМІКА РІВНЯ ЕРИТРОПОЕТИНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ

Лобода А.М., клін. орд.

Науковий керівник – д.м.н., проф. Маркевич В.Е.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії № 2

Еритропоетин (ЕРО) – є одним з головних регуляторів еритропоезу. Рівень ЕРО в плазмі складає 1-15 мОД/мл. Він підвищується при зниженні концентрації гемоглобіну менше 105 г/л.

Вивчено забезпеченість ЕРО сироватки крові здорових дітей та дітей із залізодефіцитною анемією (ЗДА) I-II ст. та в ході її лікування препаратом Мальтофер та Мальтофер – вітамінним комплексом.

У здорових дітей сироваткова концентрація ЕРО складала $15,29 \pm 4,26$ мОД/мл. При розвитку ЗДА рівень ЕРО підвищувався більш, ніж в 2 рази ($36,77 \pm 5,25$ мОД/мл, $p < 0,01$).

При застосуванні Мальтоферу концентрація ЕРО поступово зменшувалася на тлі зростання рівня гемоглобіну, і на 30-40-ву добу від початку лікування не відрізнялася від рівня здорових дітей ($17,76 \pm 3,92$ мОД/мл).

При використанні Мальтоферу з комплексом вітамінів А,С,Е вже на 14-15-ту добу відбувалося достовірне зниження рівня ЕРО ($22,5 \pm 3,4$ мОД/мл). Покращення гематологічних параметрів в цей період (гемоглобін – $107 \pm 1,28$ г/л, еритроцити $3,79 \pm 0,05 \cdot 10^{12}$ /л, гематокрит $0,322 \pm 0,003$) призводило до пригнічення еритропоетин – синтезувальної функції. На 30-40-ву добу від початку лікування спостерігалася “друга хвиля” підви-

щення рівня ЕРО в сироватці ($29,57 \pm 3,47$ МОД/мл). Це, напевне, обумовлено індукцією синтезу ЕРО на тлі застосування вітамінного комплексу. Відміна останнього викликає зниження рівня ЕРО.

Таким чином, вітаміни А,С,Е виступають в ролі індукторів синтезу ЕРО. Вони викликають пікове збільшення рівня ЕРО в сироватці наприкінці 1-го місяця лікування, що забезпечує більш тривалу стимуляцію еритропоезу.

ВПЛИВ ФЕРО- ТА ВІТАМІНОТЕРАПІЇ НА ЕРИТРОПОЕТИН-СИНТЕЗУВАЛЬНУ ФУНКЦІЮ У НЕДОНОШЕНИХ

*Пилипець І.В., к.м.н., доц., Лобода А.М., клін. орд.,
Міщенко О.М., клін. орд.*

Сумський державний університет, кафедра педіатрії № 2

Експериментальними та клінічними спостереженнями встановлено, що однією з основних причин ранньої анемії недоношених (РАН) є недостатній синтез еритропоетину (ЕРО). Еритропоетин - глікопротеїд, що вважається головним регулятором еритропоезу.

Проведена оцінка рівня ЕРО сироватки крові новонароджених з РАН, які лікувалися препаратом Мальтофер та комплексом вітамінів А, С, Е (перша група), та новонароджених, які лікувалися лише вітамінним комплексом (друга група). Групу порівняння склали діти з РАН, які не отримували вищезгадане лікування.

Попередні наші дослідження показали, що в інтервалі з 7-го по 30-й день життя у недоношених малюків групи порівняння рівень ЕРО був найнижчим за весь період обстеження.

В першій групі дітей концентрація ЕРО на 14 добу від початку лікування достовірно збільшилася ($36,01 \pm 4,7$ МОД/мл) порівняно з показником до лікування ($17,65 \pm 3,07$ МОД/мл). У

дітей другої групи на 2-му тижні від початку лікування також відмічалось збільшення концентрації ЕРО ($41,06 \pm 4,35$ порівняно з $15,84 \pm 3,14$ мОД/мл).

У дітей обох груп відсутньою була кореляція між концентрацією сироваткового ЕРО і ступенем недоношеності. У глибоконедоношених дітей спостерігався найбільший приріст рівня ЕРО в сироватці на фоні лікування (в середньому в 3,5 рази). В той же час приблизно у 20% немовлят з РАН в обох групах не зафіксовано приросту рівня ЕРО на тлі лікування. Його рівень, навпаки, зменшувався (коефіцієнт приросту складав 0,8).

Отже, використання комплексу вітамінів А, С, Е слід розглядати як індуктори синтезу ЕРО.

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

*Жданов Я.О., студ., 6-го курса
Научный руководитель - доцент Попов С.В.
СумГУ, кафедра педиатрии № 2*

Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) - одно из наиболее часто встречающихся патологических состояний периода новорожденности. Высоко ее влияние на дальнейший рост и развитие ребенка.

Было проведено исследование особенностей неврологического статуса у новорожденных с ГИЭ средней и тяжелой степенью тяжести. Использовалось выделение синдромов острого периода по Ю.А. Якунину [1979], в частности синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, угнетения, гипертензионно-гидроцефального, судорожного. Обследование было проведено у 20 новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией

средней тяжести (группа 1) и у 20 новорожденных с ГИЭ тяжелой степени (группа 2) на 1-е, 3-и, 5-е сутки жизни.

В результате проведенного исследования установлено, что у детей с ГИЭ средней степени тяжести преобладал синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Он встречался у 60-75% новорожденных группы 1, причем максимальная выраженность данного синдрома отмечена на 1-е сутки жизни. У младенцев с ГИЭ тяжелой степени наиболее часто отмечался синдром угнетения ЦНС. Причем его максимальная выраженность приходилась ближе к окончанию раннего неонатального периода - у 54% новорожденных на 1-е сутки, у 79% на 3-и, у 82% - на 5-е сутки жизни.

Таким образом, у новорожденных с ГИЭ средней степени тяжести преобладают процессы возбуждения, у детей с ГИЭ тяжелой степени - процессы угнетения ЦНС.

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ- ШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

*Кононов А.А., студ. 6-го курса
Научный руководитель – доцент Попов С.В.
СумГУ, кафедра педиатрии № 2*

Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) - одна из наиболее частых причин тяжелого поражения ЦНС, имеющего неблагоприятные последствия не только в периоде новорожденности, но и в более позднем возрасте.

Важным аспектом течения ГИЭ является вовлечение в патологический процесс внутренних органов и систем, что усугубляет тяжесть указанной патологии.

Проводилось изучение частоты поражения внутренних органов - сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта - при гипоксически-ишемической энцефалопатии средней (группа

1, 20 дітей) и тяжелой (группа 2, 20 дітей) степени. Исследование проводилось на 1-е, 3-и и 5-е сутки жизни.

Было выявлено, что у новорожденных с ГИЭ средней степени тяжести наиболее часто в патологических процесс вовлекался желудочно-кишечный тракт - в 25% случаев. Более редкими были изменения со стороны сердечно-сосудистой системы - у 16% детей. У новорожденных с ГИЭ тяжелой степени часто вовлечения внутренних органов была значительно более высокой. Так, сердечно-сосудистая система поражалась в 95% случаев, органы дыхания - в 85%, мочевыделительная система - в 88%, а желудочно-кишечный тракт - в 78% случаев. Причем для детей группы 2 характерным было усугубление соматического статуса к 3-м и 5-м суткам жизни.

Таким образом, степень вовлечения в патологический процесс внутренних органов у новорожденных с ГИЭ тяжелой степени и развитие так называемого “синдрома взаимного отягощения” требует проведения специализированных лечебных мероприятий.

РОЛЬ НЕГАТИВНИХ РЕГУЛЯТОРІВ ЕРИТРОПОЕЗУ У ВИНИКНЕННІ АНЕМІЙ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

*Галушко О.Н. студ. 5-го курсу
Науковий керівник – доцент Пилипець І.В.
СумДУ, кафедра педіатрії №2*

В останні роки зросла увага дослідників до вивчення впливу інтерлейкінів на еритропоез та розвиток анемії.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу інтерлейкінів -1, 4, 6 і фактору некрозу пухлин на продукцію еритропоетину та встановлення їх ролі у виникненні анемії у новонароджених.

Рівень інтерлейкінів та еритропоетину вивчали в пуповинній крові малюків та на 4-5 і 20-30-ту доби життя у 40 дітей.

У дітей, які народилися від матерів з анемією тяжкого ступеня в пуповинній крові наявна комбінація високого рівня фактору некрозу пухлин, інтерлейкіну 6 та підвищеного рівня інтерлейкінів 1 та 4, що значно пригнічує синтез еритропоетину.

На 4-5 добу життя діти від матерів з анемією вагітних II-III ступ. мали достовірно підвищені показники інтерлейкінів 4 і 6 та еритропоетину. Порівняно з показниками в пуповинній крові ці показники достовірно зросли.

У цих дітей на 20-30 добу життя порівняно з дітьми від здорових матерів, достовірно підвищувався рівень інтерлейкінів 1, 4, 6, еритропоетину та фактору некрозу пухлин. Майже 70 % цих дітей до кінця першого місяця життя мали анемію.

Таким чином розвиток анемії у дітей наприкінці першого місяця життя пов'язаний з недостатнім синтезом еритропоетину на тлі підвищеного вмісту інтерлейкінів.

ОСНОВНІ ПОМИЛКИ ЛІКАРІВ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

*Грек А.В., Трусова О.В., Зізенко О.М. студ., 4-го курсу
Науковий керівник - доцент Зайцев І.Е.
СумДУ, кафедра педіатрії № 2*

Не дивлячись на добру обізнаність лікарів з питань діагностики виразкової хвороби у дітей, частота несвоєчасної діагностики цієї патології не зменшується.

Нами проаналізовані випадки вперше виставленого діагнозу хвороби шлунку та 12-палої кишки лікарями обласної дитячої клінічної лікарні за 2002 - 2003 роки. За цей період в обласному гастроентерологічному центрі вперше виставлено і підтверджено ендоскопічними дослідженнями діагноз виразкової хвороби 4 дітям старшого шкільного віку, які знаходились на диспансерному обліку за місцем проживання як хворі гастродуоденітами.

При аналізі основних симптомів у хворих встановлено, що в одному випадку у хворого відмічалися інтенсивні болі в епігастрії, нудота, слабкість, блювота з прожилками крові. В іншому випадку у дитини відмічалися інтенсивні болі в епігастрії та області пупка, посилювалися у вечірній час. Хворі неодноразово консультуються хірургом і в решті решт з підозрою на апендицит направляються в хірургічне відділення. В 2 інших випадках діти лікарями ЦРЛ були направлені в хірургічне відділення з приступними болями в області живота без чіткої локалізації. В усіх випадках діагноз виразкової хвороби лікарями центральних районних лікарень запідозрено не було. Це пов'язано з особливостями перебігу захворювання, недостатньою настороженістю лікарів відносно виразкової хвороби у дітей.

Таким чином, слід зазначити - ведучим симптомом виразкової хвороби у дітей є больовий, що потребує обов'язкового ендоскопічного обстеження. Вищезгадана патологія знаходиться на вістрі сучасної науки, де маються безперечні досягнення, а з другого боку спонукає до подальших досліджень в цій області педіатрії.

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ TORCH-ІНФЕКЦІЙ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Змієвський О.І. студ. 4-го курсу, Загородній О.М.

студ. 6-го курсу

Науковий керівник – доцент Пилипець І.В.

СумДУ, кафедра педіатрії №2

Серед внутрішньоутробних інфекцій новонароджених найбільш найчастіше реєструються захворювання, які об'єднують в групу TORCH-інфекцій. Обстеження вагітних та новонароджених на цю групу інфекцій поки залишається малодоступним. В області наявна одна лабораторія, яка проводить необхідні дослідження, в тому числі з використанням імунофер-

ментного аналізу (ІФА) та полімеразних ланцюгових реакцій (ПЛР), спецлейколізу (СЛ).

Нами проведено аналіз результатів обстеження на TORCH-інфекції 359 вагітних та 400 новонароджених. Вивчали частоту виявлення токсоплазмозу, цитомегаловірусної та хламідійної інфекцій з використанням різних методів. Використання якогось одного методу не дозволяє з впевненістю говорити про інфікування вагітної чи новонародженого даним збудником, навіть при позитивному результаті. При обстеженні на токсоплазмоз методом РНІФ позитивні результати були у 37% вагітних, методом СЛ - 47%, методами ПЛР, ІФА Іg М - негативні в усіх випадках. При обстеженні на токсоплазмоз новонароджених РНІФ позитивні результати виявлені у 52,3%, методом спецлейколізу – 43,2%, ІФА Іg М, ПЛР-негативні. При обстеженні вагітних на цитомегаловірус методом ІФА Іg G позитивні – 87,9%, ІФА Іg М, РНІФ, ПЛР -негативні. У новонароджених дітей ІФА Іg G позитивні у 76,7%, ІФА Іg М- негативні, РНІФ -позитивні у 18,2%, ПЛР – 4,3%. При обстеженні вагітних на хламідійну інфекцію ІФА Іg G були позитивні у 19,7%, ПЛР у 4,5%. У новонароджених ІФА Іg G були позитивні у 8,5%, при негативних результатах отриманих іншими методами.

Таким чином позитивні результати паралельного обстеження вагітних та їх новонароджених дають право виставляти діагноз внутришньоутробної інфекції.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОДУОДЕНІТІВ У ДІТЕЙ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ В УМОВАХ НЕСПРИЯТЛИВОГО ДОВКІЛЛЯ

Комарницька В.В., Ястребова І.С., Боруха Н.О., студ., 4-го курсу

Науковий керівник - доцент Зайцев І.Е.

СумДУ, кафедра педіатрії № 2

Захворюваність та розповсюдженість хронічних гастроудоденітів серед дітей є актуальною проблемою розвитку нашого суспільства, особливо в регіонах з несприятливим довкіллям.

Нами проведена порівняльна характеристика основних симптомів захворювання на гастроудоденіт (ендоскопічно підтвердженого) у 100 дітей, які лікувалися в гастроентерологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні, серед яких 50 осіб мешкали в районах забруднених солями важких металів (Шосткинський та Ямпільський райони).

При цьому встановлено, що у дітей, які мешкають в несприятливому довкіллі при гастроудоденітах біль натще спостерігався частіше (59,6% при 47,2% в контрольній групі), в 2 рази частіше (41%) спостерігалось відригування, лікарями у них відмічається кволість (88,1% при 62,7% в контрольній групі) і посилення апетиту. Разом з тим, зниження апетиту відмічено рідше в 4 рази (12%) і в 3 рази рідше спостерігалось обкладення язика нальотом.

Всі діти одержали комплексне лікування і виписані з покращанням стану та позитивними змінами слизової оболонки шлунку (встановлені при ендоскопічному обстеженні), однак у дітей групи спостереження більшість клінічних синдромів ліквідувалась пізніше ($p < 0,05$).

Таким чином, нами виявлені деякі відмінності в частоті симптомів у дітей з хронічними гастроудоденітами, які мешкають в несприятливому довкіллі. Повноцінна діагностика з поєднанням особливостей клінічної симптоматики є запорукою ус-

пішної терапії цих захворювань у дітей з екологічно несприятливих регіонів.

КОМП'ЮТЕРНИЙ МОНІТОРИНГ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ, ЯК ОДИН ІЗ ШЛЯХІВ ПОКРАЩЕННЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ ЦІЇ КАТЕГОРІЇ

*Лаба О.В., Кмита О.П., студ., 4-го курсу
Науковий керівник – доц. Загородній М.П.
СумДУ, кафедра педіатрії №2*

Вроджені вади серця (ВВС) є актуальною медико-соціальною проблемою, частота виникнення якої, не дивлячись на вжиті заходи, залишається високою.

Нами була вивчена розповсюдженість ВВС в Сумській області. На обліку в Сумській обласній дитячій клінічній лікарні (СОДКЛ) знаходилось 778 дітей віком до 14 років, у яких діагноз ВВС підтверджено інструментальними методами дослідження (ЕКГ, ФКГ, УЗД серця). Серед дітей з ВВС найчастіше зустрічається дефект міжшлуночкової перетинки (ДМШП) – 39,6%), комбіновані вади серця – 14,6%, далі щільне місце посідають дефект міжпередсердної перетинки (ДМПП) і відкрита аортальна протока (ВАП) – кожна вада по 8,6% . Інші види ВВС було діагностовано в меншій кількості випадків: стеноз легеневої артерії – 6,4%, стеноз гирла аорти – 4,9%, тетрада Фалло – 3,7%, коарктація аорти – 2,5% . Інші ВВС склали 11,1% від усіх дітей з ВВС. Всього прооперовано 156 дітей (1/5 від усіх дітей з ВВС).

Діти взяті на облік (комп'ютерний моніторинг). Здійснюється регулярний огляд цих хворих під час планово-консультативних виїздів кардіологів в райони, вони обстежуються в умовах ОДКЛ, де за участю ведучих фахівців Київського НДІССХ проводиться відбір на хірургічну корекцію. Кожен

випадок народження дитини з ВВС розглядається комісією, аналізуються причини помилок УЗ скринінгу вагітних.

Таким чином впровадження комп'ютерного моніторингу хворих з ВВС сприяє покращенню медичного забезпечення дітей даної патології.

ЕТАПНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З УРАЖЕННЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

*Полов'ян К.С., Псарьова О.В., студ., 4-го курсу
Науковий керівник – доц. Загородній М.П.
СумДУ, кафедра педіатрії №2*

Для зменшення інвалідності серед дітей з ураженнями перинатальними ураженнями (ПУ) центральної нервової системи (ЦНС) надзвичайно важливим є своєчасне, комплексне лікування з проведенням реабілітаційних заходів.

Нами проведено аналіз медичної документації 444 дітей, які в 2002 році лікувалися у відділення патології новонароджених обласної дитячої клінічної лікарні (ОДКЛ). Діти з перинатальними ураженнями ЦНС склали 57.2% від усіх пролікованих. Діагноз ПУ ЦНС був підтверджений клінічними, лабораторними та інструментальними (УЗД) дослідженнями. Реанімаційні заходи при народженні та під час лікування в ОДКЛ проводилися 85 дітям з ПУ ЦНС. Синдром нервово-рефлекторної збудливості відмічався в 63.5%, судомний в 11%, синдром загального пригнічення спостерігався в 11%, вегето-вісцеральні розлади - в 5.0% дітей з ПУ ЦНС. Пологова краніоспінальна травма склали 0.9%, акушерські парези - 0.8%. Після проведеного комплексного лікування судомний синдром ліквідувався в усіх випадках, гіпертонічний синдром повністю ліквідований був в 40% хворих, спастико-тонічний синдром вдалося ліквідувати в половини дітей, нерво-рефлекторну збудливість - в 60% випадків, вісцеро-вісцеральні розлади в 100%. Загальна ефективність першого

етапу лікування та реабілітації у відділенні склала 80%. В 20% були залишкові явища. Через 1-3 місяці рекомендувалося продовження реабілітаційних заходів в умовах неврологічного відділення. Продовження реабілітаційних заходів в амбулаторних умовах рекомендовано під контролем дільничного педіатра, невролога та фахівців ОДКЛ. Використання етапної реабілітації в області дозволило знизити інвалідність дітей від дитячого церебрального паралічу.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*Воронцова А.В., Прищепя С.В., Ястремская Т.А.,
студ., 6-го курса*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Проскура В.С.
Днепропетровский национальный университет,
Медицинский факультет, кафедра
охраны материнства и детства.*

Изучены показатели физического, нервно-психического развития и заболеваемости детей раннего возраста с перинатальными поражениями центральной нервной системы (ЦНС). Выявлена отчетливая тенденция к задержке психомоторного развития.

Полученные данные позволили определить факторы риска ретардации нервно-психического развития детей с перинатальными поражениями ЦНС: патологическое течение беременности на фоне гиперплазии щитовидной железы, анемии, варикозного расширения вен, кольпита, пиелонефрита, токсикоза во 2-ой половине беременности, а также патологическое течение родов. Особо опасно сочетание более 3-х из названных факторов.

Течение раннего восстановительного периода было тяжелее при гипоксически-травматическом поражении ЦНС. Наибо-

лее стойкими во временном отношении явились синдромы двигательных нарушений, гипертензионно-гидроцефальный, вегетовисцеральный, задержки моторно-статического и речевого развития. У детей с остаточными явлениями перинатального поражения ЦНС высок процент заболеваний органов пищеварения, опорно-двигательного аппарата, снижение остроты зрения. Отмечен высокий порог стигматизации.

Лечение детей с перинатальными поражениями ЦНС требует более длительного применения ноотропов, а также препаратов, улучшающих мозговое кровообращение; необходима дифференцированная посиндромная терапия.

ВПЛИВ СПОЛУЧНОТКАНИННОЇ ДИСПЛАЗІЇ НА ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Пашкова О.Є.

Науковий керівник – проф. Ткаченко Ю.П.

*Запорізький медичний університет,
кафедра госпітальної педіатрії*

Під спостереженням знаходилася 331 хвора на бронхіальну астму дитина в віці 7-15 років. При клінічному обстеженні проводилася оцінка наявності стигм дисплазії сполучної тканини (ДСТ), які було виявлено майже у всіх хворих (94,6±1,2%). Найчастіше зустрічалися такі стигми ДСТ, як порушення постави, сколіоз (68,6±2,6%), плоскостопість (52,6±2,7%), гіпермобільність суглобів (48,6±2,7%), слабкий розвиток мускулатури (38,1±2,7%), астенічна статура (34,1±2,6%), деформація грудної клітки (27,8±2,5%), грижі (26,9±2,4%), гіпереластичність шкіри (26,0±2,4%). Інші стигми ДСТ (порушення зору, косоокість, арахнодактилія, скривлення носової перегородки) зустрічалися близько 15% хворих. Малі аномалії серця були виявлені у половині дітей (52,8±3,5%). Відсутність стигм ДСТ встановлено у 5,7±1,2% пацієнтів. Численні стигми ДСТ (5 та більше) мали 162 дитини

(48,9±2,7%), у яких було діагностовано синдром недиференційованої системної дисплазії сполучної тканини (СНСДСТ).. Тяжкість перебігу бронхіальної астми залежала від кількості стигм ДСТ ($r=+0,25$). У дітей з СНСДСТ інтермітуюча форма захворювання була у 50 дітей (30,9±3,6%), легка персистуюча – у 47 (29,0±3,6%), середньотяжка і тяжка персистуюча – у 65 (40,1±3,8). Серед хворих, які мали 7 та більше стигм ДСТ (77 чоловік) середньотяжкий і тяжкий перебіг захворювання спостерігався у половини (50,7±5,7%). В групі порівняння I ступінь бронхіальної астми зустрічалася в 1,5 рази частіше (49,7±3,8%), а III та IV ступені захворювання – в 2 рази рідше (20,7±3,1%, $p < 0,05$).

Таким чином, сполучнотканинна дисплазія є фактором ризику формування тяжкого перебігу бронхіальної астми.

Акушерство та гінекологія

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СТАТУРИ У ДІВЧАТОК-ПІДЛІТКІВ

*Голєнда Е.В., студ. 1-го курсу
Науковий керівник – доц. Сухарєв А. Б.
Кафедра акушерства та гінекології СумДУ*

Тип статури жінок характеризує статевий розвиток. Нами вивчено морфограми у 103 дівчаток-підлітків та студенток у віці від 16 до 23 років. Морфограми будували за показниками зросту, віку, обводу грудної клітини, семи зовнішніх розмірів кісткового таза. Типи морфограм порівнювалися з особливостями менструальної функції кожної з досліджуваних. Нормальну, жіночу статуру мали 61,2 % досліджуваних. В названій групі менструальна функція почалася за терміном та не мала відхилень. У 8,7 % обстежених знайдено інфантильний тип статури. У цих дівчаток знайдено обтяжений анте, постнатальні періоди життя, запізниле менархе. Крім того, в іншій групі встановлено, що на тлі відсутності ростових змін відзначається незначне зменшення обводу грудної клітини ($p < 0,05$) та значне зменшення розмірів таза, що вказує на формування змішаного типу статури у 30,1 % дівчаток підлітків та студенток, що свідчить про андрогенізацію жіночого організму у пубертатному віці. Підтвердженням цього було пізнє менархе, рідкі менструації з менархе (опсо,- амено-реї).

Отже, проведені дослідження показали, що в Сумській популяції превалює жіночий тип статури у 61,2 %, змішаний тип статури у 30,1 %, інфантильний тип- у 8,7 % жінок. Тип морфограм відзеркалює статевий розвиток жінки та корелює зі змінами менструальної функції. Названий метод потребує мінімальних економічних затрат та мусить бути впровадженим у широке коло практичних лікарів-гінекологів.

СТАН ЗДОРОВ'Я ВАГІТНИХ ЖІНОК СУМЩИНИ

*Віхрова І.Ю., студ. 6-го курсу
Науковий керівник – доц. Сміян С.А.
Кафедра акушерства та гінекології СумДУ*

За 2002 рік отримали обстеження та лікування у відділенні патології вагітності СОЦАГР 1231 жінка, що на 61 жінку більше, ніж у 2001 році. Серед пролікованих 51,9% було із районів області. В основному були направлені на лікування вагітні середньої та високої групи ризику. Частіше приводом для лікування була екстрагенітальна патологія – 12,2%, серед яких найбільшу питому вагу склали залізодефіцитні анемії вагітних середнього і важкого ступеня – 26,7%. Через екстрагенітальну патологію загрозу переривання вагітності від 12 до 22 тижнів мали 6% обстежених, загрозу передчасних пологів – 3,9%, материнсько-плодове інфікування – 8,9%, в тому числі багатоводдя – 4,5%. Преєклампсії – 3,4%, хронічна фетоплацентарна недостатність – 3,3%. На дострокову допологову підготовку госпіталізовані вагітні з вузьким тазом, багатопліддям, сідничним передлежанням, старі за віком первородящі. Після проведеного лікування вагітність пологамі в термін завершилась у 917 жінок (98%), передчасними – у 19 (2%). Через комплекс ускладнень перебігу вагітності та за наявності ряду екстрагенітальних захворювань проведено планове абдомінальне розродження у 140 вагітних (92,1%), ургентних – 12 (7,9%).

Таким чином зазначимо, що найбільш небезпечний перебіг вагітності спостерігається у жінок з екстрагенітальною патологією як міської так і сільської місцевості.

ПЕРИНАТАЛЬНА ОХОРОНА ПЛОДА ПРИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ІНФІКУВАННІ (Оглядіві тези)

*Калашник Н.В., студ.5-го курсу, Голенда Е.В., студ.1-го курсу,
Науковий керівник – зав.кафедри акушерства та гінекології
СумДУ д...м.н., проф. Жерновая Я.С.*

Незважаючи на успіхи, що були досягнуті в 20-му столітті в галузі перинатології при вагітності високого ризику, до цього часу залишається одним із найважливіших завдань сучасного акушерства – зниження перинатальної захворюваності і смертності, яке й на сьогоднішній день ще залишається далеким від вирішення (О.М.Луцьянова в співавт., 1996; Б.М.Венцківський в співавт., 2000). Смертність та інвалідність дітей в Україні значно перевищує відповідні показники у розвинутих країнах світу, і це за умови зниження меж перинатальної смертності та концепції безпечного материнства, рекомендованих ВООЗ.

Зростання внутрішньоутробного інфікування плода (ВУІП) останнім часом, великий внесок його в репродуктивні втрати, ослаблення майбутнього покоління потребує різноспрямованого вивчення названої проблеми. Це пов'язано з поліетіологічністю патології, відсутністю чіткого взаємозв'язку між вираженістю клінічних проявів інфекції у матері і ступенем ураження плода, багатофакторною дією інфекційного агента на плід.

Ендокринна система плода, що швидко розвивається, з ранніх термінів представлена фетоплацентарним комплексом (ФПК), діяльність якої здійснюється за допомогою естріолу (Е), прогестерону, плацентарного лактогену (ПЛ) і кортизолу (К). Порушення синтезу цих гормонів стає причиною фетоплацентарної недостатності (ФПН) і цілої низки гестаційних ускладнень. Перинатальна гіпоксія плода внаслідок хронічної фето-

плацентарної недостатності призводить до “біохімічної травми” головного мозку, що у кожної десятої дитини проявляється неврологічними ускладненнями та мозковими дисфункціями з важкістю у навчанні та з розвитком соціальної дезадаптації, нездатності в подальшому житті до високої розумової і тонкої фізичної праці. Перинатальні інфекції, особливо вірусні, залишаються майже некерованою причиною ретардації плода, перинатальної смертності, захворюваності та ранньої дитячої психоневрологічної інвалідності через труднощі у діагностиці. Наприклад, як показують дані клінічної практики (мій курсив) вони приховуються за діагнозами “внутрішньоутробна гіпоксія”, “асфіксія” або “пологова травма”.

Залишається невизначеною роль цитокинів та апоптозу, антифосфоліпідного синдрому, що опосередковують або індукують розвиток ФПН. При інфікуванні плода порушується система гемостазу, оскільки через мікротромбування судин призводить до розладів у матково-плацентарному комплексі.

Важливою проблемою при ВУП є розродження. Навіть обережне розродження не попереджує перинатальних втрат. Напруження та виснаження адаптаційних можливостей функціонування системи мати-плацента-плід за умов ХФПН, аномалії пологової діяльності, патології плаценти й пуповини можуть сприяти розвитку дистресу плода в пологах, інтра- та постнатальній смерті або розвитку захворювань в ранньому неонатальному періоді. Таким чином визначення частоти ВУП, причин та патогенетичної ролі різних чинників у розвитку ХФПН та ретардації плода, вдосконалення їх діагностики і диференційованої корекції буде сприяти покращанню адаптаційних можливостей плода й перинатальних наслідків, зниженню смертності та захворюваності новонароджених.

Зважаючи на вказане, важливою проблемою сучасного акушерства будуть дослідження підвищення ефективності перинатальної охорони плода шляхом розробки диференційованих підходів до профілактики, діагностики та корекції порушень адаптаційних механізмів в системі –мати-плацента-плід за умов

хронічної фетоплацентарної недостатності в залежності від патогенетичних механізмів її розвитку.

ПРОБЛЕМА ІНФІКУВАННЯ ПЛОДА

*Сеник І.Я., лікар Велико-Писарівської ЦРЛ
Науковий керівник – зав. каф. акушерства та гінекології
д. м. н., проф. Жерновая Я.С., СумДУ*

Інфікування плода є актуальною проблемою сучасного акушерства через те, що воно є причиною великих репродуктивних втрат та послаблює майбутнє покоління. Названа проблема стала міждисциплінарною. Зусилля багатьох науковців спрямовані на поліпшення як його діагностики, так і лікування під час вагітності, щоб зменшити вплив на плід, що розвивається.

Нами вивчено стан фетоплацентарного комплексу при інфікуванні плода у 107 вагітних. Встановлено, що в кожному випадку вагітність ускладнювалася загрозою невиношування на різних її термінах. З другого триместру вагітності відзначено зниження рівня ключових гормонів (естріолу, прогестерону, лактогенного гормону) та підвищення рівня кортизолу. Оскільки плацентарний є білковим гормоном плаценти, то його зниження свідчить про розвиток плацентарної недостатності, що корелювало з даними ехографічного дослідження.

При ехографічному дослідженні знайдена затримка розвитку плода у 83,4% обстежених жінок. Виявлено патологію амніона та хоріона (багатоводдя та маловоддя) як показник хронічного стресу плода. В плаценті також були виражені дистрофічні зміни, які в подальшому при доплерометричному дослідженні свідчили порушення плацентарної перфузії.

Отже, інфікування плода призводить до фетоплацентарної недостатності і стає причиною ускладнень вагітності.

ФПК У ВАГІТНИХ-РОБІТНИЦЬ ХІМІЧНОГО ВИРОБНИЦТВА

*Кузьоменська М.Л. , асист. СумДУ
Науковий керівник – зав .каф. акушерства та гінекології № 2
Харківського державного медичного університету
д. м.н., проф. Паращук Ю.С.*

Вагітність та пологи у робітниць хімічного виробництва перебігає патологічно. У них вищій рівень перинатальних втрат та ускладнень в пологах.

Нами обстежено 64 вагітних, із них – основна група 24 робітниці хімічного виробництва; контрольна група – 40 жінок, не зайнятих у хімічному виробництві. За нашими даними серед робітниць, зайнятих у хімічному виробництві, ускладнення вагітності – мимовільні аборти, ранні та пізні гестози, анемії, внутрішньоутробна гіпоксія плода – зустрічались в 2,1 рази частіше, ніж у контрольній групі.

У дослідженій групі вивчена ендокринна функція плаценти – рівень естріолу, прогестерону, плацентарного лактогену в сироватці крові радіоімунним методом. Результати наших досліджень показали, що у вагітних основної групи, гормональна функція плаценти значно нижче, ніж у здоровиз вагітних контрольної групи.

Таким чином, визначення у сироватці крові рівня гормонів (ПЛ, естріолу, прогестерону) ФПК – є ефективним методом перинатальної діагностики, який дозволяє виявити відхилення у перебігу вагітності.

СТАН ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ПІЗНІХ ГЕСТОЗАХ, УСКЛАДНЕНИХ ПЕРЕДЧАСНИМ ВІДШАРУВАННЯМ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ

Легейда Т.І., Бердзенішвілі, М.Т.

Науковий керівник – асист., к.м.н. Жесткова І. В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра акушерства та гінекології №2 (Київ)

Метою цього дослідження було вивчення стану плода новонародженого та морфо-функціональної структури посліду при пізніх гестозах, ускладнених передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти (ПВНРП).

Об'єктом дослідження були плаценти 36 жінок, у яких ПВНРП наставало на фоні прееклампсії гестозу легкого (I гр. - 28 хворих) та тяжкого ступеня (II гр. - 8 хворих). Контрольні групи склали плаценти 4 породіль з фізіологічним перебігом вагітності без гестозу, пологі у яких ускладнились ПВНРП (III гр.) та 10 жінок, роди у яких були завершені абдомінальне (кесарський розтин) у зв'язку з клінічним вузьким тазом (IV гр.), дистрофічними порушеннями базальної та хоріальної пластин. Будова ствольових ворсин суттєво не відрізнялась від решти плацент, однак у термінальних ворсинах цих жінок відмічено виражене сплюснення сінцитіотрофобласту з різким зменшенням кількості ядер. На значному протязі відмічалось повне зникнення сінцитіального покриву. Разом з тим в окремих ділянках мала місце інтенсивна проліферація ядер сінцитію з утворенням бруньок, збільшено число ворсинок з великим набряком і дистрофією. Характерним для всіх спостережень було набухання базальної мембрани сінцитію та ендотелію судин з осередками фрагментації та лізису. В значній частині термінальних ворсинок капіляри займали практично всю площу. Навколо них визначились осередки діapedезних крововиливів.

Встановлено що, при ПВНРП на тлі гестозу в плаценті розгортаються структурні зміни компенсаторно-приспосувального характеру та дистрофічні зміни, що не є патогноманичними для ПВНРП, в зв'язку з чим вони можуть розцінюватися як основа для розвитку даного ускладнення. Характер змін та їх тривалість відповідно приводять до хронічної фето-плацентарної недостатності, що потребує корекції в лікуванні вагітних з гестозами задовго до виникнення ПВНРП. Зниження компенсаторно-приспосувальних можливостей плода у випадку приєднання ПВНРП не дозволяє розраховувати на ефективність консервативного лікування і потребує частіше оперативного родорозв'язання.

НІФЕДИПІН В ТЕРАПІЇ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

Величко Н.С., Дрозд О.О.

Науковий керівник – доц., к.м.н. Орчаков В.О.

Кафедра акушерства та гінекології №2

*Національного медичного університету ім О.О.Богомольця
(Київ)*

Метою нашої роботи було експериментальне і клінічне дослідження токолітичної ефективності ніфедипіну і вплив його на вагітну і плід. При дослідженні ніфедипіну *in vitro* на окситоцин викликані скорочення гладком'язових препаратів міометрія вагітних, було встановлено, що ніфедипін (коринфар) викликає швидке і тривале пригнічення скорочувальної активності матки. *In vivo* терапія коринфаром включала: гострий токоліз і підтримуючу терапію. Під час гострого токолізу у 95,7% пацієнток було незначне зниження артеріального тиску і прискорення пульсу, які нормалізувалися після його закінчення. За даними доплерометрії показники швидкості кровотоку в аорті, середньої мозкової артерії плода й в артерії пуповини на фоні лікування ніфедипіном поліпшувалися. Проведене лікування пролонгувало ва-

гітність до терміну фізіологічних пологів Тривалість пологів, обсяг крововтрат, показники стану немовлят по шкалі Апгар не відрізнялися від відповідних у загальній популяції. Таким чином, ніфедипін показав високу токолітичну ефективність і безпеку для вагітної і плоду.

СТАН ПРОБЛЕМИ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ В СУЧАСНОМУ АКУШЕРСТВІ

*Буцик Л.О., студ. 4-го курсу
Науковий керівник – доц. Сміян С.А.
Кафедра акушерства та гінекології СумДУ*

Проведено аналіз операцій кесаревого розтину за 2002 рік, які проведені у СОЦАГР. Пологів за рік було 1303, із них шляхом операції кесаревого розтину 17,88%. Жінок віком від 21 до 30 років було найбільше 85%, до 20 років – 10%, старші 30 років – 5%. Екстрагенітальна патологія виявлена у 63% жінок, частіше зустрічалась поєднання патологія: анемія, дифузний зоб, хронічний пієлонефрит, вегето-судинна дистонія. У 24% оперованих жінок протягом вагітності спостерігались кольпіти, тонзиліти, ГРВІ. Показаннями до кесаревого розтину на першому місці стоїть первинна та вторинна слабкість пологової діяльності – 34%, рубець на матці – 16%, клінічно вузький таз – 12%, решта – це сідничне передлежання плода, гостра внутрішньоутробна гіпоксія плода, аномалії будови матки, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, безпліддя та перинатальні втрати в анамнезі.

Таким чином, досліджено, що частота кесаревого розтину в сучасному акушерстві за даними літератури та нашими спостереженнями дещо збільшується за рахунок того, що збільшується число жінок з рубцем на матці, розширюються показання до цієї операції та знижується індекс здоров'я сучасної жінки.

ДИНАМИКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У ЖЕНЩИН, РОДРАЗРЕШЕННЫХ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

*Бучковская Ю.Ю., студ. 4-го курса
Научный руководитель – доц. Сухарев А.Б.
Сумский государственный университет,
кафедра акушерства и гинекологии*

Нами прослежена динамика показателей у 141 роженицы, родоразрешенной путем операции кесарева сечения на 1-3, 7-10 сутки послеродового периода. Изучались следующие показатели: содержание общего белка, общего билирубина, прямого и непрямого билирубина, показателей тимоловой пробы, йодной пробы, пробы Вельтмана, уровень креатинина, остаточного азота, мочевины, аспартатамино-трансферазы и аланинамино-трансферазы. В 1-ю группу вошла 131 родильница, послеоперационный период у которой протекал без осложнений, во 2-ю группу вошло 10 родильниц, пуэрперий у которых осложнился метроэндометритом. У женщин 1-й группы рассматриваемые показатели в динамике послеродового периода не претерпевали существенных изменений ($p < 0,05$). У родильниц 2-й группы в разгар послеродового осложнения отмечалось достоверное снижение количества общего белка (соответственно $71,98 \pm 0,2$ и $52,1 \pm 0,1$ г/л). К моменту выписки женщин из родильного стационара показатели общего белка возвращались к норме. Кроме того у женщин 2-й группы значительно повышалось содержание общего билирубина за счет не прямой фракции (соответственно $7,17 \pm 0,05$ и $8,2 \pm 0,1$ г/л). Уровень остальных показателей у наблюдаемых женщин практически не изменялся на протяжении первых 10 суток послеродового периода. При сравнительном анализе показателей у женщин 1-й и 2-й групп установлено до-

ствердно более низкое содержание общего белка и более высокий уровень как общего так и непрямого билирубина, тимоловой пробы у женщин с осложненным течением послеродового периода.

Таким образом, динамика общего белка и билирубина у женщин родоразрешенных путем операции кесарева сечения показательна в плане характера пуэрперия, тогда как проведение йодной пробы, пробы Вельтмана и определение остаточного азота не информативны.

МОЖЛИВОСТІ ДОКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ

*Сумцов Д.Г., клін.орд. ХМАПО
Науковий керівник – доц. Сухарєв А.Б.
Кафедра акушерства та гінекології СумДУ*

В останні роки досягнені значні успіхи в області діагностики і профілактики післяпологових гнійно-запальних захворювань. Незважаючи на це проблема доклінічної діагностики ускладнень після кесарського розтину залишається актуальною. Ми провели дослідження гематологічних та біохімічних показників крові і відмітили, що їх зміни співпадають з початковими клінічними проявами післяпо-логового ендоміометриту. Ми констатуємо, що їх не можна використовувати для доклінічної діагностики захворювання.

В цьому плані нам уявляється перспективним вивчення місцевих імунологічних показників. Проведено визначення рівня фібронектину в лохіях жінок, пологи яких закінчилися операцією кесарського розтину з нормальним пербігом та ускладненим ендоміометритом після розродження абдомі-нальним шляхом.

В 1-й групі жінок рівень фібрoneктину на 3-4 добу був $1059,09 \pm 49,95$ нг/мл, і достовірно збільшувався на 5-6 добу до $1287,1 \pm 56,87$ нг/мл; ($p < 0,05$). У жінок 2-ї групи рівень показника на 3-4 добі був $841,92 \pm 99,3$ нг/мл, а під час розпалу захворювання він зменшувався до $772,59 \pm 118,53$ нг/мл.

Рівень фібрoneктину в ложіях нижче $900,0$ нг/мл на 3-4 добу післяпологового періоду цієї групи бів відносно специфічним в плані розвитку гнійно-запального ускладнення. Рівень фібрoneктину знижувався ще на 2 дні до розвитку клінічних проявів ендометриту. В той час як для жінок з неускладненим перебігом пуерперія спостерігалось значне збільшення його рівня.

Враховуючи патогенетичні особливості фібрoneктину, можливо передбачити, що дані зміни, викликані порушенням репаративних процесів в порожнині матки, дефектами гемостазу, а також наявністю залишків плацентарної тканини.

Таким чином, для ранньої доклінічної діагностики гнійно-запальних ускладнень пуерперального періоду у жінок, пологи яких закінчилися операцією кесарського розтину, доцільно рекомендувати проводити в динаміці визначення такого імунологічного показника, як фібрoneктин.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ХОФИТОЛ, ПРИ ЛЕЧЕНИИ РВОТЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Мазыло Л.В., студ. 4-го курса

Научный руководитель – асист. Кузменская М.Л.

Кафедра акушерства и гинекологии СумГУ

Рвота беременных относится к ранним гестозам и встречается практически у каждой второй беременной. Нами проводилось лечение рвоты беременных в отделении патологии беременных в Сумском областном центре акушерства, гинекологии и репродуктологии (СОЦАГР) в течение 2-х месяцев, препаратом хофитол (Роза-Фитофарма” Франция), являющийся гепатопротектором.

тектором растительного происхождения.. В группу обследуемых вошли 20 беременных, находившихся по поводу лечения гестоза в I триместре беременности. Возраст женщин 18-26 лет. К I группе были отнесены беременные (14 – 70%) с легкой степенью (рвотой до 5 раз в сутки), II группа – средней степени тяжести (рвота более 5 раз в сутки) – 5 человек (25%), тяжелая форма (рвота до 10 и > раз) – 1 человек.

Пациентки в комплексном лечении получали препарат хофитол по 5-10 мл №8-10 в/в капельно, затем на протяжении 2 недель – хофитол в таблетках по 2 таб. 3 раза в день.

У беременных II группы отмечались в моче кетоновые тела (++).. Эффективность проводимого лечения оценивали по выраженности клинических проявлений и лабораторных исследований. В I группе больных положительный результат лечения (рвота прекращалась, улучшалось общее состояние, исчезал кетоацидоз и кетонурия) отмечен уже через 2-3 дня после в/в введения а во II – III группах – позже, на 4-5 день. После проведенного лечения клинический эффект достигнут у всех беременных.

Таким образом, препарат хофитол (PHUTO PHARMA) хорошо переносится беременными и эффективен для лечения токсикоза I половины беременности (рвоты).

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ, УСКЛАДНЕНИХ ПІЄЛОНЕФРИТОМ

*Костів І.В., Прокопенко І.О., студ., 4-го курсу
Науковий керівник – доц. Вержанський П.С.
Кафедра акушерства та гінекології СумДУ*

Одним із самих поширених ускладнень вагітності та пологів на сьогоднішній день є пієлонефрит. Більше того, за останні роки відзначається значне зростання випадків вагітності

ускладненої пієлонефритом та зростає ступінь інфекційного ризику у цієї групи пацієнток, особливо після абдомінального розродження. Так, у вагітних з різними формами пієлонефриту абдомінальне рохродження відзначено: 13,2 % - 1998 ; 14,6 % - 1999; 15,7 % - 2000; 16,2 % - 2001 роки.

Метою пошуку була дієва профілактика ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду у жінок з пієлонефритом.

Проведено обстеження 96 вагітних традиційними методами, серед яких обов'язковим був посів сечі на бактеріюрію та чутливість мікрофлори до антибіотиків. Гестаційний пієлонефрит мав місце у 56 жінок, а виявлений до вагітності – у 40.

Виявлено, що у 63 % обстежених відмічається ідентичність флори як з сечі, так із піхви. Важливу роль як патогенного чинника у виникненні або загостренні хронічного пієлонефриту відіграють *Kandida Albicans*, *Mikoplasma Hominis*, *Trichomonas Vaginalis*, *Ureaplasma* та анаеробна флора.

Для профілактики гнійно-септичних ускладнень в цій групі жінок поруч з лікуванням пієлонефриту проводилась санація піхви, яка передбачала відновлення її мікробіоценозу. З цією метою використовували хлоргексидин, а після нормалізації мазків для профілактики рецидивів захворювання використовували лактобактерин. В пізніх термінах вагітності використовували далациновий крем, пімафуцин, дифлюкан, курс терапії 3-6 днів. Закінчували призначенням лактобактерину.

Завдяки проведеним заходам значно зменшилися ускладнення в післяпологовому періоді.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА ПРЕПАРАТОМ “ПРОТЕФЛАЗИД”

Гринкевич Т.М., аспирант
Научный руководитель – доц. Смиян С.А.
Кафедра акушерства и гинекологии

Цель работы - дать клинико-лабораторную оценку эффективности „Протефлазида” при лечении генитального герпеса у женщин репродуктивного возраста.

Обследованно 20 женщин возрастом от 21 до 30 лет, у которых был установлен диагноз генитального герпеса путем сбора анамнеза, клинических проявлений, проведения ПЦР проб крови и цервикальной слизи, определения уровня специфических иммуноглобулинов к ВПГ - антигена в сыворотке крови путём проведения ИФА, изучения иммунологического статуса.

Заболевание отличалось, как правило, достаточно агрессивным течением. Ежемесячные рецидивы генитального герпеса отмечались в 7 случаях, в том числе 1 случай без «светлого» периода. Основным провоцирующим фактором у 6 женщин были критичные дни менструального цикла. Каждые 3 месяца рецидивы развивались ещё у 4 женщин. Редкие рецидивы – не больше 1 раза в пол-года отмечались в 2 случаях. Длительность заболевания, т.е. от начала клинических проявлений, от 2 до 6 лет (из анамнеза) и характеризуется уменьшением периода ремиссии с увеличением времени от начала клинических проявлений. В прошлом лечения не принимали.

При изучении иммунологического статуса выявлены нарушения как клеточного, так и гуморального звена иммунитета.

Лечение проводилось отечественным препаратом «Протефлазид» непрерывным курсом 2 месяца у женщин с редкими рецидивами и 3 месяца у женщин с частыми рецидивами.

У больных отмечался стойкий эффект в клинических и лабораторных наблюдениях: за время лечения было отмечено всего 3 случая рецидива заболевания, улучшение самочувствия, при определении уровня специфических иммуноглобулинов к ВПГ в

сыворотке крови методом ИФА отмечалось снижение титра специфических иммуноглобулинов и изменение иммунологического статуса.

Таким образом, применение нового отечественного препарата «Протефлазида» позволяет достичь положительной клинико-лабораторной динамики в лечении герпетической инфекции.

ВНЕМАТОЧНАЯ ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЕЁ РАЗВИТИЯ

Кравец В.П., Петренко В.Ф.

Конотопская центральная районная больница

На протяжении последних десятилетий во всем мире отмечается увеличение количества случаев внематочной беременности. Известны две группы факторов, которые обуславливают наступление эктопической беременности (нарушение механизмов транспортирования плодного яйца по маточной трубе в полость матки и ановуляторные аномалии). Ряд причин наступления внематочной беременности поддаются сомнению: эндометриоз, дивертикулез маточных труб, врожденные пороки женских половых органов. Поэтому рассматриваемая проблема не потеряла актуальности и требует всестороннего и углубленного исследования.

Нами изучены 92 случая внематочной трубной беременности за период 1998–2002 годов, которые окончились оперативным вмешательством. Возрастная структура выглядела следующим образом: 20-29 лет – 44 пациентки (47,8%), 30-39 лет – 39 (42,4%), старше 40 лет – 9 (9,7%). Левостороннюю трубную беременность наблюдали у 58 (63%) лиц, правостороннюю – 34 (37%).

Изучая гистологически маточные трубы, обнаружили в 27 (29,3%) текущий хронический воспалительный процесс, в 7 (7,6%) – эндометриоз, причем в 6 случаях он сочетался с хрони-

ческим сальпингитом. В 4 наблюдениях беременность развивалась в инфантильно развитой маточной трубе.

В 11 (12%) лиц удаление маточной трубы проводилось вместе с измененным яичником. При гистологическом исследовании в 7 из них были мелкокистозные перерождения, в 4 – серозные кисты.

В изучаемой группе 9 (9,8%) женщин ранее не имели беременности. Эktopической беременности в 47 (51%) больных предшествовали искусственные аборты, у 5 (5,4%) – трубная беременность, а 4 случая сочетались с фибромиомой матки. Прерывание трубной беременности происходило на 4 – 7 неделе с момента прекращения менструации.

Таким образом, трубная беременность в 29,3% случаев сочетается с текущим хроническим воспалительным процессом в маточной трубе, а в 51% лиц предшествуют искусственные аборты.

Терапія

ФУНКЦІЯ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З НОРМАЛЬНОЮ ТА НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

Крупко Д., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – доц. Приступа Л.Н.

Сумський державний університет, кафедра терапії

Нерідко своєчасна діагностика, обґрунтування раціонального лікування бронхіальної астми (БА) ускладнюється наявною супровідною патологією. Це призводить до посилення важкості перебігу захворювання, формування резистентності до звичайних методів лікування. Особливу актуальність набуває проблема асоціації БА і екзогенно-конституційного ожиріння (ЕКО), яке стало проблемою віку, новою неінфекційною “епідемією”.

Метою нашого дослідження було порівняння порушень функції зовнішнього дихання (ФЗД) у хворих на БА з нормальною та надлишковою масою тіла (НМТ).

Матеріал і методи. Обстежено 126 хворих на БА середньої важкості. З них: 80 хворих з нормальною масою тіла (43 жінки, 37 чоловіків); 46 – з надлишковою (16 чоловіків, 30 жінок). Індекс маси тіла (ІМТ) розраховували за методикою Кеттле (нормальні значення ІМТ від 18 до 25 кг/м², надлишкова маса тіла від 25 до 30 кг/м²).ФЗД вивчали за допомогою спіро- та пневмотахометрії.

Результати дослідження виявили у хворих з НМТ достовірно суттєві зменшення ЖЕЛ, ОФВ₁ та МОШ₂₅₋₇₅ в порівнянні з хворими на БА з нормальним ІМТ, особливо серед жінок.

Висновки. Підвищення ІМТ зумовлює погіршення показників ФЗД у хворих на БА і цей вплив більш виражений серед хворих жінок з НМТ.

ХІАТАЛЬНА ГРИЖА – ДЕТЕРМІНІРУЮЩИЙ ФАКТОР ЕФЕКТИВНОЇ КИСЛОТОПРИГНІЧУЮЧОЇ ДОЗИ РАБЕПРАЗОЛУ У ХВОРИХ НА GERX

*Гапонова О., студ. 5-го курсу
Науковий керівник – асист. Винниченко Л.Б.
Сумський державний університет, кафедра терапії*

Головним напрямком в лікуванні гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (GERX) є кислотосупресивна терапія. Згідно з Маахстриським консенсусом-2 перевагу слід віддавати інгібіторам протонної помпи, серед яких рабепразол є максимально ефективним з мінімальною побічною дією. Але на добову дозу останнього може впливати наявність хіатальної грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД).

Мета дослідження: Визначити ефективну добову дозу рабепразолу у хворих на GERX з ГСОД та без останньої.

Матеріали і методи: 20 хворих на GERX віком від 19 до 65 років з типовими та атипovими симптомами отримували 20 мг рабепразолу. До початку лікування та через місяць хворим проводився тривалий рН-моніторинг стравоходу. Якщо показники рН-моніторингу не нормалізувались, дозу препарату подвоювали.

Результати дослідження: Прийом рабепразолу в добовій дозі 20 мг нормалізував показники кислотної експозиції у стравохід (за даними тривалого рН –моніторингу стравоходу) у 14 (70%) пацієнтів (І група). Решта – 6 (30%) хворих (ІІ група) на GERX потребували подвійної дози препарату. В І групі пацієнтів ГСОД була присутньою у 4 (28,6%) осіб, в ІІ групі - у всіх 6 (100%). Призначення рабепразолу в добовій дозі 40 мг була необхідною у 6 (60%) хворих із 10 з ГСОД. У всіх хворих без

ГСОД (10 із 10-100%) ефективною була добова доза рабепразолу 20 мг.

Отже, хіатальна грижа може бути детермінірующим фактором ефективної добової дози рабепразолу у хворих на ГЕРХ. Висока ефективність прийому 20 мг рабепразолу може непрямо свідчити про відсутність ГСОД.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПОСТТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС

Овсчкіна А.В., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – асист. Кириченко Н.М.

Сумський державний університет, кафедра терапії

Метою дослідження було вивчити деякі особливості перебігу гастродуоденальних захворювань у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС.

Матеріали та методи. Хворі основної групи (ОГ) з хронічним гастродуоденітом та виразковою хворобою, що мали контакт із малими дозами радіації (до 25 сГр) порівнювали з відповідним контингентом хворих, які не зазнали дії радіації (ГК). Діагноз встановлювали на підставі клінічних та інструментальних даних (фіброскопія з біопсією), лікування проводилось з застосуванням Н₂-блокаторів, інгібіторів протонної помпи та антихелікобактерної терапії.

Результати. Провідним синдромом у пацієнтів ОГ був астено-вегетативний – 94,8% в порівнянні з 33,8% у ГК. Больовий синдром у пацієнтів ОГ носив монотонний характер, без чіткого зв'язку з прийомом їжі, погано піддавався медикаментозній терапії і затягувався до 14-18 днів (ГК – 3-5 днів).

У хворих ОГ переважало запалення зі слабкою активністю запального процесу та виражена атрофія слизової оболонки, достовірно частіше виявлялись кишкова метаплазія та дисплазія

епітелію, виразки мали більші розміри, частіше ускладнювались ерозивним бульбітом, дуодено-гастральним рефлюксом. Активний період захворювання продовжувався до 2-3 місяців у 65% хворих, а досягти повноцінної клінічної та морфологічної ремісії вдалося тільки у 33% хворих.

Висновки. У хворих на гастродуоденальну патологію, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС виразкова хвороба відмічалась торпідним до загальноприйнятого лікування перебігом, більш вираженими ендоскопічними та морфологічними змінами слизової оболонки.

ВИРАЖЕНІСТЬ ГАСТРИТИЧНИХ УРАЖЕНЬ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ (ВХДПК) ХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

*Катернєх Аббас Алі, аспірант
Сумський державний університет, кафедра терапії*

Мета. Вивчити частоту та вираженість астрального (АГ) та фундального гастритів (ФГ) у хворих на ВХДПК в залежності від ступеню обсіменіння *Helicobacter pylori* (Нр).

Матеріал та методи. Обстежено 87 хворих з ВХДПК середній вік $39,1 \pm 1,8$ рік, чоловіків 52, жінок 35. Проводилась фіброскопія з біопсією антрального (2 біоптата) та фундального відділів (2 біоптата) шлунка, морфометрія гістологічних зтинів та визначення ступеню засіяності Нр напівкількісним гістологічним та уреазним методами.

Результати. Нр були виявлені у 92% в астральному та у 44% у фундальному відділах шлунка. I ступінь обсіменіння Нр – астрального відділу встановлена у 12%, II ступінь – у 45%, III ступінь – у 43%. Відповідно поверхневий АГ виявлено у 14% пацієнтів з I та II ступенем обсіменіння, виражений АГ – у 44% пацієнтів з II та III ступенем і атрофічний АГ – у 42% пацієнтів

тільки з III ступенем обсіменіння Нр. Поверхневий ФГ виявлено у 64% хворих з Нр I ступеню засіяння та виражений ФГ – у 46% з II ступенем засіяння Нр. Антрофічний ФГ не виявлявся. Відповідно з важкістю АГ та ФГ визначалась і клітинна інфільтрація слизової оболонки (СО) нейтрофілами та макрофагами.

Заключення. У 92% хворих ВХДПК виявлено Нр. Ступінь ураженості СО прямопропорційно залежав від ступеню засіяності Нр. Важкість ураження найбільше виявляється в астральному відділу шлунка, що погоджується з більш інтенсивним заселенням Нр.

АПОПТОЗ ЕПІТЕЛІОЦИТІВ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ (ВХДПК) ХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Орловський О.В., асистент

Сумський державний університет, кафедра терапії

Мета. Визначити частоту апоптозу епітеліоцитів в антральному та фундальному відділах шлунка у хворих на ВХДПК хелікобактерної етіології.

Матеріал та методи. Обстежено 85 хворих на ВХДПК в період загострення, середній вік $38,9 \pm 1,9$ р., чоловіків 52, жінок 33. У всіх хворих уреазним та гістологічним методом виявлена присутність Нр. Проводилась фіброскопія з біопсією слизової оболонки (СО) антрального та фундального відділів (по 2 біоптати) шлунка. Гістологічні зтини фарбували гематоксилин-еозіном та по Гімза. Для визначення апоптозного індексу (АІ) підраховували кількість клітин з симптомами апоптозу в ядрах (Ая) та кількість апоптозних тіл, що утворились після розпаду ядра та клітин (Ар). Апоптоз розраховували на 100 клітин, після підрахування у кожному препараті 200-300 клітин. Контролем стали показники отримані на СО шлунка від 15 здорових осіб.

Результати. Серед осіб контрольної групи АІ в СО антрума

становив $2,4 \pm 0,4\%$, в тому числі Ая – $1,3 \pm 0,4\%$ і Ар – $1,1 \pm 0,3\%$. В СО тіла шлунка відповідно: $2,2 \pm 0,4\%$, $1,1 \pm 0,4\%$, $1,1 \pm 0,3\%$. У хворих в СО антрума АІ становив $5,4 \pm 0,7\%$; Ая – $3,3 \pm 0,6\%$, Ар – $2,2 \pm 0,5\%$, що достовірно перевищували показники контролю. Показники апоптозу в фундальних відділах шлунка хворих дещо переважали показники контролю, але це виявилось статистично недостовірним, і були значно нижчі показників антральної СО. Заключення. Загострення ВХДПК хелікобактерної етіології протікає з різким підвищенням АІ епітеліоцитів антрального відділу шлунка, що може пояснювати постійну присутність антрального гастриту у хворих цієї групи упритул до атрофічних його форм.

ДОСВІД КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ НОРМОДИПІНУ У ХВОРИХ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ (АГ)

*Лаба О.В., студ. 4-го курсу
Науковий керівник – доц. Лаба В.В.
Сумський державний університет, кафедра терапії*

Амлодипін (нормодипін) є антагоністом кальцію 3-го покоління з групи дигідропіридинів. Шляхом повільного блокування кальцієвих каналів клітинної мембрани він пригнічує проникнення кальцію через неї в клітини міокарду і гладеньких м'язів судин, і в кінцевому варіанті знижує тонус артеріол, зменшує периферійний опір судин, призводячи до зниження артеріального тиску (АТ).

Мета роботи. Простежити антигіпертензивну дію нормодипіну у хворих з помірною і важкою АГ на фоні комбінованого застосування з іншими засобами 1 ряду.

Матеріали і методи. Обстежено 12 хворих АГ 2-3 стадії, що лікувались в обласному кардіодиспансері. З них з первинною АГ – 10 (83,3%), вторинною – 2 (16,7%). Помірна АГ (2 ст.) у 8 хворих

(66,6%), важка (3 ст.) у 4 (33,3%). Середній вік хворих 53,4 р.

Отримані результати. Нормодипін застосовувався в добовій дозі від 5 до 10 мг на добу. Середній систолічний АТ (САТ) до лікування рівнявся 220 мм рт. ст., а після лікування 140,9 мм рт. ст., знизившись на 64%. Середній діастолічний АТ (ДАТ) до лікування був рівним 131,2 мм рт. ст., а після – 92,5 мм рт. ст., зменшившись майже на 70%. Крім нормодипіну хворі отримували діуретики, інгібітори АПФ, β-блокатори. Побічних ефектів не спостерігалось. Термін лікування склав 2 тижні.

Висновок. Нормодипін є високоефективним засобом монотерапії на початкових стадіях АГ і в комбінації з іншими базисними засобами при важких формах АГ.

УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

*Пономаренко С., студ. 6-го курсу
Науковий керівник – доц. Климанська Н.В.
Сумський державний університет, кафедра терапії*

За даними літератури частота уражень серця у хворих на ревматоїдний артрит (РА) становить від 5 до 50 % спостережень, але при патоморфологічному обстеженні ураження серця спостерігаються у 50-65% пацієнтів.

Мета дослідження: виявлення частоти уражень серця у хворих на РА, які лікувалися у ревматологічному відділенні Сумської обласної клінічної лікарні.

Було обстежено 303 хворих на РА у віці від 15 до 60 років. Обстеження, окрім клініко-лабораторних методів, включало ЕКГ, ФКГ, ЕХО-КГ, холтерівське моніторування. Ураження серця виявлено у 70 пацієнтів (23,1%): перикардит – у 16 (5,3%), вади серця – у 12 (3,9%); кардіосклероз – у 14 (4,6%); міокардіодісторфія – у 13 (4,3%); пролапс мітрального клапану – у 7 (2,3%); міокардит – у 6 (2%); аортит – у 2 (0,6%).

Серед хворих з ураженнями серця порушення серцевого ритму зареєстровано у 46 хворих на РА (65,7%): порушення провідності – у 20 (28,5%); екстасистолічна аритмія – у 24 (34,2%); миготлива аритмія – у 2 (2,8%). Із порушень провідності найбільш часто зустрічалися блокади правої ніжки Гіса -11, біфасцикулярні блокади - 4.

Висновок: виявлення патології серця при РА залежить від повноти і ретельності обстеження хворих з урахуванням наслідків медикаментозної терапії.

Інфекційні хвороби

ЕТІОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ШИГЕЛЬОЗУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ В 1998-2002 РОКАХ

*Гузенко Т.В., Фурса А.С., студ. 6-го курсу
Науковий керівник – доц. Чемич М.Д.
Сумський державний університет,
кафедра інфекційних хвороб*

В останні роки в області намітилася тенденція стійкого росту захворюваності на шигельози (Ш). Це залежить від етіологічних чинників. На початку 90-х років у Сумській області переважно реєструвались Ш, викликані *Sh. flexneri*. Починаючи з 1994 року, почали переважати в етіологічній структурі *Sh. sonnei*, що в свою чергу призвело до підйому захворюваності.

Мета: виявити етіологічну структуру шигельозу в Сумській області за 1998-2002 роки.

Дослідження проводилося на базі обласної СЕС. У 1998 році було проведено 316 бактеріологічних досліджень матеріалу від хворих на Ш. Виявлено: *Sh. flexneri* – в 215 випадках (1а – 1, 1в – 2, 2а – 209, 4а – 2, Т6 – 1), *Sh. sonnei* – у 101 випадку (1а – 19, 2с – 1, 2к – 35, 2q – 10, 3d – 6, 2е – 3, 2d – 6, 5u – 1, н/т – 19), інших збудників не виділено.

У 1999 році отримано 753 проби від хворих; виділено *Sh. flexneri* в 336 випадках (1а – 4, 1в – 1, 2а – 317, 2в – 6, 3а – 6, Т6 – 2), *Sh. sonnei* – у 417 (1а – 99, 2q – 162, 2е – 88, 3d – 27, 4b – 2, н/т – 39).

У 2000 році проведено 1433 бактеріологічних досліджень матеріалу від хворих, з них 1313 результатів підтвердили діагноз. Було виявлено: *Sh. flexneri* в 246 випадках (1а – 1, 1b – 4, 2а – 230, 2b – 2, 3с – 2, Т6 – 7), *Sh. sonnei* – у 1067 (1а – 102, 1b – 8, 2q – 215, 2е – 80, 3d – 18, н/т – 644).

У 2001 році всього взято 479 проб від хворих. З них *Sh.flexneri* виявлено в 170 випадках (1a – 1, 1b – 1, 2a – 158, 2b – 6, 3a – 1, 4a – 1, у – 1, Т6 – 1), *Sh. sonnei* – у 309 (1a – 57, 1b – 1, 1m – 6, 2e – 22, 2q – 22, 2l – 6, 2k – 130, 3d – 11, 4f – 1, 5n – 23, 5u – 1, н/т – 30). Було досліджено 23739 проб з об'єктів зовнішнього середовища, в тому числі харчових продуктів – 15943, молочних – 3564, води – 819, питної води – 212, води з відкритих водоймищ – 515, стічної води – 92, змивів всього – 6696, у тому числі в вогнищах кишкових інфекцій – 858, ґрунту – 281. Збудників Ш не було виявлено.

У 2002 році всього досліджено проб 262, виділено *Sh.flexneri* – 119 (1b – 2, 2a – 115, 3a – 1, Т6 – 1); *Sh. sonnei* – 107 (1a – 14, 1b – 3, 1m – 1, 2e – 4, 2q – 4, 2l – 4, 2k – 42, 3d – 3, 5n – 1, 5u – 1, 2i – 28, н/т – 2).

Таким чином, з 1999 року відмічалася тенденція до росту захворюваності на Ш до 2000 року включно. У 1999 році вона зросла в 2,3 рази. Максимальна захворюваність спостерігалася в 2000 році. В етіологічній структурі Ш спостерігається зміна домінуючого збудника. Так, у 1998 році цим збудником була *Sh.flexneri* (найчастіше зустрічався серовар 2a). З 1999 по 2001 рік включно відмічається його зміна на *Sh. sonnei* (превалюють біовари 1a, 2q, 2k). У 2002 році знову в етіологічній структурі Ш переважає *Sh.flexneri* (серовар 2a). З останнім можна пов'язати відносно низьку захворюваність на шигельоз у 1998 та 2002 роках.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ, ВИКЛИКАНИХ УМОВНОПАТОГЕННИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ

Захлебаєва В.В., лікар

Науковий керівник – доц. Чемич М.Д.

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб, Сумська обласна клінічна інфекційна лікарня

Захворюваність на гострі кишкові інфекції (ГКІ) залишається досить високою. Біля 70% бактерійних діарей викликані умовно патогенними мікроорганізмами (УПМ), більшість яких складає нормальну мікрофлору організму. Визначення етіології ГКІ необхідне для їх раціонального лікування і попередження.

Під спостереженням було 257 хворих на ГКІ, викликані УПМ. Проводилися бактеріологічне, серологічне та загальноклінічні дослідження. Визначали лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), гематологічний показник інтоксикації (ГПІ), індекс зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК) і лімфоцитарний індекс (ЛІІМ).

Найчастіше ГКІ спричинялися клебсієлами (28,6%) і стафілококами (22,4%). Причиною решти захворювань були ешерихії, протей, ентеробактер, цитробактер, мікробні асоціації.

За перебігом захворювання переважали середньотяжкі форми (89,1%). У 47,1% хворих був гастроентерит, у 25,1% - ентероколіт, у 19,0% - гастроентероколіт, у 7,7% - ентерит, у 1%- коліт. Для клініки ГКІ характерні болі з локалізацією в епігастрії, мезогастрії, нудота, блювання, діарея. Больовий синдром був у всіх хворих на ГКІ клебсієльозної, стафілококової, ентеробактерійної етіології, нудота і блювання – протейної, стафілококової, клебсієльозної. Інтоксикація більш виражена при захворюваннях, викликаних протеєм. Інтегративні показники інтоксикації були змінені у всіх хворих, з них найбільше у хворих на ГКІ, спричинені протеєм (ЛІІ $2,65 \pm 0,16$; ГПІ $2,8 \pm 0,21$; ІЗЛК $3,7 \pm 0,1$ і ЛІІМ $0,33 \pm 0,17$).

Таким чином, часто збудниками ГКІ є клебсієли і стафілококи. Захворювання, що викликані протеєм, мають більш тяжкий клінічний перебіг.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ СТАФІЛОКОКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ

*Коробова С.П., Литвин І.О., студ. 5-го курсу
Науковий керівник – доц. Ільїна Н.І.
Сумський державний університет,
кафедра інфекційних хвороб*

За останні роки збільшилась питома вага стафілококів у етіології гострих кишкових інфекцій (ГКІ).

Мета роботи - вивчення особливостей клінічного перебігу ГКІ стафілококової етіології. Під наглядом було 48 хворих: чоловіків – 28 (58,3%), жінок – 20 (41,7%), з них від 15 до 30 років – 25 (52,1%), старше 30 – 23 (47,9%). У 42 (87,5%) осіб захворювання спричинене *St.aureus*, в 6 (12,5%) – *St.epidermales*. Початок хвороби з явищ гастроентериту відмічений у 26 (54,2%) пацієнтів, ентериту – у 3 (6,25%), ентероколіту – у 14 (29,2%), гастроентероколіту – у 5 (10,4%). Блювання було у 31 (64,6%) хворого, у 28 (58,3%) йому передувала нудота. Всі хворі скаржились на загальну слабкість, 14 (29,2%) – на адинамію, 9 (18,7%) – на головний біль. Біль в епігастрії був у 31 (64,6%), у мезогастрії – в 12 (25%), розлитого характеру – у 5 (10,4%). У 13 (27%) осіб пальпувалася спазмована сигмоподібна кишка. 22 (45,8%) хворих відмічали підвищення температури тіла до 38,2-38,6⁰С. У більшості хворих були тахікардія, ослаблення серцевих тонів, гіпотонія. Частота випорожнень сягала 7,1±1,2 на добу.

У гемограмі в більшості пацієнтів відмічений помірний лейкоцитоз; в копрограмі – неперетравлені м'язові волокна, клітковина, нейтральний жир, а у 6 (12,5%) хворих – слиз. ЛПІ та ГПІ склали відповідно 2,04±0,57 та 2,12±0,44.

Таким чином, для ГКІ стафілококової етіології характерний гастроентеритичний синдром з помірно вираженою інтоксикацією.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Кизим С.В., студ. 6-го курсу
Науковий керівник – доц. Ільїна Н.І.
Сумський державний університет,
кафедра інфекційних хвороб*

Проведений аналіз захворюваності на гострі кишкові інфекції (ГКІ) в Сумській області за 10 років (1991-2001 р.р.).

Найбільша захворюваність відмічалась у 1991 та 1994 р.р. (3017 і 2960 випадків відповідно), найменша – в 1997 і 2001 р.р. (1731 і 1844 відповідно).

У 1991-1993, 1997 та 1998 р.р. відмічалось поступове зростання кількості ГКІ з квітня до серпня, на останній припадає пік захворюваності. У 1994 році найбільша захворюваність була в вересні-жовтні. У 1995, 1999 р.р. найбільша кількість випадків ГКІ зареєстровано в липні та серпні, а у 1996 р. – з червня до серпня включно. У 2001 р. найбільший рівень захворюваності на ГКІ був у січні, квітні та жовтні.

Сезонність дитячої захворюваності на ГКІ не відрізнялась від загальної в області.

Аналіз вікової структури хворих на ГКІ: дорослі склали 42,5%, діти – 57,5%, з них до року – 15,5% (за період з 1991 до 2000 р., а у 2001 р. -33,3%); від 1 до 3 років –18,5%; від 3 до 14 р. у 1991, 1998, 2001 р.р. – 16,5%, у 1996, 1999, 2000 р.р. – 31,5%; у 1992-1995, 1997 р.р. – 25%.

Етіологія ГКІ розшифрована тільки в 40,5% випадків, найбільша кількість виявлених збудників була у 1997 р. (48%), найменша – в 1991 р. (33%). У 21,5% хворих збудником захворювання були стафілококи, у 20% - протей, у 19,5% - клебсіели,

у 15,5% - ешерихії, у 12% - ентеробактерії, у 8% - цитробактер, в 1,5% - псевдомонада, гаффнія, морганела, провіденція.

Таким чином, проведений аналіз виявив тенденцію до зменшення захворюваності на ГКІ, що викликані умовно патогенними мікроорганізмами, у Сумській області за останні 10 років. Частіше хворіють діти у віці від 3 до 14 років. Найбільшу кількість випадків склали ГКІ нез'ясованої етіології.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СПАЛАХУ РЕСПІРАТОРНОГО МІКОПЛАЗМОЗУ

*Гапонова О.Г., Крупко Д.О., студ. 5-го курсу
Науковий керівник – асист. Троцька І.О.
Сумський державний університет,
кафедра інфекційних хвороб*

У зв'язку з різким підвищенням рівня захворюваності на гострі захворювання органів дихання в с.Слобода Буринського району Сумської області в травні-червні 2002 р., проведений ретроспективний аналіз 244 випадків захворювання. Метою було виявлення клініко-епідеміологічних особливостей спалаху та встановлення етіології.

У нозологічній структурі захворюваності пневмонії становили 20,1%, гострий бронхіт – 36,5%, ГРЗ – 46,4%. У всіх хворих пневмонія як нозологічна форма виникала первинно. Серед пацієнтів переважали діти у віці 7-14 років та молоді особи. У всіх вікових групах перебіг захворювання оцінювався як легкий або середньої тяжкості.

Особливості клінічного перебігу та інструментально-лабораторних даних свідчать на користь внутрішньоклітинних патогенів, найбільш вірогідно – мікоплазми пневмонії як основного етіологічного чинника спалаху. Мікоплазмову етіологію підтверджують позитивні результати ІФА та ПЛР у 58,7% випадків обстеження. З метою порівняння було обстежено 23 хворих зі спорадичними захворюваннями на пневмонію, у яких резуль-

тати ІФА на мікоплазму пневмонії виявились позитивними лише у 4,3% випадків.

При призначенні лікування ефективними виявились антибіотики групи макролідів, фторхінолони і доксициклін. Лікування пеніцилінами, цефалоспоринами і аміноглікозидами не дало бажаних результатів, що також підтверджує мікоплазмову етіологію спалаху.

Таким чином, отримані дані дозволяють визначити данне підвищення захворюваності як спалах респіраторного мікоплазмозу.

ШКІРНИЙ ЛЕЙШМАНІОЗ НА СУМЩИНІ

*Боблак Т.М., Пащенко О.М., студ. 5-го курсу
Науковий керівник – асист. Клименко Н.В.
Сумський державний університет,
кафедра інфекційних хвороб*

Лейшманіоз – паразитарний зооноз, екзотичний для України. У 2001-2002 р.р. на лікуванні в СОКІЛ знаходилось 10 хворих на лейшманіоз Старого Світу. Усі хворі з травня до жовтня були у відрядженні в Туркменістані (Таджаутський район, селище Йяли). Захворювання в них розпочалося через 1-2 місяці після укусів москітів.

Клінічні прояви хвороби були різноманітні: у 4 хворих локальні ураження у вигляді 1-2 виразок неподалік від місця укусу (у 2 хворих виразки були майже зарубцьовані), у 6 – послідовні лейшманіоми різних анатомічних ділянок. Прояви хвороби у вигляді виразок (різних за розміром та за кількістю), горбиків та рубців. Діагноз хвороби встановлено клініко-епідеміологічно та підтверджено паразитологічним дослідженням.

Для лікування хворих використовували різні хіміопрепарати в поєднанні з фізіотерапевтичними методами та місцевим лікуванням. З антибіотиків хворі отримували рифампіцин (2), метациклін – (3). Двом пацієнтам був призначений делягіл. Спе-

цифічну терапію у вигляді місцевого лікування “Лешкутаном” отримав 1 хворий (виразки на тулубі, кінцівках, обличчі). Місцева терапія: мазь “Левоміколь”, аплікації флуконазола; з фізіотерапевтичних процедур хворі отримували магнітотерапію, світлотерапію із використанням апаратів “Біотрон”, “No-No”.

Реконвалесценція прийшла на зимовий період, що характерно для даної інвазії навіть без лікування.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЕНТЕРОСОРБЕНТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ

*Гоцуляк Е.В., Онопрієнко В.В., студ. 5-го курсу
Науковий керівник – асист. Кулеш Л.П.
Сумський державний університет,
кафедра інфекційних хвороб*

Мета: порівняльна характеристика використання ентеросорбентів у комплексному лікуванні хворих на гострі вірусні гепатити (ГВГ).

Нами проаналізовано 78 історій хвороб пацієнтів на ГВГ. Хворі поділені на 4 групи: I групу склало 19 осіб (10 чоловіків, 9 жінок), які отримували поліфепан протягом 11 діб, середній ліжко-день склав – 21, II – 14 (4 чоловіків, 10 жінок) - сунамол 11 днів, середній ліжко-день – 21; III – 27 (20 чоловіків, 7 жінок) - ентеросгель 12 діб, середній ліжко-день – 23; IV – 18 (5 чоловіків, 13 жінок), середній ліжко-день - 24.

Перший етап - вивчення клінічних проявів при госпіталізації відповідно за групами: зниження апетиту I – 19(100%), II - 13(92,8%), III - 7(25,9%), IV-15(83,4%); біль в епігастральній ділянці та правому підребер’ї: I - 15(78,9%), II - 12(85,7%), III - 22(81,4 %), IV - 13(72,2%); збільшення печінки: I - 10(52,6%), II - 14(100%), III - 24(88,8%), IV – 15(83,4%) та селезінки I - 3(15,8%), II - 9 (64,3%), III - 5(18,5%), IV – 3(16,6%). Визначався також рівень підвищення білірубіну, АлАТ, АсАТ.

Другий етап - вивчення ефективності використання енте-росорбентів у кожній групі: нормалізація апетиту: I, II, III - 3-4 доба, IV – 5 доба; зменшення розмірів печінки: I - 8(80%), II - 14(100%), III -21(91,6%), IV - 11 (73,3%) та селезінки у всіх гру-пах 100%; зникнення болю в епігастрії і правому підребер'ї: I - 14(93,3), II - 12(100%), III - 22(95,45%), IV - 11(84,6%); зниження АлАТ: I - 16(84,2%), II - 11(78,6%), III - 20(74,1%), IV -10(55,6%); АсАТ: I - 16(84,2%), II - 14(100%), III - 27(100%), IV -14(77,8%); нормалізація білірубіну: I - 10(52,6%), II - 11(78,6%), III - 12(44,4%), IV - 6(33,3%).

Таким чином, найбільш ефективним з досліджених енте-росорбентів є сунамол, на що вказує позитивна динаміка клінічних та лабораторних показників.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДИЗЕНТЕРИЕЙ В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ. 60 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЙ

*Галушко Н.А., ассист., Дьяченко П.А. студ. 6-го курса
Научный руководитель – проф. Дьяченко А.Г.
Сумский государственный университет,
кафедра социальной медицины и общей гигиены*

Изучена заболеваемость шигеллезами в Сумской области с 1944 г. по настоящее время. В пределах этого периода отмечено два подъема заболеваемости: первый с 1954 г. по 1958 г., вто-рой длился свыше 15 лет с 1970г. по 1986 г. В его пределах наблюдался аномальный пик заболеваемости в 1975 г., когда ин-тенсивный показатель составил 638, что в 10 раз превышает среднемноголетний показатель по области. Носительство ши-гелл, обнаруженных у здоровых людей при профосмотрах и в очагах, в 2-5 раз превышают число заболевших. Безусловным лидером по заболеваемости является г. Шостка (среднемного-летний интенсивный показатель более чем в 2 раза превышает усредненный показатель по области в целом). Заболеваемость

сельских жителей в 2-4 раза ниже заболеваемости жителей городов. Основной вклад в общую заболеваемость вносят дети до 14 лет. В разные годы на каждого заболевшего взрослого приходилось 5-8 детей. Среди последних наивысшей была заболеваемость в возрастной группе 3-6 лет, минимальной - в группе 7-14 лет. Наиболее частыми возбудителями дизентерии являлись шигеллы Флекснера и Зонне. В 1992-1996 гг. с небольшим преимуществом лидировал возбудитель *S.sonnei*, в 1997-1998 гг. – *S.flexneri* (доминировал биовар 2a), а в последние 3 года вновь *S.sonnei*. Совершенно ничтожен вклад *S.bojdi*. Среди биоваров *S.sonnei* с почти одинаковой частотой выделялись варианты 1a, 2g, 2k. В меньшем проценте встречались биовары 2e, 3d, 2l. Обращает на себя внимание значительное число нетипированных изолятов *S.sonnei*.

НАРУШЕНИЕ РЕГУЛЯЦИИ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

*Дьяченко П.А., студ. 6-го курса, Коверга Е.В., студ. 4-го курса
Научный руководитель – проф. Дьяченко А.Г.
Сумский государственный университет,
кафедра социальной медицины и общей гигиены*

Известно, что вирусные гепатиты, особенно В и С типа, вызывают значительные повреждения печеночной ткани, что может привести к острой печеночной недостаточности или, со временем, к прогрессирующему циррозу печени (ЦП). В патогенезе поражения печени при ВГ, несмотря на различия в этиологии этих инфекций, огромную роль играет аутоиммунная составляющая. Каскад возникновения и прогрессирования аутоиммунных процессов включает индукцию антигеном дифференцировки и пролиферации Th1 клона Т-лимфоцитов, который секретирует IFN γ и тем самым активирует макрофаги и другие эффекторные клетки. Эта гетерогенная популяция клеток продуцирует широкий спектр цитокинов, функционально обознача-

емые как провоспалительные. Они стимулируют макрофаги к синтезу бактерицидных и тканеповреждающих молекул. Помимо этого, $IFN\gamma$ и $TNF\alpha$ являются промоторами $iNOS$ в иммунокомпетентных клетках. В условиях недостатка регуляторного цитокина $IL-10$, продуцируемого TR-1 клетками, развивается повреждение клеток органа, вовлеченного в процесс. Нами обследованы группы больных острым гепатитом А, В, С и хроническим гепатитом В и С. Установлено, что инфекция вызывает значительное повышение сывороточной концентрации $IFN\gamma$, $TNF\alpha$, $IL-2$. В то же самое время уровень $IL-10$ менялся незначительно во всех группах, кроме больных ГА. У пациентов всех групп обнаружено резкое (от 2 до 6 раз) повышение концентрации производных NO нитритов и нитратов в цельной крови и сыворотке. Одновременно в сыворотке значительного числа больных, особенно ХГВ и ХГС, появляются антитела к ДНК и антигенам щитовидной железы.

Неврологія та психіатрія

СЛУЧАЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ МИОПЛЕГИИ

*Коленко О.И., аспирант, Бражник Л.Е.
СумГУ, курс неврологии
4-я городская клиническая больница*

Пароксизмальная миоплегия (ПМ) или периодический паралич - группа редких наследственных заболеваний, которые характеризуются приступами вялого паралича скелетной мускулатуры вследствие патологии саркоплазматических ионных каналов. Различают нормо-, гипо- и гипер-калиемическую формы в зависимости от содержания сывороточного калия. Выделяют вторичную ПМ на фоне других состояний, сопровождающихся нарушением баланса калия в организме.

Больной Г., 15 лет, поступил в неврологическое отделение для обследования и лечения с предварительным диагнозом «генерализованная миастения». При поступлении жалобы на приступы выраженной слабости в конечностях и мышцах туловища 1-2 раза в неделю. Учащение приступов наступает в осенне – зимний период. Считает себя больным с 10 – летнего возраста, ранее не обследовался. При сборе наследственно – семейного анализа выяснили, что подобные состояния имели место у бабушки и прабабушки по материнской линии и родной сестры, которые также за медицинской помощью не обращались. Объективно: пониженного питания (ИМТ=18); выявлены признаки дизрафии (высокое небо, деформация грудной клетки, опущение плеча справа). В неврологическом статусе: непостоянный горизонтальный нистагм, девиация языка вправо. Офтальмоскопия: ангиопатия сетчатки обоих глаз. Краниография без изменения. УЗИ органов брюшной полости без патологии. На ЭКГ ритм синусовый, нерегулярный, БПВЛНПГ, вольтаж в норме. Клинические анализы крови и мочи без патологических сдвигов. При ис-

следовании электролитов плазмы после приступа мышечной слабости отклонений также не определялось. С учетом вышеизложенного обследуемому выставлен диагноз: пароксизмальная миоплегия, нормокалиемическая форма.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЦЕПТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Гегешко В.В., студ. 5-го курса
научный руководитель – доц. Кустов А.В.
СумГУ, курс психиатрии*

Цель исследования: изучить характер искажений восприятия мимических выражений эмоциональных состояний у больных, страдающих параноидной формой шизофрении. Для этого нами использовался тест, предложенный А.В. Кустовым, который включает набор из 10 фотографий с изображением мимических выражений базовых эмоциональных состояний (радость, удивление, гнев, презрение, стыд – смущение, страдание и др.) и регистрационный бланк с пятнадцатью названиями чувств (10 названий совпадают с изображениями на фотографиях, 5 – нет). Кроме этого, в регистрационном бланке фиксировались краткие описания эмоциональных состояний, которые, по мнению испытуемых, присущи тем или иным мимическим выражениям, изображенным на фотографиях.

Исследование проводилось с двумя группами испытуемых: психически здоровыми (контрольная группа - 15 человек, из них 8 мужчин и 7 женщин) и больными, страдающими параноидной шизофренией (15 человек, из них 9 мужчин и 6 женщин). Исследование больных проводилось в стационаре СОПНД. Выявлено, что количество ошибок (несовпадений в оценке мимических выражений на фотографиях) значительно больше у больных, страдающих шизофренией. У психически здоровых описания мимических выражений были, за редким исключением, достаточно точными и полными. Искажения в 5 случаях касались та-

ких емоцій як удивлення, інтерес і смущення. У 35% больних, страждаючих параноїдною шизофренією, відзначалися достатньо грубі порушення сприйняття і оцінки емоціональних станів, зображених на фотографіях. У них же виявлені паралогічні асоціації, пов'язані з оцінкою емоціональних станів. Описання деяких станів (особливо таких, як презрєння, отвращєння, сор'єд, страданєння) були аморфними і свідєтєльствовали о том, що больніє в стані обострєння шизофреніє не способны к дифференциácii деяких базових чувств і адекватному их узнаванію.

Таким образом, проведенное исследование выявило у больнх шизофренією в стані обострєння существенные расстройства в сприйнятті і оцінках експрєсивних (мимичєских) елементов поведєння, що приводит к нарушенію их адаптивных возможностей в процесє коммунікації с окружающіми людьми.

СИНДРОМ ГОЛОВНОГО БОЛЮ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ У ДІТЕЙ

*Кмита О.П., студ. 4-го курсу
Науковий керівник – д.м.н. Потапов О.О.
СумДУ, курс нейрохірургії*

Метою даної праці стало вивчення особливостей синдрому головного болю у дітей з легкою черепно-мозковою травмою (ЛЧМТ) в гострому періоді.

Симптоматика ЧМТ в дитячому віці досить виражена і різноманітна, складається із поєднання загальнономозкових і вогнищєвих симптомів.

Обстежено 998 хворих віком від 1 місяця до 15 років, яким надана допомога з приводу травми амбулаторно і стаціонарно в нейрохірургічному відділенні СОКЛ протягом 2002 року. Закрита черепно-мозкова травма (ЗЧМТ) мала місце у 130 хворих. З 130 дітей з ЧМТ легка черепно-мозкова травма діагностована у

112 хворих (струс головного мозку – 88 випадків, забій головного мозку легкого ступеня – 24 хворих). 110 дітей було госпіталізовано до нейрохірургічного відділення СОКЛ, всім пацієнтам було проведене загальне клінічне і інструментальне обстеження.

В групі обстежених хворих з ЛЧМТ в гострий період головний біль спостерігався в 95,5% (107 хворих) випадків і носив дифузний (38,3% - у 41 дитини) або локальний (61,7% - у 66 дітей) характер. У дітей старшого віку за умов збереженої свідомості головний біль різної інтенсивності спостерігався практично в усіх, при цьому особливе значення надавалось його локалізації та інтенсивності, що в деяких випадках дозволяло діагностувати субарахноїдальний крововилив або вказувало на формування внутрішньочерепної гематоми. Таких дітей було 6. Гіпертензивний характер головного болю мав місце у 6 дітей (5,4%) і характеризувався вираженістю, інтенсивністю та довготривалістю (підтверджено під час люмбальної пункції, змінами на очному дні). У 4 хворих мала місце стійка і довготривала цефалгія, у яких, за умов застосування спеціальних інструментальних обстежень (ЕХО-ЕГ, УЗД, КТ, МРТ), було діагностовано вроджену аномалію мозку (гідроцефалія, арахноїдальна кіста).

Значне місце в структурі головного болю у дітей з ЛЧМТ займає, так званий, психогенний головний біль, що виникає як самостійна форма і супроводжує або приходить на зміну об'єктивно існуючого. Психогенний характер болю спостерігали у 49 хворих (43,7%). В усіх хворих на час виписування із стаціонару головний біль регресував.

Отримані дані вказують на значний вплив преморбідного фону нервової системи дитини на протікання і ступінь вираженості синдрому головного болю. Об'єктивна оцінка неврологічних порушень, з урахуванням характеру травми, анамнезу і даних інструментального обстеження хворих, дає можливість вчасного встановлення діагнозу і прийняття правильного рішення щодо лікування. Виявлення причини стійкого головного болю, вибір правильної тактики ведення хворих з ЛЧМТ дозволяють

досягнути сприятливих результатів лікування і повного одужання.

ПРЕДИКТОРЫ ИСХОДА МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ

Коленко О.И., аспирант

Научный руководитель – проф. Мищенко Т.С.

СумГУ, курс нервных болезней. Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Исходы мозговых инсультов (МИ) обусловлены рядом факторов. К сожалению, комплексных исследований этой проблемы на Украине недостаточно.

Цель: изучить предикторы исхода острого периода МИ. Применены клиничко – неврологический, патоморфологический, лабораторный методы. Состояние больных оценивалось по Шкале ком Глазго, Скандинавской шкале инсульта. Изучены протоколы патологоанатомического исследования 149 больных, лечившихся в специализированном неврологическом отделении. Все больные максимально возможно обследованы с учетом сроков пребывания в стационаре. Из этого числа 84 (56,4%) человека было с геморрагическим инсультом (ГИ), 61 (40,9%) - с ишемическим инсультом (ИИ), у 4 были обнаружены очаги как геморрагического, так и ишемического характера. Средний возраст больных с ГИ был $61,2 \pm 1,1$ года, с ишемическим $63,1 \pm 1,1$ года. Выявлены основные прогностические факторы, определяющие исход острого периода МИ: состояние больного к моменту начала интенсивной терапии, локализация очага (очагов) поражения, осложнения. В подавляющем большинстве случаев непосредственной причиной смерти явились отек и дислокация головного мозга с нарушением жизненно важных функций. У 3 больных причиной фатального исхода стал острый инфаркт миокарда. Выявлены различия для ИИ и ГИ. Так при ГИ преобладающими осложнениями были прорыв крови в желудочки мозга, гипертермический синдром, при ИИ – чаще отмечались

тромбоэмболические осложнения, трофические нарушения, нарушения выделительной функции почек. Одинаково часто встечались пневмония, эпилептический синдром, гипергликемия.

Вышеизложенное подчеркивает важность своевременной диагностики и профилактики осложнений мозгового инсульта.

ТУБЕРОЗНЫЙ СКЛЕРОЗ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

*Коленко О.И., аспирант Колесниченко А.И.
СумГУ, курс нервных болезней
4-я городская клиническая больница*

Туберозный склероз (ТС) – полисистемное генетическое заболевание из группы факоматозов, которое проявляется бурговковыми разрастаниями в веществе головного мозга, а также в других важных органах. Наследуется по аутосомно – доминантному типу или встречается в виде спорадических случаев. Максимум распространенности приходится на детей до 5 лет.

Больной Г., 23 лет, был доставлен СП в неврологическое отделение после впервые в жизни возникшего эпилептического приступа. Несколько месяцев назад проходил курс лечения в косметологической клинике по поводу аденомы сальных желез (ангиофибром) области лица. Наследственно – семейный анамнез без особенностей.

Объективно в области щек и носогубных складок определяются красноватые, безболезненные узелки. На животе и в поясничной области участки гипомеланоза. Общение с больным позволило отметить некоторое снижение интеллекта. В неврологическом статусе: анизокория, непостоянный горизонтальный нистагм, недостаточность конвергенции. Анализы крови и мочи без патологических сдвигов. Офтальмоскопия: норма. На боковой рентгенограмме черепа в проекции височной кости определяется обызвествление сосудистых сплетений. ЭЭГ: на фоне грубых диффузных изменений с преобладанием дельта – актив-

ности регистрируются грубые фокальные изменения в правой лобно – височной – области. МРТ головы: субэпендимально в боковых желудочках определяются мягкотканые узлы (вероятно ТС), перивентрикулярно определяются очаги астроглиоза. На основании проведенного обследования у больного диагностирован ТС, причем проявляющийся классической, редко встречающейся триадой (эпилепсия, ангиофибромы, умственная отсталость).

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ВББ

*Смеянова М.В., студ. 6-го курса
Научный руководитель - доц. Коленко Ф.Г.
СумГУ, курс нервных болезней*

Частота дисциркуляций в вертебробазилярном бассейне (ВББ) составляет 25 – 30% всех нарушений мозгового кровообращения (НМК) и около 70% преходящих. Данная патология возникает, как правило, в трудоспособном возрасте, а исходом является мозговой инсульт. Из этиологических факторов особое место отводится шейному остеохондрозу.

Мы провели изучение особенностей проявления недостаточности кровообращения у 30 больных. Кроме исследования неврологического статуса проведены рентгенологические исследования, реоэнцефалография, офтальмоскопия. Возраст больных составил 30-50 лет. Из них 40% мужчин, 60% женщин с длительностью заболевания 3-7 лет. Превалировали жалобы больных не головную боль, головокружение, тошноту, атаксию, снижение зрения. Неврологически выявлялись как двигательные, так и чувствительные нарушения, глазодвигательные расстройства, болевой синдром (цервикалгия, цервикобрахиалгия, цервикокраниалгия). У 2/3 больных выявлены вестибуло-атактические расстройства, у всех больных – нервно – психические проявления (астения, ипохондрия, депрессия, неврастения).

Рентгенологические данные констатировали дегенеративно – дистрофические изменения в шейном отделе позвоночника (у 90%). На РЭГ зарегистрировано затруднение венозного оттока, повышение сосудистого тонуса, снижение кровенаполнения, характеризующие НМК различной степени выраженности у всех больных. У 60% больных выявлены изменения на глазном дне.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о корреляции клинических особенностей и данных дополнительных исследований, что следует учитывать в диагностике ранних проявлений НМК и своевременных терапевтических мероприятий.

ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Шевченко А.В., Козинец Ж.Н.

Научный руководитель - доц. Коленко Ф.Г.

4-я и 5-я городские клинические больницы, г. Сум

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) – это хроническая медленно прогрессирующая недостаточность мозгового кровообращения, сопровождающаяся развитием диффузных мелкоочаговых изменений мозгового вещества, обуславливающих нарастающее нарушение функции головного мозга.

Нами было обследовано 94 больных в возрасте 34-65 лет с различными стадиями заболевания: среди них женщин было 52 человека (55,3%), мужчин 42 человека (44,7%). Нами учитывалась длительность АГ, систематичность антигипертензивной терапии, контроль артериального давления (АД), данные клинико – инструментальных методов.

В начальной стадии ДЭ (21,3% больных) доминировали субъективные проявления, сочетающиеся с легким неврологическим дефицитом, признаками гипертонической ангиопатии на глазном дне. Прогрессирование процесса сопровождалось интеллектуально–мнестическим снижением, психической истоща-

емостью, появлением очаговой неврологической симптоматики (у 77% больных). На РЭГ наблюдались нарушения артериального и венозного компонентов мозгового кровотока. ЭЭГ – данные свидетельствовали о вовлечении стволовых и медиобазальных структур мозга. На МР – томограммах выявлены признаки энцефалопатии. В 84% случаев преобладал нерегулярный прием гипотензивных препаратов, зачастую без контроля АД. У 11% больных в анамнезе были транзиторные ишемические атаки, а у 23% – острые нарушения мозгового кровообращения.

Анализ полученных данных свидетельствует о необходимости ранней диагностики ДЭ с применением суточного мониторинга АД, адекватного и своевременного лечения АД, что способствует замедлению прогрессирования недостаточности мозгового кровообращения.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ L - ЛІЗИНУ ЕСЦИНАТУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

Животовський Р.В.

Науковий керівник – доц. Коленко Ф.Г.

4 - та Сумська міська клінічна лікарня

З 1999 року на фармацевтичному ринку України з'явився медичний препарат L - лізин есцинат (L - lysini aescinas)-капіляростабілізуючий засіб, що має протинабрякову, протизапальну та знеболювальну дію.

Препарат був застосований у неврологічному відділенні №2 на протязі 5-ти місяців у 56-ти хворих (19 з внутрішньомозковим крововиливом, 37 з інфарктом головного мозку): у вигляді монотерапії у 15 хворих з інфарктом головного мозку, та у вигляді комплексної терапії (разом з дексаметазоном) - у 41-го хворого з внутрішньомозковим крововиливом та інфарктом головного мозку.

При монотерапії L- лізином есцинатом регрес ознак набряку мозку у хворих на інфаркт головного мозку у порівнянні з монотерапією дексаметазоном наставав дещо раніше, проте був менш інтенсивним та більш тривалішим у часі з помірним знеболюючим ефектом. При комплексній терапії відмічався інтенсивніший, швидший, стійкіший дегідратуючий ефект з зменшенням частоти та інтенсивності психомоторного збудження хворих, особливо у осіб, що зловживали алкоголем.

Незважаючи на вказані виробником побічні дії майже у всіх хворих відмічався інтенсивний пекучий біль по ходу вен під час та після введення препарату. Після декількох введень венозна стінка потовщувалась, ставала ломкою.

На основі вище зазначених фактів слід відмітити, що комбінація дексаметазон + L - лізин есцинат є доцільнішою ніж монотерапія цими препаратами, але треба звертати увагу на його побічні дії.

ДИНАМІКА БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЖИРОВОГО, БІЛКОВОГО, ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ ГОСТРИМ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Кравець В.В.

Конопська центральна районна лікарня

В останні роки захворюваність на гострі порушення мозкового кровообігу значно зросла. Актуальність проблеми потребує пошуку нових та ефективних методів діагностики, патогенетичного лікування з урахуванням відхилень від норми різних біохімічних показників, які є маркерами порушення того чи іншого виду метаболізму під впливом патологічного процесу.

Нами наглядались 55 хворих, які знаходились на лікуванні та обстеженні з приводу ішемічного інсульту за період 1999-2002 роки. Вік пацієнтів був від 45 до 80 років. Чоловіків зареєстровано – 24/43,6%/, жінок – 31/56,4%/.

Проводились дослідження слідуючих біохімічних показників: загальний холестерол сировотки крові (метод Ілька), ЛПНП (метод Бурштейна, Самай), тригліцериди (ензимологічний метод), глюкоза крові (глюкозооксидазний метод), загальний білок сировотки крові (біуретовий метод), альбумін (електрофорез на плівці з ацетат целюлози), глобулін (електрофорез), фібриноген плазми (метод Рутберга), тормботест (метод Руенте - Іта), протромбіновий індекс (метод Квіка), час згортаємості крові (метод ЛП – Уайта), толерантність плазми крові до гепарину (метод Сінга), період рекальцифікації (загалом 16 показників).

Обстеження виконувались при прибутті на лікування, в динаміці і в день виписки із стаціонару. Аналіз результатів лабораторних досліджень свідчить, що середній рівень загального холестеролу плазми при надходженні склав 5,3 моль/л. Цей же показник при виписці зменшився до 4,57 моль/л ($p = 0,001$).

ЛПНП перевищували нормальні показники на день прибуття в 8/14,5% хворих. Середній рівень на початку складав 6,13 г/л і на день виписки зменшився до 5,63 г/л. Тригліцериди: при прибутті – 1,51 моль/л, на день виписки – 1,44 моль/л. Підвищення понад норму спостерігали у 14/25,4% осіб. Отримані зміни показників жирового обміну пояснюються в цілому за рахунок атеросклеротичного процесу, який в більшості випадків супроводжував ішемічний інсульт.

Підвищення рівня глюкози крові відмічено лише 3/5,4% хворих. Середній показник у 52/94,6% пацієнтів практично не змінювався динаміці і склав 4,5 моль/л.

Кількість загального білка має тенденцію до зростання у 20/36,4% осіб при прибутті і зберігався у 9/16,4% на день виписки ($p = 0,001$).

Характерна зміна зі сторони системи гемостаза. Толерантність плазми до гепарину супроводжувалась зниженням середніх показників як при прибутті, так і на день виписки. Зменшення толерантності при прибутті спостерігається у 18/32,7% хворих, на день виписки цей показник незначно покращився у

15/27,2%/ (0,001). Підвищення нормального рівня фібриногена визначалось у 16/29%/ пацієнтів. Збільшення протромбінового індексу спостерігали у 11/20%/ осіб. Інші показники мали неінформативно виражені зміни.

Таким чином, проведений аналіз біохімічних показників у хворих з гострим ішемічним інсультом свідчить про відхилення від норми під впливом дії патологічного процесу на різні види обмінів в організмі людини. Після проведеного лікування зареєстрована позитивна динаміка нормалізації цих показників.

Хірургія

ВИБІР МЕТОДУ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ З ВИРАЗКОЮ ШЛУНКА, УСКЛАДНЕНОЮ КРОВОТЕЧОЮ

*Абу Варда Малік-клін. ординатор, Румянцева О.А.,
студ. 3-го курсу*

Науковий керівник – доц. Шевченко В.П.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії

Незважаючи на успіхи фармакотерапії виразкової хвороби, кількість життєво небезпечних ускладнень її, зокрема кровотеч, не зменшується. Спостерігається ріст числа екстренних операцій, які супроводжуються значною післяопераційною летальністю (6-18%). Нами проаналізовано результати хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка (ВХШ), ускладненої кровотечею у центрі шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) за 2000-2002 роки. Госпіталізовано 1205 хворих з приводу ШКК віком від 18 до 84 років. Виразкова хвороба була причиною ШКК у 829 (68,8%), при цьому виразка шлунка – у 192 (15,9%) хворих. В алгоритм екстренного обстеження обов'язково включалась ЕГДС для визначення джерела і активності кровотечі (за J.A. Forrest). Кровотврата помірного ступеню була у 111 (59,1%), середньої тяжкості у 44 (22,8%), важкого ступеню у 37 (18,1%). В залежності від локалізації у шлунку діагностовані такі типи виразок (за H.D.Johnson): I типу – у 72 (59%), II типу – у 33 (18%), III типу – у 44 (23%) хворих. Оперовано 75 хворих (оперативна активність (39,1%). Ургентно – 36, планово – 39. При виборі методу операції враховувався тип виразки, вік, стан хворих, операційно-анестезіологічний ризик. При виразках I типу виконана резекція шлунка (за Б-I -50, за Б-II -7, висічення виразки шлунка -2, прошивання виразки -2). При виразках II і III типів у 10 хво-

рих виконана антрумектомія і селективна ваготомія, у 4-резекція шлунка. Померло після операції 4 хворих (післяопераційна летальність 5,3%). Після екстрених операцій –8,3%, після планових – 2,5%, після резекції шлунка – 5,0%, після органозберігаючих операцій – летальність відсутня, після паліативних операцій - 50%. Отже, при виборі метода оперативного лікування ВХШ доцільний патогенетичний підхід, перевагу необхідно надавати органозберігаючим операціям.

ДЕЯКІ ПИТАННЯ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЕФОРМУЮЧОГО ОСТЕОАРТРИТУ

*Кондрачук С.О., студ. 4-го курсу; Сорока Т.Д., студ. 3-го курсу
Науковий керівник –Кондрачук С.О.
Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії*

Деформуючий остеоартрит (ДОА) зустрічається в 6,43%, переважно у осіб за 45 років. Рентгенологічний метод є основним в діагностиці ДОА, і використовується в 100% випадків при першому звертання пацієнта з приводу болей в суглобах. Ми вивчили доцільність використання рентгенографії як обов'язкового методу діагностики ДОА при первинному обстеженні пацієнтів старшої вікової групи в умовах поліклініки. Вивчені результати клініко-рентгенологічного обстеження 692 пацієнтів старшої вікової групи (за 50 років), яким була виконана рентгенографія суглобів за 3 роки. Дослідження виконували на сучасному рентгенодіагностичному комплексі “Medicor”. Усім пацієнтам рентгенографія призначалась при первинному звертанні пацієнта з приводу болей у суглобах. Рентгенологічні зміни, характерні для ДОА були виявлені у 73,7% пацієнтів, змін не виявлено – у 18% а інші захворювання – у 7,9% випадків. Таким чином більшість пацієнтів є хворими на ДОА потребують переважно консервативного лікування. Отже, рентгенографія у цих пацієнтів є доречним методом дослідження. Рутинна рентгенографія забирає багато часу через велику кількість

досліджень. Болі в суглобах пов'язані із змінами в параартикулярних м'яких тканинах, які здебільшого, не відображаються на рентгенограмах. Рентгенографія дає значне променеве навантаження на пацієнта (хоча цей фактор не є важливим для даної вікової групи хворих). Вважаємо за доцільне не виконувати рентгенографію при первинному звертанні пацієнтів старшої вікової групи з приводу болей в суглобах, а проводити рентгенографію через 4-6 тижнів в тих випадках, коли консервативна терапія не дає ефекту.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ МІНІЛАПАРОТОМІЇ У ХВОРИХ З ТЯЖКОЮ ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ

Лазебна Т.В., Василенко В.О., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – доц. Шевченко В.П.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії

При пошкодженні органів черевної порожнини (ПОЧП) рання і своєчасна діагностика має вирішальне значення для позитивного результату лікування. Особливо, великі труднощі виникають у виявленні ПОЧП і тривалій поєднаних черепно-мозковій травмі (ЧМТ) з втратою свідомості, коли фізикальні методи дослідження малоінформативні. Впровадження в клінічну практику лапароцентезу дозволило значно знизити кількість діагностичних та тактичних помилок. Але багаторічний досвід використання лапароцентезу виявив у ряді випадків його малоінформативність, що призводило до розвитку тяжких ускладнень у хворих. Тому протягом останніх років у хірургічному відділенні СОКЛ при підозрі на ПОЧП впроваджена і використовується методика мінілапаротомії. Цей метод відрізняється простою і високою інформативністю. При відсутності паталогічного вмісту, у черевну порожнину за допомогою корнцангу вводиться 1500 мл теплого фізіологічного розчину з послідувочою аспірацією вмісту черевної порожнини. Далі

проводиться його мікроскопічне дослідження. Збільшення числа еритроцитів більш ніж 100 тис., а лейкоцитів – 8 тис. у 1 мл являється ймовірною ознакою ПОЧП. За 2002 рік у СОКЛ виконано 40 діагностичних мінілапаротомій при поєднаній травмі. У 2 (5%) одержано паталогічний вміст з черевної порожнини, що стало показанням для екстренної лапаротомії. У 1 (2,5%) хворого виявлено підвищення вмісту еритроцитів у 1 мл більше 200 тис., що стало приводом для необхідної операції. У решти результат дослідження був негативний. Це дозволило уникнути даремної лапаротомії з ЧМТ, яка могла б погіршити тяжкий стан і привести до незворотніх наслідків.

Таким чином, мінілапаротомія з використанням лаважу черевної порожнини є цінним допоміжним методом діагностики пошкоджень органів черевної порожнини.

ВПЛИВ СПЛЕНЕКТОМІЇ НА НЕСПЕЦИФІЧНУ РЕАКТИВНІСТЬ ТА ЧАСТОТУ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Шевченко Т.В., студ. 2-го курсу

Науковий керівник – проф. Дужий І.Д.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії

Втрата органу, що містить до 30% всієї лімфоритикулярної тканини організму спричиняє значні порушення в імунній системі, що сприяють розвитку гнійно-септичних ускладнень. Вивчено вплив спленектомії на кількість природних кіллерів (НК), морфологічними аналогами яких є великі гранулярні лімфоцити (ВГЛ), що виявляються у мазках крові, забарвлених за Папенгеймом. Для контролю взято середній показник ВГЛ у 20 донорів (6,8+0,4%). Дослідження проводили в 1, 5-7 та 19 добу після операції. За 1996 – 2002 роки у хірургічному відділенні СОКЛ спленектомія виконана 72 хворим: при травматичних пошкодженнях у 18 (25%), гематологічних захворюваннях у 32 (44,5%), запальних процесах у 14 (19,4%), злоякісних пухлинах

у 8 (11,1%). Післяопераційні ускладнення були у 22 хворих (31,9%). Більшість із них (81,8%) - гнійно-септичні. Померло – 4 хворих. Для імунокорекції використовували спленін, гормони тімуса, лаферон. У 8 хворих проведена субопераційна аутотрансплантація фрагментів селезінки. Середнє число ВГЛ у хворих при госпіталізації – 6,0+0,4%, на 5-7 добу зменшувалось до 2,6+0,5% і на 19-20 добу залишалось суттєво нижче, ніж у здорових ($P < 0,05$). У хворих, що отримували імуномодулятори, кількість ВГЛ зменшувалось до 4,6+0,5% і на момент виписки майже досягала нормального показника (5,4+0,5%). Частота післяопераційних ускладнень у цих хворих була значно меншою.

Таким чином, спленектомія спричиняє значні порушення неспецифічної реактивності у хворих, що супроводжуються зростанням післяопераційних гнійно-септичних ускладнень і потребують імунокорекції.

ЕНДОСКОПІЧНА ПОЛІПЕКТОМІЯ ЯК АЛЬТЕРНАТИВА РУТИННИМ АБДОМІНАЛЬНИМ ОПЕРАЦІЯМ

Шевченко В.В., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – доц. Шевченко В.П.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії

Вивчені результати ендоскопічних поліпектомій у 154 хворих, які лікувались у хірургічному відділенні СОДРЗН з 1986 по 1996 рік. Проведено 1905 ендоскопічних досліджень (ФГС – 798; ФКС – 317). У 154 (8,1%) діагностовані поліпи, у 26 (1,4%) рак. Локалізація поліпів: стравохід – 2; шлунок – 58; товста кишка – 84. При гістологічному дослідженні виявлені тубулярні, ворсинчасті і змішані форми аденом, малігнізовані поліпи – у 4 хворих. Електрохірургічна ексцизія поліпів виконувалась через ендоскопи фірми “Olympus”. У 2 хворих після видалення великих розмірів поліпів виникла кровотеча, яка в одному випадку зупинена консервативно, а в другому була потрібна екстренна лапаротомія. Середня тривалість перебування хворих у стаціо-

нарі після поліпектомії – 7,8 л/д. Контрольні ендоскопічні дослідження - через 3 місяці, а потім 1 раз на рік. Тривалість спостереження до 10 років. Рецидив поліпа виявлено у 6 (3,9%) хворих, що обумовило необхідність повторної ендоскопічної операції.

Таким чином, ендоскопічна поліпектомія є ефективним діагностичним і лікувальним методом, що дозволяє радикальновилікувати хворих і уникнути післяопераційних ускладнень, притаманних рутинним абдомінальним операціям.

МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ ТИРЕОТОКСИЧНОГО ЕНТЕРАЛЬНОГО СИНДРОМУ НА ЕТАПАХ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Опанасенко О.П., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – к.м.н. П'ятикоп Г.І.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії

За даними ВООЗ захворювання щитоподібної залози відмічені у 10-15% населення, частіше - це пацієнти з дифузним токсичним зобом. Їх чисельність невпинно зростає. Надлишок гормонів при токсичному зобі викликають зміни в шлунково-кишковому тракті. Розлади зустрічаються у 30-60% хворих. Ці порушення є найменш вивченим розділом при тиреотоксичному зобі. Корекція виявлених порушень практично не проводиться. Проте вони часто є домінуючими. Нами прооперовано 3078 пацієнтів із хворобами щитоподібної залози: з тиреотоксичним зобом - 924, дифузним токсичним зобом - 616, змішаним токсичним зобом – 216, вузловим токсичним зобом – 92. Обстежено 46 хворих з тиреотоксичною ентеропатією. Ознаками ентерального синдрому були: розлади стільця та схуднення. Зафіксовані харчові інтолерантності: здуття живота у 23 пацієнтів, бурчання в животі – у 21, акорексію спостерігали у 20 хворих, абдомінальний синдром (болі в животі, постійний біль в епігастральній ділянці і правому підребер'ї) спостерігався у 19 хворих. Частіше біль був незначним, інколи інтенсивним, у частини – переймоподібним, нерідко нудота (16 хв.), блювання – (3 хв.).

Корекція ентеропатії сприяла зменшенню або зникненню проявів ускладнення. Скорочувався термін передопераційної підготовки. Отже, ентеральний синдром ускладнює перебіг тиреотоксичного зобу у 56% хворих і потребує необхідної медикаментозної корекції.

Використання в передопераційній підготовці засобів корекції сприяє скороченню лікування при зменшених дозах тиреостатичних середників.

СИНДРОМ СТОПИ ДІАБЕТИКА

Снагощенко Л.М., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – к.м.н., П'ятикоп Г.І.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії

Серед пізніх ускладнень цукрового діабету провідне місце займає “діабетична стопа”, яка розвивається внаслідок специфічної нейропатії, остеоартропатії, стенозування мікроциркуляційного русла, оклюзії магістральних судин. Проведений аналіз результатів обстеження та лікування 108 хворих на синдром стопи діабетика. Чоловіків було 60 (56%), жінок 48 (44%). Вік хворих коливався від 23 до 81 року. Пацієнтів з I типом цукрового діабету було 38 (55%), з II – 80 (75%). Зустрічався цукровий діабет середньої тяжкості – 45%. Легка ступінь була у 20% хворих. У 35% пацієнтів - декомпенсований процес. Методи лікування не систематизовані.

Для лікування ран локально використовували розчини антисептиків, діоксидин, хлорфіліпт, протеолітичні ферменти, мазі на поліетіленоксидній основі (левосін, левоміколь та ін.) Терапія, спрямована на прискорення репаративних процесів в рані, включала засоби для покращання реологічних властивостей крові, дезінтоксикаційні препарати, антикоагулянти, препарати, що покращують мікроциркуляцію; антиагреганти, ангіопротектори, вітаміни, спазмолітики, імуномодулятори, антибіотики. Всім хворим призначались фізіотерапевтичні процедури. Розва-

нтажували уражену кінцівку за допомогою гіпсової лангети. Хворих переводили на підшкірне введення простого інсуліну.

Перераховані методи лікування гнійно-некротичних уражень стопи діабетика дозволило зменшити об'єм хірургічних втручань. Так, високих ампутацій виконано лише 10%, метатарзальних ампутацій – 10%, екзартикуляцій пальців ступні – 40%, остеонекретомиї - 20%, розкриття та дренивання клітковинних просторів, некретомиї - 20% хворих. Отримані результати свідчать про практичне значення використання повного комплексу медикаментозних препаратів з метою підвищення ефективності лікування синдрому стопи діабетика.

ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЕМБОЛІЇ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНИХ СУДИН

Гоман А.В. студ. 5-го курсу

Науковий керівник – проф. Кононенко М.Г.

Кафедра госпітальної та факультетської хірургії

Із 214 хворих на тромбоемболію мезентеріальних судин (ТЕМС) оперовано 184 (85,9%) хворих, 30 не оперовано із-за надтяжкого стану або відмови пацієнтів чи їх родичів із-за безперспективності.

Під ендотрахеальним наркозом проводили лапаротомію, виясняли поширення, стадію, глибину ураження стінки кишечника, вид порушення кровотоку, локалізацію оклюзії.

Із 184 пацієнтів діагностичні і пробні лапаротомії проведено у 86 (46,8%). Радикальні втручання виконано у 98 (53,2%) хворих, зокрема: сегментарна резекція тонкої кишки – у 48 (49%), обширні і субтотальні резекції (2/3 довжини кишки і більше) – у 11 (11,2%), резекція тонкої кишки і правобічна геміколонектомія – у 25 (25,5%), правобічна або лівобічна геміколонектомія – у 13 (13,2%), резекція сигмоподібної кишки – у 1 (1,1%).

У 3 хворих успішно виконано тромбемболектомію при І стадії ТЕМС.

Із 214 пацієнтів померли 185 (86,4%) в основному у перші дні і навіть години після госпіталізації або операції.

Підозра на ТЕМС є абсолютним показанням до лапаротомії як останнього етапу діагностики, бо результати лікування і об'єм операції в основному залежать від стадії захворювання і терміну втручання.

ПЛАСТИКА ШКІРОЮ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИНАХ

*Захарченко О.А., Захарченко А.В. студ. 5-го курсу
Науковий керівник – доц. Андрющенко В.В.
Кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

Після радикального видалення злоякісних пухлин шкіри, м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки нерідко утворюються великі ранові дефекти. Для їх закриття застосовують шкірно-пластичні операції. Найбільш доцільна пластика місцевими тканинами, але там, де вона неможлива (верхня кінцівка, гомілка, стопа, кисть, волосиста частина голови, спинка носа) застосовується вільне пересадження шкіри. Коли дном рани є кістка, хрящ, сухожилля, великі судини, застосовується комбінація місцевої і вільної шкірної пластики.

Проаналізовано 5 хворих на плоскоклітинний рецидивуючий рак губи, пролікованих в хірургічних відділеннях Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру за період з 1998-2002р. Всі чоловіки були віком від 52 до 60 років. Стадію захворювання T1N0M0 діагностовано у 2 хворих, T2N1M0 – у 2, T3N0M0 – у 1. Лікування починали з опромінення і резекції губи з пластикою дефекту місцевими тканинами. Після появи рецидиву 3,0x4,5 – 4,0x6,0 см широко видаляли пухлини з пластикою дефекту шкірно-м'язовими шматками. Через поширеність процесу 3 хворим була виконана резекція губи з фрагментом нижньої щелепи та бічною диссекцією шії. Дефект закривали шкірно-

м'язовим шматком із кивальним м'язом. Одному хворому провели пластику великого дефекту шкірно-м'язовим дельтопекторальним шматком. У 4 хворих загоєння було первинним натягом.

За три місяці 2003 року застосовано 4 пластики вільними шкірними шматками. Для закриття дефекту розміром 30,0x25,0 см застосована комбінована шкірна пластика. У всіх - гарні функціональні результати.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Белікова І. В.

*Українська медична стоматологічна академія
м. Полтава*

Фактори навколишнього середовища, що супроводжують сучасне життя, провокують розвиток та обтяжують перебіг багатьох захворювань, серед яких і патологія слизової оболонки порожнини рота.

Труднощі по вивченню та діагностиці запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота полягають в різноманітності захворювань, які локалізуються в цій області, в відмінності етіології та патогенезу цих захворювань та часто у значній схожості їх клінічних проявів. (Максименко П.Т. та ін., 1998).

Виходячи з важливості попередження виникнення запальних захворювань, необхідна профілактика, як система медичних, державних та професійних заходів. Для успішного проведення профілактичних заходів необхідно визначити фактори ризику виникнення запалення. Для досягнення мети вивчена розповсюдженість в залежності від екологічних факторів запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота серед мешканців Полтавської області протягом 1997 -2001 р.р.

Дослідження показали суттєву залежність розповсюдженості

запалень слизової оболонки порожнини рота від місця проживання населення: 3% від усієї стоматологічної захворюваності серед мешканців промислового району (Кременчук, Комсомольськ, Кременчуцький р-н) і 5% в аграрному регіоні (Диканька, Котелевський та ін.).

Таким чином, при складанні профілактичних програм слід враховувати вік, стать, професію, особливості регіону проживання та гігієнічну освіту населення.

ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ “ДІАБЕТИЧНОЇ СТУПНІ”

*Лукавенко І.М. студ. 4-го курсу
Науковий керівник – доц. Бугайов В.І.
Кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

Приведені результати лікування 202 хворих із синдромом “діабетичної ступні” 3-4 стадії за Вагнером, які лікувались в МКЛ № 5 м. Суми за період з 1998 по 2002 рр. Чоловіків було 97, жінок – 105 віком від 46 до 82 р. І тип цукрового діабету був у 48, II – у 154 хворих. Виразково-некротичні ураження пальців відмічені у 55 пацієнтів, флегмона ступні – у 98, флегмона ступні з розповсюдженням на гомілку – у 16, волога гангрена ступні – у 33, волога гангрена ступні і дистальної третини гомілки – у 9. Хворих з флегмоною ступні оперували в ургентному порядку. Проводилось широке розкриття запального вогнища, дренажування гнійних заплівів з санацією розчином гіпохлориту натрію. Місцево використовували мазі на гідрофільній основі. Хворим з сухою відмежованою гангrenoю проводили консервативну терапію до появи чіткої лінії демаркації, потім виконували поетапну некректомію. Більш ніж у 60% хворих виконано в середньому від 2 до 3 некректомій. Після очищення ран накладали вторинні шви, цинк-желатинові пов'язки, виконували аутодермопластику. У 42 хворих з вологою гангrenoю по життєвим показанням виконана ампутація кінцівки на рівні верхньої третини

бедра. Комплекс хірургічних і консервативних заходів у 142 (92,5%) із 153 хворих дозволив ліквідувати гнійно-некротичний процес. У 11 (7,5%) пацієнтів виконані ампутації.

ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО УШКОДЖЕННЯ СЕЛЕЗІНКИ

*Полторацький В.А. студ. 5-го курсу
Науковий керівник - асист. Пак В.Я.
Кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

Нами вивчено результати діагностики і лікування 82 хворих із ушкодженнями селезінки. Чоловіків було 57, жінок – 25 віком від 15 до 68 років.

При направленні у стаціонар розрив селезінки запідозрено або встановлено у 71 (86,6%) хворих, у 11 (13,4%) признавали перфоративну виразку, панкреатит, перитоніт. Основними симптомами, що вказували на ушкодження селезінки, були, біль у животі з іррадіацією у ліву надключичну ділянку, притуплення у відлогих місцях, відкрита травма, перелом ребер та шкірні крововиливи у проекції селезінки.

Із 79 пацієнтів, яким проведено лапароцентез, у всіх отримано кров, що стало абсолютним показанням до лапаротомії. 11 хворим до операції проведено УЗД, у всіх знайдено безпосередньо ушкодження селезінки, згустки крові навколо неї і вільну рідину (кров) у черевній порожнині.

Під час лапаротомії у черевній порожнині знаходили від 150 мл до 3000 мл крові. У 27 хворих проведена реінфузія об'ємом від 300 мл до 2 л. У 72 (87,8%) травмованих виконана спленектомія, яка у 9 (12,5%) доповнена гетеротопічною ауто-трансплантацією тканини селезінки. У 7 (8,5%) проведено спленорафію, у 3 (3,6%) виконано субтотальну резекцію селезінки.

Великий відсоток спленектомій зумовлений ушкодженням органа у його воротах та розтрощенням. Діагностика ушкоджень селезінки базується, в основному, на даних об'єктивного обсте-

ження, але найдостовірнішим є лапароцентез. Розтрощення і ушкодження селезінки у ділянці воріт потребує виконання спленектомії, а це спонукає до вивчення ангіоархітекτονіки органа для поширення показань до органозберігаючих втручань і резекцій органа.

АУТОДЕРМОПЛАСТИКА У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ ВЕНТРАЛЬНІ ГРИЖІ

*Степанченко О.М. студ. 6-го курсу
Науковий керівник – доц. Кащенко Л.Г.
Кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

Проаналізовані результати хірургічного лікування 36 хворих на післяопераційні вентральні грижі, яким виконувалась пластика грижового дефекту аутодермальним лоскутом за останні 5 років. Чоловіків було 7, жінок – 29 у віці від 40 до 79 років. Первинних гриж було 34 (94,4%), рецидивних – 2 (5,6%). Поодинокі грижі склали 81,6%, множинні – 18,4%. За класифікацією В.Д. Федорова і співавт. (2000 р.) малі грижі (до 10 см) були у 8 (22,2%), середні (до 20 см) – у 19 (52,8%), великі (до 30 см) – у 9 (25,0%). Однокамерні грижі спостерігали у 22 (61,1%), багатокамерні – у 14 (38,9%). Грижі локалізувались: верхньосередина – у 16 (44,4%), середньосередина – у 7 (19,4%), нижньосередина – у 9 (25,0%), у бокових ділянках живота – у 4 (11,1%). Всім хворим виконали пластику грижових воріт аутодермальним лоскутом за методикою Янова у модифікації Мешалкіна-Цитовського. Післяопераційні ускладнення (сероми) були у 4 (11,1%) хворих. Післяопераційний ліжко-день склав 13,2%. Рецидивів не спостерігали.

Таким чином, аутодермопластика у хірургічному лікуванні хворих на післяопераційні вентральні грижі є досить надійним і простим методом закриття дефекту черевної стінки.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З КИШКОВОЮ ІНВАГІНАЦІЄЮ

*Шевченко М.Ю. студ. 6-го курсу
Науковий керівник - Овечкін В.С.*

Кафедра госпітальної та факультетської хірургії

Інвагінація кишківника (ІК)– занурення проксимального відділу кишки в дистальний, - найбільш розповсюджений (до 70%) вид набутої непрохідності. У 80% дітей ІК зустрічається у віці від 3 міс до 1 року.

За період 1998-2002 рр. у хірургічне відділення СОДКЛ з підозрою на інвагінацію кишківника було госпіталізовано 39 дітей. З метою діагностики у всіх пацієнтів проведена пальпація живота, в т.ч. у 7 під медикаментозним сном, ректальне пальцеве дослідження - у 12, ультразвукове дослідження – у 4, оглядова рентгенографія черевної порожнини – у 7, пероральне дослідження з барієм – у 8. У 16 дітей діагноз ІК підтверджено. Серед 16 хворих з ІК було 10 хлопчиків (62,5%) та 6 дівчаток (37,5%) віком від 1 до 3 міс (1 дитина), 3-6 міс. (4), 6-9 міс. (3), 9-12 міс. (1), віком понад 1 р. (7).

В термін до 6 годин від початку захворювання було госпіталізовано 4 дитини, через 6-12 г. - 5, через 12-18 г. - 2, через 18-24 г. - 1, понад 24 г. - 4 хворих.

Консервативна дезінвагінація застосовувалась у лікуванні 8 хворих, оперативна – у 9, із яких у 2 хворих проведена резекція кишки.

Отже, своєчасна діагностика ІК дала змогу в 50% провести консервативне лікування.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ ПРИ ГОСТРІЙ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

*Жукова І.С., студ. 6-го курсу
Науковий керівник – асист. Пак В.Я.
Кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

Вивчено результати обстеження 214 хворих на гостре порушення мезентеріального кровообігу (ГПМК). Чоловіків було 98, жінок – 116, віком від 27 до 95 років: до 60 років - 42 (19,6%), старших 60 – 172 (80,4%). У 202 (94,4%) пацієнтів виявлені супутні захворювання, що у певній мірі стали причиною, або передвісниками гострого порушення мезентеріального кровообігу.: ІХС, миготлива аритмія, аневризма серця і аорти, гіпертонічна хвороба, порушення мозкового кровообігу, постінфарктний кардіосклероз.

Із направлених пацієнтів у клініку лише у 29 (13,5%) було розпізнано ГПМК, а превалювали інші діагнози “гострого живота”. У 129 (60,3%) хворих визначалися симптоми перитоніту, а часта дефекація рідким калом із домішками крові типу “малинового желе” виявлена тільки у 18 (8,4%).

Відсутність, або незначні цифри лейкоцитозу не виключали дану патологію, результати коагулограми та час згортання крові були у межах норми.

Вивчено оглядові рентгенограми черевної порожнини у 53 хворих. Знайдено, що чаші Клойбера множинні, вузькі і мілкі, а складки Керкрінга товстіші й глибші ніж при ГКН. При УЗД майже у всіх хворих знаходили гіперпневматоз, значну кількість рідини і її маятникоподібні коливання.

Діагностика ГПМК є складним завданням лікаря, особливо на догоспітальному етапі. Вараховуючи фактори ризику, а саме захворювання серця і судин, можна запідозрити у пацієнта розлади кровообігу у судинах брижі.

ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПЕРФОРАТИВНОЮ ВИРАЗКОЮ

Ракітянська А. А. студ. 6-го курсу

Керівник – асп. О. Л. Ситнік

Кафедра госпітальної та факультетської хірургії

Проведено аналіз історій хвороб 835 пацієнтів з перфоративною виразкою шлунка(29,5%) та дванадцятипалої кишки(70,5%), пролікованих в МКЛ № 5 за 1989 – 2002 роки.

Перитоніт виявлений у 473 (56,6%): місцевий - у 133(27,3%), дифузний – у 234 (49,5%), розлитий - у 71 (15,0%), загальний – у 35 (7,4%) хворих. Переважав – у 339(71,6%) - серозно-фібринозний перитоніт.

Прикрита перфоративна виразка була у 68 (8,1%), стеноз вихідного відділу шлунка - у 88 (10,5%) пацієнтів.

Для адекватного і об'єктивного вибору методики операції користувалися розробленою (О. Л. Ситніком) схемою визначення прогностичних факторів летальності (у балах). Перевагу віддавали органозберігаючим втручанням. Перфоративні виразки ушивали у 13% хворих, висікали у 13,5%, висікали з пілоропластикою – у 31,2%, доповнюючи стовбуровою ваготомією - у 4,0%, селективною ваготомією – у 32,2%, селективною проксимальною ваготомією – у 1,8%. Для поліпшення віддалених функціональних результатів лікування зберігали при можливості воротар або створювали штучний пілородуоденальний клапан. Резекцію шлунка виконали у 3,7%. Проводили санацію й дренажування черевної порожнини.

В останні 4 – 5 років замість комбінації ампіциліна 0,5 x 4 рази на добу й гентаміцину 0,08 x 2 рази на добу в/м протягом 5 – 7 діб використовували метрагіл по 100 мл 0,5% розчину в/в, ципрінол по 200 мг в/в і цефазолін по 1 г в/м 2 рази на добу. Антибіотикотерапію доповнювали інфузійною, та противиразковою терапією. Середній ліжко-день склав 12,8 доби.

ХІРУРГІЧНИЙ ШОВНИЙ МАТЕРІАЛ

*Кальченко М.В., студ. 5-го курсу
Науковий керівник – доц. Андрющенко В.В.
Кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

Майже при всіх хірургічних операціях для з'єднання тканин накладають шви, які залишаються в тканинах. Тому від якості, хімічного складу і структури шовного матеріалу, реакції на нього навколишніх тканин нерідко залежить результат втручання.

Перші згадки про шовні матеріали знайдено за 2000 років до нашої ери в китайському трактаті про медицину, де йшлося про кишковий і шкірний шви з використанням ниток рослинного походження. Кетгутові нитки були створені Галеном у 175 році нашої ери. У 1868 р. в Англії Джозеф Лістер удосконалив кетгут шляхом хромування. Другим по поширеності шовним матеріалом є природний шовк, який вперше у 1887 р. застосував Т. Кохер. У ХХ при детальному вивченні властивостей кетгуту і шовку було виявлено цілий ряд недоліків: алергізуюча дія, важко передбачувані терміни розсмоктування. На початку 20 сторіччя почалися спроби використовувати власні тканини організму, як матеріал для швів. У 1901 році Мак Артур застосував стрічки з апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота для ушивання пахової грижі.

Сучасні шовні матеріали класифікуються за наступними ознаками: за джерелом, з якого виробляються шовні матеріали (природні органічні, природні неорганічні, полімерні штучні і синтетичні), за будовою - монопітка, комплексна нитка (кручена, плетена, нитка з покриттям), за здатністю до розсмоктування в тканинах організму (нитки, що розсмоктуються, що умовно розсмоктуються, та нитки, що не розсмоктуються). Сучасним вимогам найбільш відповідає вікріл, що розсмоктується через 8-10 тижнів.

У Сумському ОКОД за останні 10 років використовують головним чином поліаміди (капрон) та кетгут.

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНІЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІЙ ВИРАЗЦІ

Ковшик О.П., студ. 6-го курсу, Авоянц А., студ. 5-го курсу

Керівник – клін. орд. Даниленко І. А.

Кафедра госпітальної та факультетської хірургії

В хірургічних відділеннях 5 МКЛ м.Сум за період з 1989 по 2002 роки з перфоративною гастродуоденальною виразкою госпіталізовано 835 пацієнтів (жінок – 94, чоловіків – 741) - 1:8. Виразковий анамнез виявлено у 559 (67%) пацієнтів, з них менше року хворіло 24%, до 5 років – 27,9%, до 10 років – 25,1%, більше 10 років – 5,2%. В період загострення звернулося 173(31%) хворих. Прикрита перфоративна виразка виявлена у 68 (8,1%), стеноз вихідного відділу шлунка – у 88 (10,5%) пацієнтів.

На протязі доби частіше перфорації мали місце (36,4%) з 12 до 18 г., рідше (14%) – з 0 до 6 г. Раптові різкі болі (с-м Д'єлафуа) - у 760 (91,1%) з локалізацією в епігастрії та правій половині живота у 512 (61,3%) з ірадіацією у 217 (26%) в плече й ключицю зправа, у 38 (4,5%) – зліва. Слабкість відмічали 326 (39,1%), тошноту – 456 (54,6%), блювоту – 191 (22,8%). У вимушеному положенні на правому боці знаходились 321 (38,4%). Блідість шкіри – у 604 (72,3%), брадикардія (с-м Грекова) – у 152 (18,2%). Черевна стінка не брала участь у диханні (с-м Винтера) у 681 (81,5%), «доскоподібний живіт»(с-м Краснобаєва) у 789 (94,5%). Симптоми подразнення очеревини були виражені у 681 (81,5%).

При оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини з 653 пневмоперітонеум діагностували у 422 (64,6%). Проба Хеннеля була позитивною у 15 пацієнтів з 33.

Отже, до операції перфоративна виразка була діагностована у 92,6% випадках. Помилки були зумовлені атиповою перфорацією виразки.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНО- НЕКРОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

*Кіндзер С.Л., аспірант
Науковий керівник – д..м.н., доц. Лисайчук Ю.С.
Київський медичний інститут УАНМ,
кафедра хірургічних хвороб*

У клініці хірургічних хвороб МІ УАНМ на базі Київського міського хірургічно-діабетологічного центру у 2002 р. проліковано 44 хворих із застосуванням вуглекислотного лазера (основна група) та 40 хворих без нього (контрольна група) віком 45 - 72 р. Середня тривалість діабету $12,3 \pm 1$ р., чоловіків було 41, жінок 43, які хворіли II типом цукрового діабету. З метою діагностики виконували доплерографію артерій та вен нижніх кінцівок, вимірювали сегментарний систолічний тиск з визначенням плече-кісточкивого індексу. Останній в групі хворих на макроангіопатію становив не менше 0,8 (компенсація кровопостачання за рахунок розвиненої сітки колатералей).

Усіх хворих оперували – розкривали гнійник, а в основній групі операція доповнювалася лазерною некректомією. В подальшому виконували етапні лазерні фотокоагуляції та фотостимуляції для прискорення репаративних процесів в рані.

До початку лікування із ран висівалася мікрофлора в асоціації з грибками. Зразу ж після обробки лазером рана була стерильна, а в контрольній групі вміст мікробів був більшим від порогових показників. На 5-7 добу після лазерної фотокоагуляції рани почали виповнюватися грануляціями. Цитограми мазків-відбитків на 10 добу після операції відповіли запально-регенераторному (26 хворих) і регенераторному (18 хворих) типу. В контрольній групі процеси очищення рани відбувалися повільніше на 7-11 дів.

Отже при застосуванні лазерної фотокоагуляції очищення

рани і репаративні процеси відбуваються на 11 (+/- 4) діб швидше, зменшується термін перебування хворого в стаціонарі.

АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Якуба Е.С., студ. 6-го курса

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Гукасян А.А.
Днепропетровский национальный университет, кафедра
теории и практики лечебно-диагностического процесса*

Синдром диабетической стопы является актуальной проблемой хирургии. При развитии указанного синдрома гнойно-некротические поражения нижних конечностей, приводящие к выполнению инвалидизирующих операций – высокой ампутации нижних конечностей, отмечается у 50-70 % пациентов. При этом послеоперационная летальность составляет от 13 до 33 %.

Проведен анализ результатов комплексного лечения у 64 больных с синдромом диабетической стопы, осложненным гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей. Расширен объем использованных методов диагностики, позволяющих выявить характер сосудистых поражений, а значит определить объем и срок оперативного вмешательства. Разработана схема консервативного лечения, включающая средства, улучшающие микроциркуляцию, антибиотики широкого спектра действия, сульфаниламиды, коллоидные растворы, гипогликемические препараты, ненаркотические анальгетики, витамины, электрофорез, ГБО, ЛФК.

Активная хирургическая тактика в комплексе с консервативным лечением позволила не только снизить уровень высоких ампутаций нижних конечностей на 26 % и сократить сроки заживления ран, но и уменьшить летальность на 9 %.

Анестезіологія та травматологія

ОСОБЛИВОСТІ РЕПАРАТИВНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ ХРЯЦА КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ В УМОВАХ ГЕМАРТРОЗУ

*Оноприенко А.В., студ. 6-го курсу
Науковий керівник - доц. Шищук В.Д.
Сумський державний університет,
кафедра анестезіології і реаніматології*

За останні роки в Україні показники інвалідності, незважаючи на зменшення у 2000 р. порівняно з 1996 р. рівня травматизму з 6,8 до 5,4 на 10 тис. населення, залишаються досить високими. Зростання інтенсивних показників первинної інвалідності пояснюється тяжкістю травм та якістю надання спеціалізованої медичної допомоги.

Метою нашої роботи було клінічне та рентгенологічне дослідження репаративної регенерації при внутрішньосуглобових переломах в умовах гемартрозу.

При загальноприйнятій консервативній тактиці ведення гемартрозів основна ефективність лікування внутрішньосуглобових переломів при гемартрозах залежить від своєчасної діагностики, декомпресії сустава, ретельном сопоставленні відламків, адекватній іммобілізації, що значно покращує наслідки лікування постраждалих с цією патологією. Характер процесів репарації суставного хрящу та кісткової тканини залежить від структурно-функціонального стану кісткової тканини: кровопосточання, метаболізму та нейрогуморальної регуляції.

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ГОСТРОГО РИНОСИНУСИТА

*Хижня Я.В., Ситнік В.І., клін. ординатори
Науковий керівник - доц. Бабич В.С.
Сумський державний університет,
кафедра анестезіології і реанімації*

Гострий синусит є найбільш частим ускладненням гострої респіраторної вірусної інфекції. Близько 5-15% дорослого населення страждають на ту чи іншу форму риносинусита.

Мета дослідження-вивчення раціональної антибіотикотерапії гострого бактеріального риносинусита (ГБР).

Під нашим спостереженням знаходилось 210 хворих на ГБР, які проходили стаціонарне лікування в ЛОР-відділенні СОКЛ в 2002 році. Серед них жінок 100 (48%), чоловіків 110 (52%). Частка хворих віком 20-30 років склала 0.34%, 30-40 - 0.36%, 40 й старше - 0.3%.

Діагноз встановлювався на основі клінічної картини, даних анамнезу, об'єктивного дослідження.

При бактеріологічному дослідженні *S.aureus* був виділений у 46%, *St.pyogenes*-20%, *S.pneumoniae*-10%, *M.catarrhalis*-8%, анаероби-10%, інші-6%.

При виборі антибіотика ми враховували важкість захворювання, ступінь прогресування захворювання й раніш проведена антибіотикотерапія. Мета антибіотикотерапії - нормалізація стану приносних пазух, попередження серйозних ускладнень, припинення розвитку хвороби. У хворих на легку форму ГБР й протягом останніх 4-6 тиж. не застосовували антибіотиків ефективними виявилися ампіцилін, лінкоміцин. У хворих середньої важкості ГБР та у хворих, які протягом останніх 4-6 тиж. приймали антибіотики ефективні антибіотики цефалоспоринового ряду, макроліди.

Таким чином, при проведенні антибіотикотерапії при ГБР треба враховувати важкість та період захворювання, дані бактеріологічного дослідження, раніше проведена антибіотикотерапія.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ОТОГЕМАТОМИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ МКЛ № 5 м. СУМ

*Гречаниченко А.В., студ. 5-го курсу
Науковий керівник к.м.н., доцент Бабич В.С.
Сумський державний університет,
кафедра анестезіології і реаніматології*

Отогематома зустрічається крім спортивної травми ще й в ослаблених хворих які лежать на однім вусі відшаровується шкіра і між шкірою і піднабрящицею відбувається крововилив. Найчастіше це відбувається у верхній третині вушної раковини. Утвориться міхур, наповнений кров'ю.

Нами розглянуто 100 історій хвороб за 2001 рік, де виявлені хворі з отогематомою. Лікування отогематом проблематична задача, особливо на фоні ослабленого організму. Тому часто отогематома переходить у нагноєння, а нагноєння часто приводить до розплавлення хряща і деформації вушної раковини.

Трьом таким хворим відсмокнували шприцом вміст отогематоми і потім накладали тугу пов'язку. Лікування цих хворих продовжувалося 7 днів.

7 хворим у верхній третині вирізували отогематому розміром 0,5 на 0,5 і, лише потім наклали тугу пов'язку з маззю Вишневського.

Висновки: для лікування отогематом доцільно робити розкриття у виді віконця і, лише потім накласти пов'язку, що дасть, з маззю Вишневського.

ЗМІНА РЕГІОНАРНОГО ЛЕЙКОЦИТОЗУ ЯК МЕТОД ОБ'ЄКТИВНОГО ПОКАЗНИКА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ

*Бабич В.С., к.м.н., доцент
Сумський державний університет,
кафедра анестезіології і реанімології*

В останні роки поряд з хірургічним лікуванням хронічного тонзиліту з'явилося багато нових консервативних методів впливу на мигдалини.

А.Т. Костишин указує, що в деяких випадках критерієм ефективності консервативного лікування хронічного тонзиліту може бути зниження регіонарного лейкоцитозу.

Виразність регіонарного лейкоцитозу в хворих хронічним тонзилітом визначалося у відсотках. Кількість лейкоцитів у крові з пальця приймалося за 100%. Різницю в кількості лейкоцитів вважали достовірною, якщо вона перевищувала 10%.

У зв'язку з цим вважалося доцільним використовувати регіонарний лейкоцитоз поряд з іншими тестами в діагностичних цілях і для судження про ефективність консервативного лікування хронічного тонзиліту.

Дослідження полягало в одночасному визначенні числа лейкоцитів у крові, узятій зі шкіри бічної поверхні шиї на рівні піднебінних мигдалин ліворуч і праворуч і з м'якоті 4-го пальця лівої руки. Кількість лейкоцитів у крові з пальця нами позначалося загальним лейкоцитозом, а з крові, узятій під кутом нижньої щелепи – місцевим.

Висновки: у хворих хронічним тонзилітом відзначається значно виражений регіонарний лейкоцитоз у порівнянні зі здоровими людьми. Зниження місцевого лейкоцитозу під впливом консервативного лікування хронічного тонзиліту вказує на можливість використання цього тесту як критерій ефективності лікування даного захворювання.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНОЇ ХІРУРГІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ

*Стрижак В.В., клін. ординатор
Науковий керівник – доц., к.м.н. Шишук В.Д.
Сумський державний університет,
кафедра анестезіології і реаніматології*

Захворювання та пошкодження кульшового суглобу є однією із важливих проблем, які тяжко вирішуються в ортопедії та травматології. Якщо раніше лікування хворих з патологією кульшового суглобу в більшості випадків було переважно консервативним, то на сьогоднішній день використовуються різні варіанти оперативних втручань.

В ортопедо-травматологічній клініці на базі першої клінічної лікарні м. Суми за період 2000-2002 року проведено хірургічне лікування 21 хворому з тяжкою патологією кульшових суглобів.

З них 6 хворих (28%) проведено тотальне ендопротезування кульшового суглобу, післяопераційний період без ускладнень. Функція кульшового суглобу відновлена до 60-70%.

Враховуючи загальний стан хворого, та розповсюдження процесу 15 хворих (72%) проведена корегуюча міжвертальна остеотомія стегнової кістки. Із них 82% становили пацієнти працездатного віку: хороший результат досягнуто у 9 хворих (60%), задовільний – 6 хворих (40%).

Висновки: результати лікування, найбільше доцільним та сучасним методом, є тотальне ендопротезування кульшового суглобу з послідуочим адекватним періодом реабілітації та постійним наглядом ортопеда.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА

*Алексеевко А.С., студ. 6-го курса
Научный руководитель - доц. Шишук В.Д.
Сумской государственной университет,
кафедра анестезиологии и реаниматологии*

В настоящее время бурно протекающая научно-техническая революция, события в очагах локальных войн значительно увеличили количество и тяжесть травм позвоночника (6-12 % от травм опорно-двигательного аппарата). При этом преобладают тяжелые компрессионные переломы тел позвонков и переломовывихи, а среди шейного отдела - вывихи. Нарушение проводимости спинного мозга у 80% пострадавших помимо парезов и параличей обуславливают грубые вегетативно-трофические нарушения в виде пролежней и тяжелых расстройств функций тазовых органов, являющихся источником септических состояний.

Увеличение числа и тяжести травм позвоночника и связанные с этим значительные экономические потери, а также высокая инвалидизация и летальность (до 25 %) особенно среди поврежденных шейного отдела (до 60 %) определяет большую социальную и медицинскую значимость проблемы повреждений позвоночника, особенно нестабильных по своему характеру.

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИМ ОСТЕОМІЄЛІТОМ

*Степанченко О.М., студ. 6-го курсу
Науковий керівник – доц. Шищук В.Д.
Сумський державний університет, кафедра
анестезіології та травматології*

В ортопедо-травматологічній клініці на базі першої Сумської міської клінічної лікарні за період з 1999 по 2002 рік проведено лікування 48 хворих з приводу післятравматичного остеомієліту. З них 47 чоловіків (98%). Вік хворих від 20 до 55 років. В більшості випадків остеомієлітичний процес вражав кістки нижніх кінцівок. 55% хворим проведене оперативне лікування.

При виборі методики лікування хворих з хронічним післятравматичним остеомієлітом враховували ступінь активності запального процесу, його розповсюдження в м'яких тканинах та кістці.

При наявності у хворого невеликого секвестру кістки з добре сформованим норицевим ходом без широкого залучення в вогнище запалення м'яких тканин проводилась хірургічна санація вогнища (радикальна секвестрнекректомія).

Коли остеомієліт протікав на фоні зрощеного перелому, проводилась трепанація враженої ділянки кістки на всьому протязі. Норицеві ходи і секвестри видалялись. Отриману порожнину промивали розчином антисептику з наступним активним дренажуванням.

Якщо у пацієнта було значне втягнення м'яких тканин в патологічний процес чи розповсюдження гнійної інфекції на кістково-мозковий канал, оперативне втручання проводили в два етапи. На першому етапі ліквідували запальний процес в м'яких тканинах та кістково-мозковому каналі. На другому етапі проводилось оперативне втручання для заміщення дефекту.

Такий підхід до вибору втручання є найбільш ефективним.

**ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРОГНІЙНИМИ
ХВОРОБАМИ НИРОК В УРОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ
СУМСЬКОЇ МІСЬКОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ ЗА 5 РОКІВ
(1998-2002 р.р)**

***Фоменко В.І. зав. курсом, Николаєнко В.О. зав від., Алі Хасан
Самман клін орд., Коробова С.П. студ. 5-го курсу
Сумський державний університет, кафедра
анестезіології та травматології***

За період 5 років (1998-2002р.р.) в урологічному відділенні лікувалось 7771 хворих, з них 61% з гострими загальними захворюваннями сечостатевого органів. Кількість їх зростає з кожним роком із-за наростаючої вірулентності мікро-бів, знищення імунної системи хворих. Кількість хворих з гострими гнійними захворюваннями серед всіх хворих відділення склали 2,6% і були самим тяжким контингентом.

Гострий аностематозний пієлонефрит на ґрунті сечокам'яної хвороби склав 76%. 24% склали хворі з первинним гострим аностематозом пієлонефритом, карбункулом, абсцесом нирок, паранефритом. В 22% хворих була олігурія, гіперглікемія.

В 97% хворих з гострими гнійними захворюваннями нирок проведено оперативні втручання в об'ємі: видалення каменів, декапсуляція, дренивання нирок і біляниркової клітини. В 3-х випадках – одномоментно дренивання карбункулів обох нирок.

В період 2000-2002 року стали ширше використовувати антибіотики широкого спектру дії з в/в введенням під час операції 1,5 г зинацефу, тієнаму, цефатоксину, метрогілу.

Висновки:

- широке, раннє оперативне втручання, скорочення передопераційного періоду при гострих гнійнозапальних захворюваннях нирок.

- впровадження антибактеріальної терапії в/в введенням під час операції зинацефу, тіенаму, цефатоксину 1,5 г, а в подальшому по 0,75 г 2 рази в/в.
- все це дало скоротити до і післяопераційний період, уникнути летальності.

ЛІКУВАННЯ ВІДКРИТИХ ПОШКОДЖЕНЬ КИСТІ

*Лихобаба М.П., студ. 4-го курсу
Науковий керівник – доц. Шишук В.Д.
Сумський державний університет, кафедра
анестезіології та травматології*

В першому ортопедо-травматологічному відділенні Сумської клінічної лікарні № 1 за період 2000-2002 роки було проведено лікування 85 хворих з відкритими пошкодженнями кисті. З них 76,7 % склали люди працездатного віку, 89,8% - чоловіки.

Рани кисті спостерігалися у 48,4% випадків. Відкриті переломи склали 20,4%. Травматичні ампутації склали 31,2%.

Права кисть була пошкоджена у 36,3% хворих. Стороннє тіло кисті спостерігалося у 1 % випадків. Пошкодження II-V пальців спостерігалося у 53,5%. І палець страждав у 21,2% випадків. Пошкодження всіх пальців спостерігалося у 3%.

Методика лікування відкритих комбінованих пошкоджень кисті повинна включати комплекс медичних і соціальних заходів. Методом вибору лікування кісток кисті є постійний остеосинтез з використанням допоміжної динамічної фіксації.

При пошкодженні сухожилків згиначів пальців кисті найбільші переваги в лікуванні мають первинні сухожилкові шви, які потім видаляють.

При пошкодженні сухожилків розгиначів пальців кисті необхідно звертати увагу на адекватну іммобілізацію.

В лікуванні травматичних ампутацій фаланг кисті ведучим є адекватна хірургічна обробка, попередження гнійних та ішемічних ускладнень.

ОСОБЛИВОСТІ РЕПАРАТИВНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ ХРЯЩА КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ В УМОВАХ ГЕМАРТРОЗУ

*Оноприенко А.В., студ. 6-го курсу
Науковий керівник - доц. Шищук В.Д.
Сумський державний університет,
кафедра анестезіології і реаніматології*

За останні роки в Україні показники інвалідності, незважаючи на зменшення у 2000 р. порівняно з 1996 р. рівня травматизму з 6,8 до 5,4 на 10 тис. населення, залишаються досить високими. Зростання інтенсивних показників первинної інвалідності пояснюється тяжкістю травм та якістю надання спеціалізованої медичної допомоги.

Метою нашої роботи було клінічне та рентгенологічне дослідження репаративної регенерації при внутрішньосуглобових переломах в умовах гемартрозу.

При загальноприйнятій консервативній тактиці ведення гемартрозів основна ефективність лікування внутрішньосуглобових переломів при гемартрозах залежить від своєчасної діагностики, декомпресії сустава, ретельном сопоставленні відламків, адекватній іммобілізації, що значно покращує наслідки лікування постраждалих с цією патологією. Характер процесів репарації суставного хрящу та кісткової тканини залежить від структурно-функціонального стану кісткової тканини: кровопосточання, метаболізму та нейрогуморальної регуляції.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ

*Новицкая М.А., студ. 5-го курса
Научный руководитель – доц. Шишук В.Д.
Сумский государственный университет, кафедра
анестезиологии и травматологии*

Сколиозом называется стойкое боковое искривление позвоночника во фронтальной плоскости.

Из обследованных детей в Сумском детском ортопедо-травматологическом отделении областной клинической больницы за 2002 год 80 больных имеют впервые выявленный сколиоз. Из них в возрасте 5-7 лет - 8 человек, 8-10 лет – 14 человек, 11-13 лет - 33 человека, 14 лет и старше - 25 человек.

По тяжести деформации первую степень имеют 26 детей, вторую - 22, третью - 26 и четвертую - 6 человек. Из них проживающих в Сумах и городах Сумской области - 54 человека, сельские жители - 19, в Сумском районе - 7 человек.

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

По тяжести деформации Чаклин предложил подразделять сколиоз на: I степень (1-10 градусов); II степень (11-30 градусов); III степень (31 -50 градусов); IV степень (больше 60 градусов).

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

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

Основными моментами профилактики являются: раннее выявление дефектов осанки, своевременное и систематическое ле-

чение, санаторно-просветительная работа, длительное (до окончания роста) диспансерное наблюдение ребенка.

Сколиозы IV степени часто подлежат оперативному лечению.

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНА

*Полторацький В.А., студ. 5-го курсу
Науковий керівник – доц. Шишук В.Д.
Сумський державний університет,
кафедра анестезіології та травматології*

Одним з найбільш важливих питань в ортопедії та травматології на сьогоднішній день являється лікування переломів шийки стегна. Питання про методи лікування переломів шийки стегна є предметом дискусій на багатьох з'їздах травматологів.

Зрощення переломів шийки стегна може бути тільки шляхом первинного або прямого заживлення. Для цього необхідно вміле вправлення відламків і стабільна та тривала фіксація їх до повного зрощення.

В ортопедо-травматологічній клініці на базі першої Сумської міської клінічної лікарні за період з 2001 по 2002 рік з переломами шийки стегна знаходилось 53 чоловік, із них 31 чоловік і 20 жінок. Вік хворих від 19 до 83 років. 40 хворим проведено оперативне лікування.

При оперативному лікуванні даного виду перелому в клініці використовувались наступні методи остеосинтезу:

1. Компресуючі гвинти – 17 чоловік
2. Г-подібні пластини Бакичарова – всім іншим хворим.

В ранньому післяопераційному періоді хворим проводили інфузійну, антибактеріальну, вітамінотерапію.

Післяопераційних ускладнень за даний період не відмічалось. За спостереженням віддалених результатів у 1 хворого незрощення перелому, а у 3 хворих вкорочення нижньої кінцівки від 1 до 2 см.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ МОРФИНОМ ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

*Гоман А.В., студ. 5-го курса
Научный руководитель - Терещук О.Н.
Сумской государственной университет,
кафедра анестезиологии и реаниматологии*

Цель данной работы – клиническая оценка эффективности послеоперационного обезболивания путем введения морфина в перидуральное пространство.

Мы исследовали 112 больных, 22 больных были прооперированы по поводу послеоперационных вентральных грыж, 90 больным были проведены операции на органах малого таза и нижних конечностях.

Больных разделили на 3 группы. В 1-ю группу вошли 32 человека, которым во время операции проводили интубационный наркоз, у 33-х больных 2-й группы проводили ПА 2 % раствором лидокаина. Послеоперационное обследование у больных 1-й и 2-й группы осуществляли путем в/м введения промедола (10-20мг). В 3-ю группу вошли 47 больных, у которых во время операции использовали длительную ПА 2% лидокаином. После операции у 9 больных этой группы в перидуральное пространство вводили 2% раствор лидокаина. У 38 больных послеоперационное обезболивание осуществляли только путем введения морфина в перидуральное пространство.

В результате исследования наиболее эффективной оказалась длительная ПА морфином, которая в послеоперационном периоде обеспечивала эффективное и продолжительное обезболивание. Вместе с тем данный метод купирования боли может сопровождаться серьезными побочными реакциями. Поэтому его необходимо применять при тщательном соблюдении техники пункции и катетеризации перидурального пространства, в хо-

рошо оснащених отделениях, где имеются условия для проведения длительной искусственной вентиляции легких.

ЗАСТОСУВАННЯ ГОМЕОПАТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ТОНЗИЛІТ

Таран С.С.

Науковий керівник – проф. Кулемзіна Т.В.

*Донецький державний медичний університет ім. М. Горького
Курс нетрадиційної медицини*

Гострий тонзиліт – загальне інфекційне захворюванням з переважною поразкою мигдалин. Найчастіше їм хворіють діти та дорослі до 40-річного віку. Факторами, що провокують виникнення захворювання є загальне охолодження та зниження реактивності організму. Для лікування традиційно використовуються антибіотики, які часто викликають побічні ефекти. У цих випадках альтернативно може бути запропонована гомеопатична терапія. У виборі гомеопатичного препарату враховується загальний стан організму (лихоманку, озноб, пітливість) та особливості локального запалення.

Мета дослідження: співставити ефективність лікування гострого тонзиліту стандартними медикаментозними та гомеопатичними препаратами. Пацієнти з гострим катаральним тонзилітом (у віці 15–28 років) були розподілені 2-ї групи (по 10 осіб у кожній). Хворим I-ї групи було призначено традиційне лікування: антибіотик та аспірин у рекомендованих дозах. Пацієнтам II-ї групи призначався один з наступних препаратів Apis, Arsenicum album, Belladonna, Hepar sulphur, Lachesis, Phytolacca у розведенні 200 СН по 6 гранул під язик 3–4 рази на добу. Контрольний огляд проведено через 5 днів. Поліпшення стану (зменшення катаральних явищ у зіві, полегшення загальних симптомів, зниження температури тіла) у I-й групі було досягнуто у 7-и хворих (70%), а в II-й – у 8-и хворих (80%). У 2-х пацієнтів з I-ї групи антибіотики довелося відмінити через розвиток алергічної реакції. З огляду на природне походження гомеопатичних препаратів та практичну відсутність у них побічних ефектів, гомеопатична

терапія може бути рекомендована у лікуванні гострого тонзиліту.

Профілактична дисципліна

ДИНАМИКА ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СУМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 1990 ПО 2002 ГОДЫ

*Ковшик А.П., студ. 6-го курса
Научный руководитель –Павлычева С.В.
Кафедра социальной медицины*

Была изучена динамика показателей естественного движения населения Сумской области за период с 1990 по 2002 гг. Анализу подвергнуты показатели общей рождаемости, общей смертности и естественного прироста населения.

Для оценки был использован показатель наглядности, рассчитываемый по формуле:

последующая величина

$$ПН = \frac{\text{последующая величина}}{\text{начальная величина}} \times 100\%$$

начальная величина

За 100% приняты демографические данные за 1990 год.

Динамика общей рождаемости представлена следующими цифрами: 1991г. – 95,65%, 1992г. – 91,3%, 1993г. – 84,34%, 1994г. – 80 %, 1995г. –77,33%, 1996г. – 73,04%, 1997г. – 69,56%, 1998г. – 66,95%, 1999г. – 61,73%, 2000г. – 60,86%, 2001г. – 58,69%, 2002г. – 58,26%.

Показатели наглядности для общей смертности составили в 1991г. – 102,04%, 1992г. –107,48%, 1993г. – 116,32%, 1994г. – 118,36%, 1995г. – 115,64%, 1996г. – 119,04%, 1997г. – 118,36%, 1998г. – 114,96%, 1999г. – 118,36%, 2000г. – 123,80%, 2001г. – 121,76%, 2002г. – 121,08%.

Динамика естественного прироста населения представлена следующими данными: 1991г. – -125%, 1992г. –

-165,62%, 1993г. – -231,25%, 1994г. – -256,21%, 1995г. –
-253,12%, 1996г. - -284,37%, 1997г. - -293,76%, 1998г. - -287,5%,
1999г. - -321,87%, 2000г. - -350%, 2001г. - -346,87%, 2002г. –
-346,87%.

Таким образом за изучаемый период снизился уровень общей рождаемости на 41,74%, повысился уровень общей смертности на 21,08%. Естественный прирост населения снизился на 246,87%. Вместе с тем отмечается уменьшение темпов снижения показателей рождаемости, а смертность даже несколько снизилась (максимум пришелся на 2000г.) и отрицательный естественный прирост также несколько уменьшается.

ТЕНДЕНЦІЇ НАРОДЖУВАНОСТІ ТА СМЕРТНОСТІ НА СУМЩИНІ З 1996 ПО 2002 РОКИ

*Голубовська Ф.Б., Белік Т.В., студ. 6-го курсу
Науковий керівник - Павличева С.В.
Кафедра соціальної медицини*

Були вивчені тенденції показників загальної народжуваності та загальної смертності на Сумщині за період з 1996 по 2002 роки.

Була використана методика вирівнювання динамічного ряду по параболі першого порядку. Розрахунок проводився за формулою:

$$У_t = a + bt, \text{ де}$$

a – середня арифметична,

b – коефіцієнт регресії,

t – нумерація окремих періодів.

Був зроблений прогноз показників загальної народжуваності та загальної смертності в Сумській області на 2003 та 2004 роки.

На основі отриманих даних відмічена загальна тенденція до подальшого зниження показника народжуваності та збільшення показника смертності.

Прогнозуемі показники загальної народжуваності на Сумщині склали на 2003р.– 6,196‰, на 2004р. – 5,9‰, а загальної смертності по області на 2003 р. – 17, 694‰, на 2004р. . – 17,720‰.

К ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ГИСТОЛОГИИ В ХАРЬКОВСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ В НАЧАЛЕ XX СТОЛЕТИЯ

Павлычева С.В.

*Научный руководитель – д.м.н., профВасильев. К.К.
Кафедра социальной медицины и
организации здравоохранения*

Наше знание о развитии гистологической науки в Харьковском университете (ХУ) в начале XX века (до 1917 г.) будет неполным без освещения жизни и деятельности гистолога профессора Петра Андреевича Полякова.

П.А. Поляков родился 15/27 января 1862 г. в станице Усть-Медведицкой на Дону в семье чиновника. В 1883 г. он поступил на медицинский факультет ХУ, однако на следующий год перевелся в Императорскую Военно-медицинскую академию (ИВМА), которую окончил в 1888 г. С 1889 по 1893 гг. Петр Андреевич работал на должности младшего врача при военном госпитале в Тифлисе и, вместе с тем, в течении четырех лет был прозектором госпиталя и заведовал лабораторией микроскопических и химических исследований. В Тифлисе он состоял действительным членом Императорского Кавказского медицинского общества и принимал живое участие в его деятельности, кроме того, преподавал в военно-фельдшерской школе и был врачом в местном детском приюте Красного Креста.

В 1893 г. П.А. Поляков получил прикомандирование на два года к ИВМА для усовершенствования в «медицинских науках» и в 1894 г. под руководством Ф.Н. Заварыкина подготовил, а затем защитил диссертацию на тему «Материалы для микроско-

пической анатомии и физиологии рыхлой волокнистой соединительной ткани».

В 1902 г. Петр Андреевич возглавил кафедру сравнительной анатомии, эмбриологии и гистологии медицинского факультета Юрьевского (ныне Тартуский, Эстония) университета. С 1911 по 1917 гг. проф. Поляков заведовал кафедрой гистологии и эмбриологии ХУ. В 1912 г. он был избран председателем Общества научной медицины и гигиены при ХУ, а в 1913 г. – его почетным членом.

Большинство научных работ П.А. Полякова посвящено гистологии рыхлой волокнистой соединительной ткани. Он изучал строение клеток и метаболизм жировой ткани (1888, 1890), им детально описаны другие клеточные элементы, состав межклеточного вещества и кровоснабжение соединительной ткани (1894, 1895).

Целый ряд исследований Петр Андреевич посвятил строению яйцеклетки и процессам митотического деления (1900, 1901). Кроме того, он изучал форменный состав крови, процессы свертывания и кроветворения (1901).

Проф. Поляков является автором нескольких учебных пособий. Это «Сравнительная анатомия позвоночных животных» (1907), «Основы гистологии с элементами эмбриологии человека и животных» (1908-1909, 1914), «Основы эмбриологии, гистологии и анатомии зубов и полости рта» (1913).

Год кончины П.А. Полякова нам доподлинно не известен, но к 1922 г. его уже нет в живых.

**К ИСТОРИИ ХАРЬКОВСКОЙ
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ
ПРОФ. А.В. РЕПРЕВА: ДОКТОР МЕДИЦИНЫ
И.С. МАГАТ (1884-1937)**

*Васильев К.К., Павлычева С.В.
Кафедра социальной медицины*

Александр Васильевич Репрев (1853-1930) создатель большой патофизиологической школы. Одним из его учеников был И.С. Магат, ставший политическим эмигрантом, и поэтому до сих пор жизнь и деятельность его не получила освещения. Израиль Семенович (Симхович) Магат родился в 1884 г. в семье купца, иудейского вероисповедания. В 1903 г. он окончил Белгородскую гимназию и поступил на медицинский факультет Императорского Харьковского университета. В 1909 г. окончил университет с дипломом лекаря и был оставлен при госпитальной терапевтической клинике проф. К.Н. Георгиевского в качестве экстерна. В 1910 г. И.С. Магат работал на эпидемии холеры в Изюмском уезде Харьковской губернии. В этом же 1910 г. он переходит на должность сверхштатного ординатора той же университетской клиники, а в 1912-1913 гг. уже работает там же штатным ординатором. После этого он штатный ординатор городской Александровской больницы. Одновременно с работой клинициста проводил исследования в лаборатории кафедры общей патологии проф. А.В. Репрева. Научные интересы проф. А.В. Репрева в основном касались эндокринологии и обмена веществ. Поэтому неслучайно темой докторской диссертации, которую он предложил своему ученику, было изучить влияние нарушения функции щитовидной и околощитовидных желез на ферменты. У собак определялось изменение ферментов крови при полном и частичном удалении щитовидной и паращитовидных желез. В своей работе Израиль Семенович правильно оценил влияние секрета щитовидных и паращитовидных желез на ферментативные процессы, связанные с обменом белков, жиров

и углеводов, а также изучил влияние желез внутренней секреции на ферментативную активность клеточных элементов крови.

Диссертацию под заголовком «К вопросу об изменениях ферментов крови после полного и частичного удаления щитовидного аппарата» И.С. Магат успешно защитил в 1915 г. в Петроградской Военно-медицинской академии.

Став политическим беженцем, он оказался в Константинополе, где работал в русском госпитале и преподавал на медицинском факультете Русского народного университета. Затем переехал в Королевство Сербов, Хорватов и Словенцев, где служил старшим врачом в армии, и после этого свыше десяти лет жил в Берлине. Занимался частной практикой, но и продолжал научную работу в Коховском бактериологическом институте. Получил все права немецкого врача (Руль, 1931, 10 марта, № 3126, с. 6). С приходом к власти Гитлера вынужден был переселиться в Париж. И здесь также не оставлял научную работу. В 1933 г. был избран в правление парижского харьковского землячества. С 1935 г. масон («Северная звезда», мастер русской ложи «Звезда Любви», 3°; Н.Н. Берберова в книге «Люди и ложи. Русские масоны XX столетия» неверно приводит год его рождения – 1883 г.). Еще в России был одним из учредителей харьковского отдела Общества здравоохранения евреев. Как в Берлине, так и в Париже он был активнейшим работником этого Общества, состоя членом его центрального правления. В Париже был членом Общества русских врачей им. И.И. Мечникова. Скончался скоропостижно 2 июня 1937 г. в Париже и был похоронен на кладбище Банье. Я.В. Молдавский в некрологе «Памяти д-ра И.С. Магата» (Последние новости /Париж/, № 5915, 1937, 5 июня, с. 3) написал: «Воспитанный на славных традициях русской общественной медицины, Израиль Семенович был им верен до последнего момента».

ТУБЕРКУЛЬОЗ У СТРУКТУРІ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНИХ РОЗТИНІВ

**Корнієнко М.О., Опанасенко О.П., студ.3-го курсу
Науковий керівник – асист. Л.І. Карпенко
СумДУ, кафедра патологічної анатомії**

Туберкульоз за визнанням провідних вчених продовжує залишатись глобальною проблемою у світі. За прогнозами ВООЗ на протязі поточного 10-річчя у світі передбачається 90 млн. нових випадків туберкульозу (Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Ільницький І.Г., Панасюк О.В. 1998).

Актуальна на сьогодні проблема туберкульозу і у Сумській області, про що зокрема свідчить аналіз динаміки окремих статистичних показників діяльності обласної патологоанатомічної служби за останні 5 років.

В загальній нозології патологоанатомічних розтинів померлих в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів області серед дорослого населення питома вага розтинів померлих від інфекційної патології за аналізуємий період зростає з 7,0 до 9,0% (Україна – 8,1%), з піком підйому у 2000 році до 9,8%.

В структурі патологоанатомічних розтинів померлих від інфекційних хвороб переважну більшість становили розтини померлих від туберкульозу органів дихання з тенденцією до зростання їх питомої ваги (з 85,8% у 1997р. до 89,6% у 2001р.). Відмічалась вища смертність від туберкульозу серед чоловіків (93,52%). Більший відсоток серед померлих становили жителі сільської місцевості (73,74%). Померлі від туберкульозу переважно були у віці від 30 до 60 років. Серед них працюючі хворі становили лише 6,67%. Дисемінований і фіброзно-кавернозний туберкульоз становили 88,23%.

Викладене дає підстави для подальшого вирішення, поряд з соціально-медичними аспектами, також і проблеми підвищення рівня соціальної захищеності медичного персоналу патологоанатомічних підрозділів на державному рівні.

З М І С Т

ТЕОРЕТИЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

Гарбузова В.Ю., СумДУ

ВПЛИВ АНГІОПРОТЕКТОРІВ З РІЗНИМИ МЕХАНІЗМАМИ ДІЇ НА РОЗВИТОК КАЛЬЦИФІКАЦІЇ СУДИННОЇ СТІНКИ ЗА УМОВ ГІПЕРВІТАМІНОЗУ D..... 3

Наумко Р.Ф., СумДУ

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ВМІСТУ МІКРО- ТА МАКРОЕЛЕМЕНТІВ В ТКАНИНАХ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ТВАРИН ЗА УМОВ ГІПЕРВІТАМІНОЗУ D₂

Янчик Г.В., СумДУ

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ СТУДЕНТІВ ПРИ ФІЗИЧНОМУ НАВАНТАЖЕННІ.....

Любчак В.В., СумДУ

ЭФФЕРЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.....

Голубнича В. М., СумДУ

ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КАНДИДОНОСІЙСТВА У ВАГІТНИХ.....

Басова Т.В., Ворожка И.В., СумГУ

АССОЦИИРОВАННАЯ КАНДИДОЗНО-СТАФИЛОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ ВЛАГАЛИЩА ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД.....

Ломко В.М., СумДУ

ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИТОКСИЧНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ДИФТЕРІЮ В ПЕРІОД СПАДУ ЕПІДЕМІЇ ТА РОЛЬ ВАКЦІНАЦІЇ.....

Шевченко Т.В., СумДУ

ВПЛИВ ГОРМОНІВ ТІМУСА НА РІВЕНЬ ПРИРОДНИХ КІЛЛЕРІВ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ РОЗЛИТИМ ПЕРИТОНІТОМ.....

Ісаєва Є.О., член МАН м. Сум

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ АНТИТІЛ ДО ВІРУСУ ГЕПАТИТУ С СЕРЕД ДОНОРІВ КРОВІ.....

Стовбур Г. С., член МАН м. Сум

РОЗПОДІЛ ГРУП КРОВІ (АВО) У ДОНОРІВ-НОСІЇВ HbsAg.....

Глуценко Н.В., Зубарева Ю.С., Москаленко Р.А., СумДУ

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ ТЕТРАЦИКЛИНОМ.....

Яковенчук О.М., СумДУ

ОСОБЛИВОСТІ АМІНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ БІЛКІВ
БІОТЕХНОЛОГІЧНОГО ПРЕПАРАТУ ВІТАТОНУ.....

Высоцкий В. И., Высоцкий И.Ю., Качанова А.А., СумГУ

ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА АКТИВНОСТЬ
АМИНОТРАНСФЕРАЗ, ФОСФАТАЗ И ХОЛЕГЛИЦИНА ПРИ
ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЛЕТУЧИМИ КОМПОНЕНТАМИ
ЭПОКСИДНОЙ СМОЛЫ ЭД-20.....

Высоцкий В.И., Высоцкий И.Ю., СумГУ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИРАДИКАЛЬНЫХ
СВОЙСТВ КВЕРЦЕТИНА, ФЛАВИНАТА, ЛИПИНА И
АЦЕТИЛЦИСТЕИНА В УСЛОВИЯХ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ
ЭПОКСИДНЫМИ
СОЕДИНЕНИЯМИ.....

Сас Л.М., Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

СТИМУЛЯЦІЯ ХОЛІНЕРГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У СЕРЦІ
ГІПЕРТИРЕОЇДНИХ ЩУРІВ ЗА ДОПОМОГОЮ
МЕТІОНІНУ.....

МОРФОЛОГІЯ

Базін М., СумДУ

ВАРІАНТИ КІНЦЕВИХ ГІЛОК ПЛЕЧОВОЇ АРТЕРІЇ.....

Болотна М.А., учениця 10 кл. гімназії № 1 м. Сум

МОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ НАДНИРНИКІВ ЩУРІВ ПІД
ВПЛИВОМ ОПРОМІНЕННЯ І СОЛЕЙ ВАЖКИХ
МЕТАЛІВ.....

Будко А.Ю., СумГУ

МОДЕЛИРОВАНИЕ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТЕЙ
НА ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ.....

Гортинская Е.Н., СумГУ

МОДЕЛИРОВАНИЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА НА ЛАБОРАТОРНЫХ
ЖИВОТНЫХ.....

Кадурін М., СумДУ

ДЖЕРЕЛА КРОВОПОСТАЧАННЯ ТВЕРДОГО І М'ЯКОГО
ПІДНЕБІННЯ.....

Москаленко Р.А., СумДУ

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ
У НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....

Погорєлов М.В., СумДУ

МІКРОСКОПІЧНІ ЗМІНИ ДОВГИХ КІСТОК СКЕЛЕТУ ПІД
ВПЛИВОМ ЗАГАЛЬНОГО ОПРОМІНЕННЯ В
МАЛИХ ДОЗАХ.....

Романенко Я.Н., член МАН, г.Сум

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОКРУЖАЮЩЕЙ
СРЕДЫ.....

Слободяник Г.І., Київський медичний інститут УАНМ

ДІЯ ВУГЛЕЦЕВОГО СОРБЕНТУ З КВЕРЦЕТИНОМ НА ЗАГОЄННЯ
РАН ШКІРИ.....

Ткач Г.Ф., СумДУ

РЕПАРАТИВНА РЕГЕНЕРАЦІЯ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ В
УМОВАХ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЕКОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ
СУМЩИНИ.....

Слюсаренко О.В., Проценко О.О., СумДУ

КЛІНІКО_МОРФОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ УШКОДЖЕНЬ
ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ

ТРАВМІ.....

ПЕДІАТРІЯ

*Бинда Т.П., Лазебник О.А., Журавель А.О., Іваненко Г.М.,
Івахнова Н.В., Маркевич О.В., СумДУ, Сумська МДКЛ, ОДКЛ, Лебе-
динська ЦРЛ*

ДО ПИТАННЯ ЕНТЕРОВІРУСНИХ МІОКАРДИТІВ
У ДІТЕЙ.....

*Бинда Т.П., доц., Кругляк С.І., Татаренко С.Д., Захарчук О.С.,
Сумський державний університет*

ЕФЕКТИВНІСТЬ РОЗЧИНУ ДЛЯ ОРАЛЬНОЇ РЕГІДРАТАЦІЇ 3-ГО
ПОКОЛІННЯ ORS-200 (NIPP) ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ
ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ.....

*Куропятник Н.П., Суворова В.І Хрін Н.В., Дандан Самір Тауфік,
Сумський державний університет*

ФАКТОРИ, ЩО СПРИЯЛИ ВИНИКНЕННЮ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ
1-ГО РОКУ ЖИТТЯ.....

Хоменко О.І., Лебедева О.А., СумДУ

АНАЛІЗ ВИПАДКІВ ОТРУЄННЯ ТОПІЧНИМИ
 α -АДРЕНОМІМЕТИКАМИ.....

Марченко О.І., Сумська МДКЛ

ВИПАДОК НЕЙРОШКІРЯНОГО МЕЛАНОЗУ.....

Маркевич О.В., Лазебник Е.А., Мохаммед Аль Бахш, СумГУ

ПРИМЕНЕННЯ “КРАТАЛА” У ДЕТЕЙ С ВЕГЕТОСОСУДИСТЫМИ
ДИСФУНКЦІЯМИ.....

Рокитянська А., Кучеренко П.В., СумДУ

ДО ПИТАННЯ ПРО УЛЬТРАЗВУКОВІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ
ГІПЕРАЦИДНОГО
ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ.....

Шаповаленко В., Дяченко І., Солопчук О., СумДУ

ДО ПИТАННЯ ТЮТЮНОПАЛІННЯ СЕРЕД УЧНІВ СТАРШИХ
КЛАСІВ м. СУМ.....

Зубарева Ю., Сотник А., СумДУ

ЕТАПИ ФОРМУВАННЯ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД
ПІДЛІТКІВ.....

Бідоленко С., Пісоцька М., Северіна О., СумДУ

ТРАНСФОРМАЦІЯ СУБ'ЄКТИВНОГО ВІДНОШЕННЯ ДО
ТЮТЮНОПАЛІННЯ, АЛКОГОЛІЗМУ, НАРКОМАНІЇ СЕРЕД
ПІДЛІТКІВ м. СУМ.....

Лобода А.М., СумДУ

ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ МІДІЮ ТА ЦИНКОМ ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ ТА
ДІТЕЙ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІСЮ.....

Пилипець І.В., Лобода А.М., Міщенко О.М., СумДУ

ВПЛИВ ФЕРО- ТА ВІТАМІНОТЕРАПІЇ НА ЕРИТРОПОЕТИН-
СИНТЕЗУВАЛЬНУ ФУНКЦІЮ У НЕДОНОШЕНИХ.....

Жданов Я.О., СумГУ

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У
НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ
НЦЕФАЛОПАТИЕЙ.....

Кононов А.А., СумГУ

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У
НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ШЕМИЧЕСКОЙ
ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ.....

Галушко О.Н., СумДУ

РОЛЬ НЕГАТИВНИХ РЕГУЛЯТОРІВ ЕРИТРОПОЕЗУ У
ВИНИКНЕННІ АНЕМІЙ У НОВОНАРОДЖЕНИХ.....

Грек А.В., Трусова О.В., Зізенко О.М., СумДУ

ОСНОВНІ ПОМИЛКИ ЛІКАРІВ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ВИРАЗКОВОЇ
ХВОРОБИ У ДІТЕЙ.....

Змієвський О.І., Загородній О.М., СумДУ

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ TORCH-ІНФЕКЦІЙ У НОВОНАРОДЖЕНИХ.....

Комарницька В.В., Ястребова І.С., Боруха Н.О., СумДУ

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОДУОДЕНІТІВ У ДІТЕЙ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ В УМОВАХ НЕСПРИЯТЛИВОГО ДОВКІЛЛЯ.....

Лаба О.В., Кмита О.П., СумДУ

КОМП'ЮТЕРНИЙ МОНИТОРИНГ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ, ЯК ОДИН ІЗ ШЛЯХІВ ПОКРАЩЕННЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ ЦІЄЇ КАТЕГОРІЇ.....

Полов'ян К.С., Псарьова О.В., СумДУ

ЕТАПНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З УРАЖЕННЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....

Воронцова А.В., Прищепя С.В., Ястремская Т.А.

Днепропетровский национальный университет, Медицинский факультет

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....

Пащикова О.Є., Запорізький медичний університет

ВПЛИВ СПОЛУЧНОТКАНИННОЇ ДИСПЛАЗІЇ НА ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ.....

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

Голєнда Е.В., СумДУ

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СТАТУРИ У ДІВЧАТОК-ПІДЛІТКІВ.....

Віхрова І.Ю., СумДУ

СТАН ЗДОРОВ'Я ВАГІТНИХ ЖІНОК СУМЩИНИ.....

Калашник Н.В., Голєнда Е.В., СумДУ

ПЕРИНАТАЛЬНА ОХОРОНА ПЛОДА ПРИ
ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ІНФІКУВАННІ.....

Сетик І.Я., Велико-Писарівська ЦРЛ

ПРОБЛЕМА ІНФІКУВАННЯ ПЛОДА.....

Кузьоменська М.Л., СумДУ

ФПК У ВАГІТНИХ-РОБІТНИЦЬ ХІМІЧНОГО
ВИРОБНИЦТВА.....

*Легейда Т.І., Бердзєнішівлі, М.Т., Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

СТАН ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ПІЗНІХ
ГЕСТОЗАХ, УСКЛАДНЕНИХ ПЕРЕДЧАСНИМ ВІДШАРУВАННЯМ
НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ.....

*Величко Н.С., Дрозд О.О., Національний медичний університет ім
О.О.Богомольця (Київ)*

НІФЕДИПІН В ТЕРАПІЇ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ.....

Буцик Л.О., СумДУ

СТАН ПРОБЛЕМИ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ В СУЧАСНОМУ
АКУШЕРСТВІ.....

Бучковская Ю.Ю., СумДУ

ДИНАМИКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У
ЖЕНЩИН, РОДРАЗРЕШЕННЫХ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.....

Сумцов Д.Г., СумДУ

МОЖЛИВОСТІ ДОКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ УСКЛАДНЕНЬ
ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ.....

Мазыло Л.В., СумГУ

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ХОФИТОЛ, ПРИ ЛЕЧЕНИИ РВОТЫ
БЕРЕМЕННОСТИ.....

Костів І.В., Прокопенко І.О., СумДУ

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО
ПЕРІОДУ, УСКЛАДНЕНИХ ПІСЛОНЕФРИТОМ.....

Гринкевич Т.М., СумГУ

ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА ПРЕПАРАТОМ
“ПРОТЕФЛАЗИД”.....

*Кравец В.П., Петренко В.Ф., Конопотская центральная
районная больница*

ВНЕМАТОЧНАЯ ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ И
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЕЁ РАЗВИТИЯ.....

ТЕРАПІЯ

Крупко Д., СумДУ

ФУНКЦІЯ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА
БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З НОРМАЛЬНОЮ ТА НАДЛИШКОВОЮ
МАСОЮ ТІЛА.....

Гапонова О., СумДУ

ХІАТАЛЬНА ГРИЖА – ДЕТЕРМІНІРУЮЩИЙ ФАКТОР
ЕФЕКТИВНОЇ КИСЛОТОПРИГНІЧУЮЧОЇ ДОЗИ РАБЕПРАЗОЛУ У
ХВОРИХ НА ГЕРХ.....

Овечкіна А.В., СумДУ

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ
У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА
ЧАЕС.....

Катернех Аббас Алі, СумДУ

ВИРАЖЕНІСТЬ ГАСТРИТИЧНИХ УРАЖЕНЬ У ХВОРИХ НА
ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ (ВХДПК)
ХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ЕТІОЛОГІЇ.....

Орловський О.В., СумДУ

АПОПТОЗ ЕПІТЕЛІОЦИТІВ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА

ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ (ВХДПК)
ХЕЛКОБАКТЕРНОЇ ЕТІОЛОГІЇ.....

Лаба О.В., СумДУ

ДОСВІД КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ НОРМОДИПІНУ У
ХВОРИХ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ (АГ).....

Пономаренко С., СумДУ

УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ.....

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Гузенко Т.В., Фурса А.С., СумДУ

ЕТІОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ШИГЕЛЬОЗУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ
В 1998-2002 РОКАХ.....

Захлебаєва В.В., СумДУ

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ,
ВИКЛИКАНИХ УМОВНОПАТОГЕННИМИ
МІКРООРГАНІЗМАМИ.....

Коробова С.П., Литвин І.О., СумДУ

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ
СТАФІЛОКОКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ.....

Кизим С.В., СумДУ

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ В
СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....

Гапонова О.Г., Крупко Д.О., СумДУ

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СПАЛАХУ
РЕСПІРАТОРНОГО МІКОПЛАЗМОЗУ.....

Боблак Т.М., Пащенко О.М., СумДУ

ШКІРНИЙ ЛЕЙШМАНІОЗ НА СУМЩИНІ.....

Гоцуляк Е.В., Онопрієнко В.В., СумДУ

ЭФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЕНТЕРОСОРБЕНТІВ У
КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ВІРУСНІ
ГЕПАТИТИ.....

Галушко Н.А., асист., Дьяченко П.А., СумГУ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДИЗЕНТЕРИЕЙ В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ. 60
ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЙ.....

Дьяченко П.А., Коверга Е.В., СумГУ

НАРУШЕНИЕ РЕГУЛЯЦИИ ИММУННОГО ОТВЕТА
ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ.....

НЕВРОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ

Коленко О.И., Бражник Л.Е., СумГУ

СЛУЧАЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ МИОПЛЕГИИ.....

Гегешко В.В., СумГУ

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЦЕПТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ,
СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....

Кмита О.П., СумДУ

СИНДРОМ ГОЛОВНОГО БОЛЮ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ
ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ У ДІТЕЙ.....

Коленко О.И., СумГУ

ПРЕДИКТОРЫ ИСХОДА МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ.....

Коленко О.И., Колесниченко А.И. СумГУ

ТУБЕРОЗНЫЙ СКЛЕРОЗ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ.....

Смеянова М.В., СумГУ

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
КРОВООБРАЩЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ВББ.....

Шевченко А.В., Козинец Ж.Н. СумГУ

ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ПРИ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....

Животовський Р.В., 4 - та Сумська міська клінічна лікарня
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ L - ЛІЗИНУ ЕСЦІНАТУ
В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ
МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ.....

Кравець В.В., Конопотська центральна районна лікарня
ДИНАМІКА БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЖИРОВОГО,
БІЛКОВОГО, ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА СИСТЕМИ
ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ ГОСТРИМ ШЕМІЧНИМ
ІНСУЛЬТОМ.....

ХІРУРГІЯ

Абу Варда Малік, Румянцева О.А., СумДУ
ВИБІР МЕТОДУ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ З ВИРАЗКОЮ ШЛУНКА,
УСКЛАДНЕНОЮ КРОВОТЕЧОЮ.....

Кондрачук С.О., Сорока Т.Д. СумДУ,
ДЕЯКІ ПИТАННЯ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ
ДЕФОРМУЮЧОГО ОСТЕОАРТРИТУ.....

Лазебна Т.В., Василенко В.О., СумДУ
ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ МІНІЛАПАРОТОМІЇ У ХВОРИХ З
ТЯЖКОЮ ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ.....

Шевченко Т.В., СумДУ
ВПЛИВ СПЛЕНЕКТОМІЇ НА НЕСПЕЦИФІЧНУ РЕАКТИВНІСТЬ
ТА ЧАСТОТУ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ
УСКЛАДНЕНЬ.....

Шевченко В.В., СумДУ
ЕНДОСКОПІЧНА ПОЛІПЕКТОМІЯ ЯК АЛЬТЕРНАТИВА
РУТИННИМ АБДОМІНАЛЬНИМ ОПЕРАЦІЯМ.....

Опанасенко О.П., СумДУ

МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ ТИРЕОТОКСИЧНОГО
ЕНТЕРАЛЬНОГО СИНДРОМУ НА ЕТАПАХ ХІРУРГІЧНОГО
ЛІКУВАННЯ.....

Снагощенко Л.М., СумДУ
СИНДРОМ СТОПИ ДІАБЕТИКА.....

Гоман А.В., СумДУ
ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЕМБОЛІЇ
МЕЗЕНТЕРІАЛЬНИХ СУДИН.....

Захарченко О.А., Захарченко А.В., СумДУ
ПЛАСТИКА ШКІРОЮ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ
ПУХЛИНАХ.....

*Белікова І. В., Українська медична стоматологічна академія
м. Полтава*
ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ЗАПАЛЬНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У
НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....

Лукавенко І.М., СумДУ
ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ
“ДІАБЕТИЧНОЇ СТУПНІ”.....

Полторацький В.А., СумДУ
ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО
УШКОДЖЕННЯ СЕЛЕЗІНКИ.....

Степанченко О.М., СумДУ
АУТОДЕРМОПЛАСТИКА У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ ВЕНТРАЛЬНІ ГРИЖІ.....

Шевченко М.Ю., СумДУ
ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З КИШКОВОЮ
ІНВАГІНАЦІЄЮ.....

Жукова І.С., СумДУ

ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ ПРИ ГОСТРІЙ
МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ.....

Ракітянська А. А., СумДУ

ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ
ПЕРФОРАТИВНОЮ ВИРАЗКОЮ.....

Кальченко М.В., СумДУ

ХІРУРГІЧНИЙ ШОВНИЙ МАТЕРІАЛ.....

Ковшик О.П., Авоянц А., СумДУ

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНІЙ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІЙ ВИРАЗЦІ.....

Кіндзер С.Л., Київський медичний інститут УАНМ

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНО-НЕКРОТИЧНИХ
УРАЖЕНЬ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ
ДІАБЕТ.....

Якуба Е.С., Днепропетровский национальный университет
АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕННЯ ГНОЙНО-
НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У
БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКИЙ
СТОПЫ.....

АНЕСТЕЗИОЛОГІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ

Оноприенко А.В., СумДУ

ОСОБЛИВОСТІ РЕПАРАТИВНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ ХРЯЦА
КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ В УМОВАХ ГЕМАРТРОЗУ.....

Хижня Я.В., Ситнік В.І., СумДУ

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ГОСТРОГО РИНОСИНУСИТА.....

Гречаниченко А.В., СумДУ

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ОТОГЕМАТОМИ ЗА
МАТЕРІАЛАМИ МКЛ № 5 м. СУМ.....

Бабич В.С., СумД,

ЗМІНА РЕГІОНАРНОГО ЛЕЙКОЦИТОЗУ ЯК МЕТОД
ОБ'ЄКТИВНОГО ПОКАЗНИКА ЛІКУВАННЯ
ЗАХВОРЮВАННЯ.....

Стрижак В.В., СумДУ

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНОЇ
ХІРУРГІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ.....

Алексеевко А.С., СумГУ

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННЫМИ
ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА.....

Степанченко О.М., СумДУ

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
З ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИМ
ОСТЕОМІЄЛТОМ.....

Фоменко В.І., Ніколаєнко В.О., Алі Хасан Самман.,

Коробова С.П., СумДУ

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРОГНІЙНИМИ
ХВОРОБАМИ НИРОК В УРОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ
СУМСЬКОЇ МІСЬКОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ ЗА 5 РОКІВ
(1998-2002 р.р.).....

Лихобаба М.П., СумДУ

ЛІКУВАННЯ ВІДКРИТИХ ПОШКОДЖЕНЬ КИСТІ.....

Оноприенко А.В., СумДУ

ОСОБЛИВОСТІ РЕПАРАТИВНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ ХРЯЦА
КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ В УМОВАХ ГЕМАРТРОЗУ.....

Новицкая М.А., СумГУ

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ.....

Полторацький В.А., СумДУ
ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНА.....

Гоман А.В., СумГУ
ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ МОРФИНОМ
ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ.....

*Таран С.С., Донецький державний медичний університет
ім. М. Горького*

ЗАСТОСУВАННЯ ГОМЕОПАТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У
ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ТОНЗИЛІТ.....

ПРОФІЛАКТИЧНА ДИСЦИПЛІНА

Ковшик А.П., СумГУ
ДИНАМИКА ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
СУМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД
С 1990 ПО 2002 ГОДЫ.....

Голубовська Ф.Б., Белік Т.В., СумДУ
ТЕНДЕНЦІЇ НАРОДЖУВАНОСТІ ТА СМЕРТНОСТІ НА
СУМЩИНІ З 1996 ПО 2002 РОКИ.....

Павлычева С.В., СумГУ
К ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ГИСТОЛОГИИ В ХАРЬКОВСКОМ
УНИВЕРСИТЕТЕ В НАЧАЛЕ XX СТОЛЕТИЯ.....

Васильев К.К., Павлычева С.В., СумГУ
К ИСТОРИИ ХАРЬКОВСКОЙ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ
ШКОЛЫ ПРОФ. А.В. РЕПРЕВА: ДОКТОР МЕДИЦИНЫ
И.С. МАГАТ (1884-1937).....

Наукове видання

Матеріали

*II Республіканської науково-практичної конференції
студентів та молодих вчених
“Сучасні проблеми клінічної та теоретичної медицини”*

Редколегія:

проф. Сміян О.І.
проф. Романюк А.М.
проф. Сікора В.З.
проф. Каплін М.М.

проф. Орловський В.Ф.
проф. Кононенко М.Г.
проф. Жерновая Я.С.
проф. Васильєв К.К.
доц. Шищук В.Д.
доц. Чемич М.Д.
доц. Коленко Ф.Г.

Стиль та орфографія авторів збережені

План 2003 р.

Підп. до друку

2003

Формат 60x84 1/16

Тираж 60 прим.

Замовлення №

Обл. – вид. арк.

Умовн. друк. арк.

Безкоштовно

СумДУ, 40007, Суми
вул. Римського-Корсакова, 2

"Ризоцентр" СумДУ. 40007, Суми,
вул. Римського-Корсакова, 2