

# **МАТЕРІАЛИ**

**III Всеукраїнської науково-практичної  
конференції викладачів, студентів та  
молодих вчених  
«Сучасні проблеми  
клінічної та теоретичної медицини»**



*22-23 квітня 2004 року*

**Суми 2004**

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

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

*Матеріали*

*III Всеукраїнської науково-практичної  
конференції викладачів, студентів та  
молодих вчених*

*22-23 квітня 2004 року*

*Суми 2004*

## **Теоретична та експериментальна медицина**

### **ФУНКЦІОНАЛЬНО-ДИНАМІЧНИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНКИ СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

*Галинська С. А., студ. 2-го курсу  
Науковий керівник - доц. Янчик Г.В.*

*Сумський державний університет,  
кафедра нормальної та патологічної фізіології*

Складні рефлекторні реакції організму супроводжуються інтеграцією соматичних та вегетативних компонентів. Регуляція таких реакцій здійснюється за ієрархічним принципом, де центральне місце відводиться вегетативній нервовій системі (ВНС).

Нами проведено дослідження впливу ВНС у 55 студентів в стані спокою та при фізичному навантаженні. Визначався тонус ВНС в стані спокою, вегетативна реактивність та вегетативне забезпечення при фізичних навантаженнях. За перевагою тонуса відділів ВНС нами було виділено 3 групи студентів: симпатотоніки(31), ваготоніки (12) та ейтоніки (12).

У групі симпатотоніків всі показники зростали нерівномірно, спостерігалось достовірне зниження коефіцієнта Хільдебранта, надмірно зростали показники стану серцево-судинної системи. Це свідчить про нормальне вегетативне забезпечення і підвищену вегетативну реактивність. У групі ваготоніків були менші зрушення, але іншого характеру: невелике підвищення показників серцево-судинної системи, індекс Кердо зменшувався, але зберігав негативне значення, суттєво зменшувався коефіцієнт Хільдебранта. Це свідчить про нормальну вегетативну реактивність змішаного типу та збільшення інтенсивності вегетативного забезпечення. В групі ейтоніків виявлено різнонаправлені зрушення вегетативних реакцій: показники стану серцево-судинної та дихальної систем зростали, індекс Кердо набував позитивного значення, а коефіцієнт Хільдебранта майже не змінювався. Тобто вегетативна реактивність знижена, вегетативне забезпечення рухових актів по змішаному типу.

### **В. Ю. ЧАГОВЕЦЬ - ЗАСНОВНИК ЕЛЕКТРОГАСТРОГРАФІЇ**

*Кобилецька Н.А., студ. 3-го курсу  
Науковий керівник – ст. викл. Гарбузова В.Ю.*

*Сумський державний університет,  
кафедра нормальної та патологічної фізіології*

Василь Юрійович Чаговець – видатний вітчизняний електрофізіолог, який створив теорію дифузних біоелектричних явищ (1896р.), є засновником електрогастрографії.

В 1997р. закінчив Вищу Медичну Академію (ВМА) ім. Св. Володимира. Ще будучи студентом III курсу працював в фізіологічній лабораторії під керівництвом І.Р. Тарханова, вивчаючи вплив різноманітних отрут на електричні явища в м'язах жаби.

Після закінчення академії з 1900р. стає співробітником кафедри фізіології ВМА, котру очолював І.П. Павлов. В 1903р. захистив докторську дисертацію на тему: "Дослід електричних явищ на живих тканинах з точки зору найновіших фізико-хімічних теорій". З 1909 року став професором кафедри фармакології Харківського університету. В період часу з 1910 по 1938 рр. – професор і керівник кафедри фізіології медичного факультету Київського університету. В цей період вивчав біопотенціальні явища шлунка при діяльності його секреторного апарату, зв'язок між величиною біоелектричного потенціалу і секреторною діяльністю залозистого апарату шлунка. Досліджував біотопи шкіри з одночасним визначенням біопотенціалів шлунка.

Розроблена В.Ю. Чаговцем методика в поєднанні з сучасними впровадженнями дозволяє краще зрозуміти процеси, які здійснюються в шлунку в нормі і при різних його захворюваннях.

## **РОЛЬ АПОПТОЗУ В ПАТОГЕНЕЗІ СУДИННИХ ПАТОЛОГІЙ**

*Козинець А.І., студ. 2-го курсу*

*Науковий керівник - ст. викл. Гарбузова В.Ю.*

*Сумський державний університет,  
кафедра нормальної та патологічної фізіології*

З'ясування значення апоптозу в патогенезі судинних захворювань є одним із перспективних напрямів дослідження механізмів розвитку атеросклерозу, медіакальцинозу Менкеберга та інших патологій.

Відомо, що при дії атерогенних факторів апоптоз є центральним механізмом реактивно-регенеративної відповіді структур судинної стінки на uszkodження. Інтенсивність апоптичного процесу різна в гладеньких м'язових клітинах, макрофагах, ендотеліальних клітинах, лімфоцитах. Одним із вагомих протеолітичних механізмів реалізації апоптозу в клітинах судинної стінки є активація протеосоми, яка є АТФ-залежним ферментом. У процесі моделювання холестеролового атеросклерозу не відбувається суттєвих порушень в енергопостачанні судинної стінки, що забезпечує нормальний перебіг апоптозу. При інших формах артеріосклерозу, наприклад медіакальцинозі Менкеберга, починаючи з ранніх стадій, відбувається значне пригнічення енергопродукції в клітинах судинної стінки. Це перешкоджає розвитку апоптозу і тому основним механізмом загибелі клітин у цих випадках стає некроз.

Еволюційно апоптичний шлях відповіді на uszkodження є більш раціональним, призводить до мінімізації втрат клітин внаслідок вторинної альте-

рації, забезпечує швидке відновлення тканин за рахунок налагоджених механізмів регуляції апоптозу і проліферації.

З'ясування ролі апоптозу на різних стадіях патогенезу судинних захворювань відкріє перспективи для використання нових підходів до профілактики та лікування атеросклерозу.

## **ДИНАМІКА ЗМІН АКТИВНОСТІ АНТИОКСИДАНТНИХ ФЕРМЕНТІВ ТА ВМІСТУ ПРОДУКТІВ ПЕРОКСИДНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ У СТІНЦІ КРОВОНОСНИХ СУДИН ТВАРИН ЗА УМОВ ГІПЕРАДРЕНАЛІНЕМІЇ**

*Науко Р.Ф., аспірант*

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

*СумДУ, кафедра нормальної і патологічної фізіології*

У сучасному розумінні патогенезу атеросклерозу та артеріосклерозу Менкеберга велике значення приділяється пошкодуючому впливові гіперадреналінемії на тканини кровоносних судин. За умов гіперадреналінемії спостерігається гіпоксичне пошкодження клітин судинної стінки, активація пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ), прискорення розвитку атеросклеротичних бляшок, реалізація кальцієвих механізмів пошкодження клітин, зміни активності антиоксидантних систем. Метою даної роботи було вивчення динаміки взаємозв'язку та особливостей змін активності ряду антиоксидантних ферментів і вмісту продуктів ПОЛ у тканинах судинної стінки різних кровоносних судин тварин за умов експериментальної гіперадреналінемії різної тривалості. У тварин 4 досліджуваних груп артеріосклероз моделювався шляхом щоденного внутрішньовенного (в крайову вену вуха) введення 0,1 % розчину адреналіну гідрохлориду з розрахунку 50 мкг/кг маси тварини на протязі 1, 3, 7 та 14 діб відповідно у групах № 2 – 5 (контрольна група № 1 – інтактні тварини). В тканинах грудної і черевної аорти, легеневої артерії та задньої порожнистої вени визначались показники активності антиоксидантних ферментів (супероксиддисмутази, каталази, глутатіонпероксидази) та вмісту ПОЛ – гідропероксидів ліпідів і Шиффових основ.

Виходячи з результатів проведених експериментів, за чутливістю до гіперадреналінемії досліджувані органи можна розташувати в ряд: задня порожниста вена (максимальна резистентність) – легенева артерія – черевна аорта – грудна аорта (максимальна чутливість та мінімальна резистентність).

## **ФІЗИЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ-ДЗЮДОЇСТІВ НА ПРЕПУБЕРТАТНІЙ СТАДІЇ ОНТОГЕНЕЗУ**

*Павлюченко В.В., студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник - ст. викл. Михайлова Т.І.*

*Сумський державний університет,  
кафедра нормальної та патологічної фізіології*

З метою реалізації національної програми, “Фізичне виховання – здоров’я націй” проводяться дослідження по визначенню особливостей фізичного стану дітей на етапі препубертатного онтогенезу.

Використання спорту як ефективного засобу корекції поведінкових реакцій дітей з девіантною поведінкою припускає вивчення не тільки їх психодинамічних та особистих характеристик, але і особливостей фізичного статусу. Для досягнення мети обстежено 53 дитини віком від 9 до 11 років. В них за допомогою загальноприйнятих методів реєстрували показники антропометричного профілю, функціонального стану кардіореспіраторної, нервово-м’язевої систем і рухливої підготовки. За результатами досліджень виявлено наступні закономірності: для обстеження дітей є характерним деякий дефіцит (10%) маси тіла, зниження функціональних можливостей апарату зовнішнього дихання (13%) при рівні тканевого метаболізму відповідним статевовіковим нормам. Значення показників кардіогемодинаміки варіює у тому ж віковому діапазоні з характерною для нетрениваних дітей низькою економічністю кровообігу і перевагою механізмів симпатичної регуляції. Результати дослідження дають фізіологічну оцінку функціональної готовності і здатності дітей до ефективної спортивної діяльності.

Встановлені закономірності доцільно враховувати при розробці тренувальних програм спеціалізованої підготовки юних дзюдоїстів лікарям спеціалізованих шкіл олімпійської підготовки та центрів спортивної медицини.

## **ЗНАЧИМОСТЬ РАЗРАБОТКИ ТЕСТОВ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ И ОЦЕНКИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ**

*Гегешко В., студ. 6-го курса*

*Научный руководитель – ст. викл. Михайлова Т.И.*

*Сумський державний університет,  
кафедра нормальної та патологічної фізіології*

Проблема оценки двигательных качеств связана с разработкой научно обоснованных систем измерения, объективно отражающих функциональные возможности человека в конкретный период времени.

Тест – это измерение способностей, психофизиологических качеств или состояния человека.

Цель исследовательской работы: использовать биомедицинский подход к разработке тестов для измерения и оценки двигательной подготовленности. Биомедицинский подход к тестированию обладает высокой эффективностью и надежностью, учитывает не количественный результат тестирования, а его «физическую стоимость», т. е. Степень напряжения функциональных систем организма, реализующих двигательную деятельность. Проведенные исследо-

вання дозволяють передположити, що результат тестирования на 20-40% зависи от мотивации обследуемых. У взрослых людей мотивация отсутствует. Это приводит к неполной утилизации функциональных возможностей организма и проявляется в отсутствии значительных корреляций при тестировании стандартными и нерегламентированными нагрузками.

Учитывая это обстоятельство, нами разработаны интегральные показатели, учитывающие результат и его «физиологическую стоимость». Такой подход позволяет, с одной стороны, существенно снизить влияние субъективных факторов на результаты тестирования, а с другой сравнивать адаптивные возможности обследуемых в идентичных по механизму энергообеспечения тестах.

## **ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ ТА АСОЦІЙОВАНУ ІНФЕКЦІЮ**

*Липовська В.В.*

*Сумський державний університет,  
кафедра нормальної та патологічної фізіології  
з курсом медбіології та мікробіології*

У сучасних умовах клініка захворювання на сальмонельоз частіше характеризується розвитком тяжкого та затяжного клінічного перебігу та тривалого бактеріоніозу, що обумовлено асоціацією сальмонел з умовно-патогенними ентеробактеріями.

З метою встановлення змін якісного та кількісного складу мікробіоценозу товстої кишки у хворих на сальмонельозну та асоційовану інфекції, були обстежені 48 хворих на ці інфекції віком від 16 до 65 років і розділені на дві групи: I група - хворі на сальмонельозну інфекцію, II група - на асоційовану інфекцію.

Найбільш виражені зміни у мікроекології товстої кишки виявлено у хворих на асоційовану інфекцію. Встановлено, що мікробне число біфідобактерій, лактобактерій, лактозо-позитивних ешерихій у хворих на асоційовану інфекцію достовірно нижче, ніж у хворих на сальмонельоз. У хворих на асоційовану інфекцію також у 2 рази частіше виявлялися ешерихії з гемолітичною активністю [(46,75,3)% та (20,05,2)% відповідно].

У більшості хворих виявлені асоціації з 2-6 умовно-патогенних мікроорганізмів. Найчастіше виявлялися асоціації *Candida spp.*, *S.aureus*, *E.coli* Hly+ з *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, або *Enterobacter spp.* Встановлено, що штами *E.coli* Hly+ утворюють стабільні асоціації з *S.aureus*, а також схильні до сумісного існування з *P.vulgaris* та *Candida spp.* Мікробні асоціації, які склалися з *S.aureus*, *Candida spp.*, *E.coli* Hly+ є стійкими угрупованнями, що зумовлені біоценотичними зв'язками.

## **АНТИБІОТИКОГРАМА ПАТОГЕННИХ СТАФІЛОКОКІВ,**

## **ЩО ВИДІЛЕНІ ВІД НОСІЇВ**

**Яковенчук О.М., Даниленко О.О., Базін М.Є.,**

**студ. 2-го та 3-го курсів**

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

**Сумський державний університет,**

**кафедра нормальної та патологічної фізіології**

**з курсом медбіології та мікробіології**

Метою нашого дослідження було вивчення впливу найбільш розповсюджених антибіотиків на патогенний стафілокок, що виділений від носіїв (студентів 2 курсу медичного факультету сумду та амбулаторних хворих ортопедичного відділення цмл м. Суми), а також вивчення їх біологічних властивостей. Нами було обстежено 157 людей на носійство патогенного стафілококу (104 студенти 2 курсу медфакультету та 53 хворих ортопедичного відділення цмл м.суми). З 157 обстежених людей, у 74 (47,1%) виділений патогенний стафілокок. В своїй роботі ми користувалися комплексом тестів, що характеризують патогенність стафілококів. За тестами патогенності всі виділені патогенні стафілококи були поділені на три групи. 1 групу склали 22,9% штамів стафілококів, що коагулювали плазму через 1-2 години, 2 групу – 16,4% штамів, що коагулювали плазму через 4-6 години, 3 групу - 60,7% штамів, що коагулювали плазму через 18-24 год. Після визначення чутливості до антибіотиків встановлено, що штами *staphylococcus aureus*, які коагулювали плазму через 4-6 та 18-24 годин зберігають високу чутливість до аміноглікозидів (кільсть чутливих штамів до канаміцину – 60,9% та 78,4%; гентаміцину – 58,4% та 63,2%; лінкоміцину – 58,2% та 58,9% відповідно). Крім того, нами встановлено, що штами *s.aureus* 1 групи більш резистентні до цих антибіотиків. Так серед них малочутливих та стійких до канаміцину – 59,2%, гентоміцину – 53,6%, лінкоміцину – 58,6% штамів.

Таким чином, серед штамів *S.aureus* з більш вираженими патогенними властивостями переважають антибіотикорезистентні.

## **НОСІЙСТВО ГРИБІВ РОДУ *CANDIDA* У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**

**Калуцька Н. Г., член МАН**

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



**Сумський державний університет,  
кафедра нормальної та патологічної фізіології  
з курсом медбіології та мікробіології**

З метою вивчення причин та характеру кандидозійства у новонароджених дітей, визначення біологічних властивостей грибів роду *Candida*, виділених від носіїв, протягом 2002 – 2003 рр. нами двократно було обстежено 89 немовлят на носійство грибів роду *Candida*.

При першому обстеженні серед доношених немовлят виявлено 15,9% кандидозійств, а серед недоношених – 6,6%. Базуючись на результатах, другого обстеження, нами встановлена тенденція до підвищення кількості кандидозійств, як серед доношених немовлят - 29,5%, так і серед недоношених – 42,2%.

Після другого обстеження нами встановлено, що найбільша кількість кандидозійств (42,2%) серед семимісячних, восьмимісячних немовлят з середньою вагою тіла – 1800-2200 г., це може бути пов'язано з недосконалістю імунних реакцій організму.

При ідентифікації виділених дріжджеподібних культур, що виділені від доношених та недоношених немовлят, переважають найбільш патогенні представники роду гриби *C.albicans* (43,6% при другому обстеженні), *C.tropicalis* та *C.krusei* (6,7% та 4,5 % відповідно при другому обстеженні).

Результати наших досліджень свідчать про зріст кількості кандидозійств серед немовлят. Крім того встановлено, що ступінь та тривалість кандидозійств уражень пов'язана з властивостями *Candida spp.*, що виступають в ролі етіологічного фактору. Тому це диктує необхідність вивчення видового складу грибів у немовлят.

**ЧАСТОТА ТА ДИНАМІКА ВИЯВЛЕННЯ  
ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ СЕРЕД ДОНОРІВ КРОВІ**

*Лобанов О.О., член МАН*

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

**Сумський державний університет,  
кафедра нормальної та патологічної фізіології  
з курсом медбіології та мікробіології**

Виявлено, що з 1996 по 2000 р. спостерігалась тенденція до підвищення рівня інфікованості з 0,34% до 0,40%, а 2000 р. до середини 2003 р. – до зниження з 0,40% до 0,20%, що значною мірою відображає загальну інфікованість ВІЛ серед населення області. Ця динаміка ВІЛ – інфікованих донорів взагалі збігається із загальноукраїнською динамікою.

Найбільша кількість ВІЛ-інфікованих виявлена серед донорів м. Сум та Сумського, Охтирського, Конотопського та Глухівського районів. Всього було виявлено 14 ВІЛ-інфікованих. Серед них домінувала вікова група 18

– 25 років (11 осіб) і лише троє належали до групи 25-36 років. За статтю - 2 жінки і 12 чоловіків. Всі вони є одноразовими донорами.

Встановлено, що за соціальним статусом серед ВІЛ-носіїв п'ять осіб є військовослужбовцями, а інші належать до малозабезпечених верств населення.

Доведено, що кров від постійних платних донорів значно менше підлягає контамінації ВІЛ, ніж кров від випадкових донорів, які здають кров одноразово або декілька разів у житті.

Одержані результати можуть бути використані при вивченні епідеміології СНІДу та проведенні профілактичних заходів.

## **КЛАСИФІКАЦІЯ ТА ТЕРМІНОЛОГІЯ ПРОЦЕДУР ЗАБОРУ КРОВІ ТА ЇЇ КОМПОНЕНТІВ**

*Любчак В.В., аспірант*

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

*Сумський державний університет,*

*кафедра нормальної та патологічної фізіології*

*з курсом медбіології та мікробіології*

У сучасній літературі плутанина в термінології способів і методів забору рідкої частини крові досягла тієї межі, коли необхідно однозначно розібратись в цьому питанні і запропонувати систематизацію.

Треба розрізнити два основних терміни забору крові – аферез та донорія. Аферез – це видалення крові пацієнта з лікувальною метою. Донорія – це віддача людиною, - донором, крові з метою надання допомоги іншому, при цьому це зв'язано з лікуванням хворого, а не донора.

В залежності від того, яка частина крові береться, до слів донорія та аферез додають його тип. Наприклад: плазмаферез і плазмадонорія.

Забір крові і її компонентів незалежно від того аферез це чи донорія може бути звичайним, замінним та обмінним. Так:

Плазмадонорія – це процедура взяття плазми крові у здорового донора. Основна задача плазмадонорії – отримати рідке середовище організму для його використання, наприклад з метою отримання компонентів крові.

Плазмаферез – це вид аферезу при якому з лікувальною метою видаляється плазма крові. Мета процедури – досягти терапевтичного ефекту.

Обмінний аферез або донорія – це обмін якоїсь складової частини крові на заміщуючий компонент.

Замінний аферез чи донорія – це заміна якоїсь складової частини крові тією самою, але донорського походження.

Проте слід враховувати такі терміни як лікувальна плазмадонорія та донорський плазмаферез, котрі враховують крім основної мети ще й допоміжний ефект.

**ДЕЯКІ ПРИКЛАДИ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ  
ПЛАЗМАФЕРЕЗУ(ПФ) ПРИ ЛІКУВАННІ  
БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ БА**

*Любчак В.В., аспірант*

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

*Сумський державний університет,  
кафедра нормальної та патологічної фізіології  
з курсом медбіології та мікробіології*

На протязі більш ніж 10 років спостерігалися хворі на бронхіальну астму, котрі в загальне лікування додавали процедуру плазмаферезу. Встановлено, що включення в комплексну терапію БА (ПФ) супроводжується значним клінічним ефектом. При цьому спостерігали зменшення явищ бронхообструкції, зменшення кількості приступів ядухи, покращення відходження мокротиння і швидке купіювання гострих приступів.

Найбільша стійка, пролонгована ефективність за результатами наших спостережень починалась з 10 по 20 добу і досягала 85 % від загальної кількості хворих.

Ефективність лікування ранніх стадій астми завжди вище, а тривалість ремісії більше.

Завдяки використанню еферентних методів комплексного лікування завжди знижувалася доза використовуваних гормонів, а іноді це приводило до повної їх відміни та переведення пацієнтів на більш легкі припарати.

Ремісія в деяких випадках досягала значних термінів, наприклад, один з спостерігаємих хворих після проведення курсу плазмаферезу знаходився в стані ремісії 7 років, інший – 5 років. При тому, що мінімальний термін ремісії досягав 2 років.

Ці данні дозволяють рекомендувати плазмаферез для лікування бронхіальної астми, а також з метою зменшення доз глюкокортикостероїдів особливо в тяжких випадках, астматичному статусі та при передастмі з метою запобігання переходу її в астму.

**ПЛАЗМАФЕРЕЗ ЯК ІМУНОТРОПНА ПРОЦЕДУРА ТА  
ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЇЇ В НАШІЙ ДЕРЖАВІ**

*Любчак В.В., аспірант*

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

*Сумський державний університет,*

**кафедра нормальної та патологічної фізіології  
з курсом медбіології та мікробіології**

Прообраз плазмаферезу – кровопускання використовувалося з давніх давен. Безпосередньо селективно видалення плазми з лікувальною метою почали робити на початку ХХ сторіччя. Однак поширення цей метод отримав тільки в 1960 роки, коли було доказано його ефективність при гіпервіскозно-му синдромі і макроглобулінемії Вальденстрема.

Ми проаналізували сучасні сфери використання плазмаферезу в Україні в порівнянні з іноземними країнами. Так в нашій державі частіше над усе плазмаферез використовується для лікування таких нозологій: бронхіальна астма, алергії, гострі і хронічні отруєння, дерматологічні хвороби (псоріаз, склеродермія), аутоімунні хвороби.

За кордоном цей перелік складає: міастенія гравіс, гіпервіскозний синдром, тромбоцитопенічна пурпура, синдром Гієна Барре.

Як бачимо ці переліки не мають нічого спільного між собою. На перший погляд це незрозуміло. Але після вивчення наукової документації провідних країн Європи та Америки щодо застосування плазмаферезу стає зрозуміло, що там плазмаферез дозволяється використовувати при лікуванні тільки тих хвороб, ефективність відносно яких доведено контрольованими рандомізованими дослідженнями.

Однак не дивлячись на те, що таких досліджень відносно українського переліку не проводилось, є багато наукових праць в російській та українській літературі про велику клінічну ефективність ПФ у даних випадках. Це твердить про пріоритет України у даному напрямку вишукування.

**ВИВЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АСИМЕТРІЇ МОЗКУ  
У СТУДЕНТІВ 2-го КУРСУ**

*Кияненко В.А., студ. 2-го курсу*

*Науковий керівник – ст. викл. Гарбузова В.Ю.*

*Сумський державний університет,  
кафедра нормальної та патологічної фізіології*

Асиметрія головного мозку – це анатомічні відмінності півкуль, що в процесі розвитку людини зумовлюють різноманітність їх функцій. Саме виявлення різноманітності функцій стало основним результатом дослідів Кінсбурна, дослідів з розщепленим мозком та ін. Особливо ця “спеціалізація” півкуль великого мозку спостерігається щодо процесів вищої нервової діяльності (мислення, інтелект, пам’ять та ін.) Саме асиметрія головного мозку передбачає більшу можливість розвитку того чи іншого типу мислення, що відіграє вирішальну роль у здобутті навичок, необхідних для майбутньої професії, а значить і для майбутнього професіоналізму.

Метою дослідження було вивчення функціональної асиметрії кори великих півкуль головного мозку у студентів 2 курсу СумДУ. Було обстежено

76 студентів. Виявлено, що у 80% студентів домінуючою являється ліва півкуля великого мозку. Для них характерним є логічне, вербальне мислення. Вони мають хист до вивчення точних наук. У 4% студентів домінуючою являється права півкуля, що свідчить про більший розвиток абстрактного, просторового, інтуїтивного мислення. 16% студентів не мають вираженої домінантної півкулі, що свідчить про розвиток вербального і не вербального, логічного і абстрактного мислення. Результати цього дослідження можуть бути використані викладачами для визначення кращого способу подачі нового матеріалу і студентами при підготовці до занять.

## **РЕГУЛЯЦІЯ РІВНЯ SH- I –S-S-ГРУП В ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ ПРИ ГОСТРІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ ЕПОКСИДАМИ**

*Висоцький І.Ю., Гребеник Л.І.  
Сумський державний університет,  
кафедра біохімії та фармакології*

Відомо, що епоксидні смоли (ЕС) мають виражену гепатотоксичність. Однією з молекулярних причин структурно-функціональних змін в печінці є порушення тіол-дисульфідного обміну внаслідок взаємодії молекул ЕС та їх летких компонентів з SH-групами білків та низькомолекулярних тіолів. За даними літератури існує можливість терапії та профілактики токсичного впливу ЕС з урахуванням молекулярних механізмів їх дії. Метою нашого дослідження було вивчення ефективності фармакологічної регуляції рівня SH- та -S-S- груп в гепатоцитах в умовах токсичного впливу ЕС.

Гостре токсичне ураження печінки білих щурів-самців лінії Вістар викликали шляхом інгаляційного динамічного впливу леткими компонентами ЕС ЕД-20. Експериментальним тваринам за лікувально-профілактичною схемою вводили кверцетин, флавінат, ліпін або ацетилцистеїн. Результати підтвердили наявність суттєвих порушень тіол-дисульфідного обміну в печінці щурів при дії ЕС. Використання кверцетину супроводжувалося практично повним відновленням рівню SH- та -S-S- груп в усі строки експерименту. Дія ліпіну і ацетицистеїну на вміст SH-груп в печінці були більш виражені в ранні строки після інтоксикації, а флавінату – в більш пізні строки експерименту. Крім того, флавінат і ліпін стримували зміни концентрації -S-S- груп на відміну від ацетилцистеїну, дія якого супроводжувалась їх значним підвищенням.

На нашу думку кількісне визначення показників тіол-дисульфідного обміну може стати скринінговим для оцінки детоксикуючих та гепатопротекторних властивостей фармакологічних препаратів при дії ЕС та їх летких компонентів.

# ЛІПІДНИЙ СКЛАД БІОМАСИ МУКОРОВОГО ГРИБА *BLAKESLEA TRISPOGA* ПРИ КУЛЬТИВУВАННІ ЙОГО НА АПІВСИНТЕТИЧНОМУ ПОЖИВНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

*Прімова Л.О.*

*Сумський державний університет,  
кафедра біохімії та фармакології*

Мукоровий гриб *Blakeslea trispora* є джерелом пігментів тетратерпенового ряду - каротиноїдів. Інтенсивність і направленість біосинтетичної активності продуцента залежить від умов культивування, зміна яких впливає на хімічний склад кінцевого продукту. Використання напівсинтетичного, безглюкозного по-живного середовища, у якому неорганічні амонійні солі є єдиним джерелом азотного живлення, дозволяє підвищити тривалість стадії каротиногенезу і вихід каротину, а також приводить до зміни ліпідного спектру біомаси.

Результати дослідження складу ліпідів гриба *Bl.trispora* наведені у таблиці.

Таблица

Вміст деяких ліпідів у біомасі гриба *Bl.trispora*, г/кг

Показники	$x \pm Sx$	% від суми	
		Ліпідів	Каротиноїдів
Ліпіди, всього	618,0±27,7	100,0	-
В т.ч. каротиноїди:	22,2±0,16	3,6	100,0
β-каротин	19,8±0,06	3,2	89,2
Ксантофіли	2,1±0,03	0,35	9,5
інш.каротиноїди	0,3±0,04	0,05	1,3
Фосфоліпіди	38,8±0,04	6,2	-

У ході вивчення хімічного складу біомаси гриба *bl.tri-spora* визначено високий вміст ліпідів, серед яких: фосфоліпіди, ксантофіли, каротиноїди, 89,2% яких припадає на β-каротин. Кількість ліпідів, зокрема каротину, значно перевищує концентрацію цього пігменту у багатьох рослинах і харчових продуктах, що дозволяє вважати біомасу джерелом провітаміну А.

## ВЛИЯНИЕ КВЕРЦЕТИНА НА УРОВЕНЬ ФЕРРИТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЛЕТУЧИМИ КОМПОНЕНТАМИ ЭПОКСИДНОЙ СМОЛЫ

*Высоцкий И.Ю.*

*СумГУ, кафедра биохимии и фармакологии*

Известно, что концентрация ферритина (ФР) в крови повышается при избытке железа, при поражении печени и может косвенно свидетельствовать о содержании железа в этом биосубстрате и об интенсификации процессов перекисного окисления липидов под влиянием летучих компонентов эпоксидных смол (ЭС). Доказано, что концентрация ФР 1нг/мл сыворотки эквива-

лентна 8 мг железа в организме. Исходя из выше изложенного мы посчитали целесообразным изучить при острой интоксикации летучими компонентами ЭС динамику изменений концентрации ФР, которая довольно точно отражает содержание железа в крови и других органах.

Результаты по определению ФР свидетельствуют о резком и достоверном повышении концентрации этого белка в крови во все сроки исследования с максимумом на 12-часовой отметке. Уровень ФР под влиянием ЭС превышал аналогичный показатель у интактных животных через 6 часов в 1,5 раза, 12 часов – в 2,1 раза и 24 часа – в 1,7 раза. Это свидетельствует о повышении и избытке железа в крови и подтверждает ранее полученные нами данные о развитии под влиянием ЭС токсического поражения печени.

Использование при острой интоксикации ЭС кверцетина приводило к нормализации концентрации ФР в крови во все исследуемые сроки, за исключением 12 часов. В это время уровень ФР хотя и был ниже чем в контроле на 25%, но превышал аналогичный показатель у интактных животных на 57%. Возможно этот эффект, а также ранее установленное положительное влияние кверцетина на активность каталазы и перекисную резистентность эритроцитов, связаны с его способностью хелатировать ионы  $Fe^{2+}$ , перехватывать пероксидные радикалы и быть ловушкой супероксидных радикалов.

## **ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОМЕНА "ПСИХОТЕРАПЕВТ А.М. КАШПИРОВСКИЙ"**

*Стеценко А.В.*

*Управление охраны здоровья Сумского городского совета  
Городской специалист по народной  
и нетрадиционной медицине*

Необычайно широкую популярность в странах СНГ с 1988 г. приобрели телевизионная и массовая психотерапия. В период 23 - 29 июня 2003 г. во время творческих встреч А.М. Кашпировского с жителями г. Сум Управлением охраны здоровья была проведена экспертная оценка лечебного эффекта его воздействия на преодоление заболеваний.

Наблюдение врачей, членов экспертной комиссии за состоянием участвовавших в эксперименте людей, единодушно отмечались изменение признаков деятельности нервной вегетативной системы.

Непосредственное наблюдение за действиями А.М. Кашпировского, анализ видеозаписей позволяет сделать следующие выводы:

1. В своих творческих встречах А.М. Кашпировский использует элементы классической психотерапии с наличием методов вербального характера.
2. Авторитарный подход в обращениях к присутствующим, который можно расценивать как способ перевода их в пассивное состояние.

3. Стандартизований підхід (повторяємості наборів впливів, які демонструвалися на попередніх його зустрічах, сеансах).
4. Діяння з людьми на сцені імперативного характеру.
5. Використання прийомів опосередкованої психотерапії (аудіо-, відеокасети, порошок білого кольору в пакетиках, фотографії).
6. Кооперативний підхід (підкресленість унікальності особливостей, можливостей саморегуляції, індивідуальність - джерело ресурсів, природність стану людей) і інше.

В зв'язі з тим, що не були проведені масштабні скринінги масової психотерапії А.М. Кашпировського в г. Суми, зробити однозначний висновок про негативний або позитивний його вплив на здоров'я людей було неможливим, к тому ж як і всяке явище в природі, лікувальний метод завжди має багато, виявлених в них протилежних сторін.

Феномен "А.М. Кашпировський" досліджений спільно соціологами, психологами, нейрофізіологами, психотерапевтами, психіатрами, несомненно, допоможе глибше проникнути в таємни феномена планети Земля "Человек".

## **БІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕННИХ ЕНТЕРОБАКТЕРІЙ**

*Товстенко Ю., Заворотна О., студенти 3-го та 2-го курсів*

*Науковий керівник - канд.біол.наук Липовська В.В.*

*Кафедра нормальної та патологічної фізіології*

*з курсом медбіології та мікробіології*

Епідеміологічна ситуація по захворюваності на гострі кишкові інфекції (ГКІ) в Україні на початку ХХІ сторіччя залишається напруженою. У північно-східному регіоні України основними збудниками ГКІ є патогенні ентеробактерії (ЕПЕС, *S.sonnei*, *S.typhimurium*), а захворюваність на ці інфекції характеризується високим рівнем, тому залишається актуальним питання епідеміологічного моніторингу, яке включає спостереження за циркуляцією збудників кишкових інфекцій та вивчення селективних переваг збудників. З цією метою було проведено вивчення гемолітичної активності збудників ешерихіозу, бактеріальної дизентерії та сальмонельозу, а також їх чутливості до хіміотерапевтичних препаратів.

При мікробіологічному дослідженні сероварів ЕПЕС було встановлено, що всі досліджені ізоляти (від 56 хворих) володіли гемолітичною активністю. Серед збудників бактеріальної дизентерії (48 штамів) переважали культури з гемолітичною активністю (64%), а штами *S.typhimurium* з гемолітичною активністю склали лише 37%.

Аналіз чутливості до антибіотиків у 52 штамів *S.typhimurium*, 48 штамів *S. sonnei*, 56 штамів ЕПЕС, виділених від дітей 1-3 років, показав, що штами були чутливими до абакталу, цифрану, норфлоксацину. До фурагіну, фурадоніну, фуразолідону збудники сальмонельозу та дизентерії були чутли-



вими, а штами ЕРЕС - резистентними. До поліміксину, гентаміцину всі досліджені ізоляти були резистентними. В цілому, серед штамів патогенних ентробактерій була виявлена резистентність до 3–5 хіміотерапевтичних препаратів. Отже, гемолітичну активність збудників ГКІ та їх антибіотико-чутливість, на нашу думку, доцільно використовувати як епідеміологічні маркери циркулюючих штамів.

## **ПАТОГЕНЕЗ ВЗРЫВНОЙ ШАХТНОЙ ТРАВМЫ**

*Крюк А.Ю.*

*Научный руководитель – д-р мед.наук, проф. Кривобок Г.К.  
Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького,  
кафедра патологической физиологии*

Наиболее сложной в плане организации экстренной медицинской помощи, особенностей ее проведения и социальных последствий является взрывная шахтная травма (ВШТ). Специально разработанным устройством установлено, что вследствие действия сложных производственных условий (тяжелая физическая работа, высокая влажность, температура, запыленность воздуха, низкое содержание кислорода, высокое атмосферное давление, шум, вибрация, нервно-эмоциональный стресс и др.), создающих неблагоприятный преморбидный фон (ПФ), глубокие нарушения гемодинамики на системном, органном и микроциркуляторном уровнях происходят еще в преморбидном периоде. Наблюдается срыв терморегуляторной чревной вазоконстрикции (ЧВ), повышение чревного кровотока (ЧК), ухудшение церебральной гемодинамики (ЦГ), системной гемодинамики (СГ) и устойчивости гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Снижается ударный объем крови, артериальное давление и общее периферическое сопротивление сосудов. По мере преодоления преморбидной нагрузки (ПН) происходит снижение ЦГ. ПН снижает устойчивость ГЭБ. Аддитивное действие ПФ и взрывных факторов уже в первые минуты развития ВШТ обуславливает более тяжелые нарушения СГ, ЦГ, водного баланса головного мозга и чревной микроциркуляции. При обоих видах травмы повышается цереброваскулярное сопротивление (ЦС), снижается систолический объем мозгового кровотока (СОМК). При отягощенной ВШТ ЦС выше, а СОМК ниже, чем при неотягощенной. Установлено, что срочная активация стресс-лимитирующей ГАМК-эргической системы эффективно корригирует ранние расстройства при ВШТ.

## **ИЗМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ИШЕМИИ**

*Усачева Т.Н., Курило В.В., Мокеев М.С.*

*Научный руководитель – проф. Борзенко Б.Г.  
Донецкий государственный медицинский университет*

*им. М. Горького, кафедра біохімії*

Следствием ограничения или полного прекращения кровообращения в участке ишемии является развитие гипоксии. Одновременно возрастает интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ), что ведет к нарушению структуры и функции мембран клеток. В тканях начинают преобладать катаболические процессы. Известно, что при ишемии миокарда усиливается распад липидов, а при мозговой ишемии усиливается распад пуриновых нуклеотидов. Целью нашей работы было изучение активности фермента обмена пуринов – аденозиндезаминазы (АДА), и содержания малонового диальдегида (МДА) – продукта ПОЛ при ишемии головного мозга. Исследована активность АДА и содержание МДА в венозной и артериальной крови мужчин 50-60 лет, больных ишемической болезнью головного мозга, до и после операции по удалению атеросклеротических бляшек в сонных артериях. Таким образом, нами установлено повышение активности фермента обмена пуриновых нуклеотидов и содержания продуктов ПОЛ после операции по удалению атеросклеротических бляшек в сонных артериях. Эти изменения метаболизма, возможно, свидетельствуют в пользу того, что после реперфузии в тканях мозга наблюдается усиление воспалительных процессов и процессов ПОЛ, что может быть причиной ухудшения состояния больных и предпосылкой для тщательного наблюдения за больными в послеоперационный период.

**ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КАНАЛЬЦІЄВОЇ РЕАБСОРБЦІЇ**

*Бараннік К.С., студент 2-го курсу*

*Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. Макий Є.А.*

*Дніпропетровська медична академія,  
кафедра нормальної фізіології*

Багатосторонність функції нирки визначається різноманітним поєднанням декількох основних процесів, які забезпечують функціональну спроможність нирки. До них належать початковий етап сечоутворення - гломерулярна ультрафільтрація, повне, або часткове всмоктування профільтрованих речовин - реабсорбція, вихід деяких речовин із крові у порожнину каналця - секреція, а також утворення нових речовин, які секретуються у порожнину каналця або у кров - синтез. Якщо функціонування ниркового клубочка представлено простим механізмом ультрафільтрації, то процес вибіркової реабсорбції у нирковому каналці є досить складним механізмом.

Метою роботи було провести аналітичне обґрунтування механізму каналцієвої реабсорбції в процесі нормального сечоутворення.

Звичайна ультрафільтрація, яка відбувається у клубочках нефронів, складає 120-140 мл/хв, не потребує енерговитрат організму, залежить від ефективного ниркового кровотоку ( $1163,8 \pm 59,9$  мл/хв) і плазмотоку ( $620,1 \pm 28,2$  мл/хв), регулюється ними і легко може бути керована змінами діаметру приносячої та виносної судин, то процес реабсорбції, який в нормі

складає 98-99% від величини клубочкової фільтрації, окрім свого вибіркового призначення, потребує певних енерговитрат на перенос важливих для організму речовин через клітини каналіцевого епітелія. Особливого значення в цих умовах набуває реабсорбція води і деяких електролітів, бо саме вони забезпечують різницю осмотичного тиску на межі реабсорбційних шляхів. Аби потрапити знову у кровоносне русло, реабсорбовані речовини повинні подолати клітини каналіцевого епітелія, базальну мембрану, міжклітинний простір інтерстицію навколо кровоносних виносних капілярів. Навіть за умов пасивної дифузії нирка не зможе забезпечити реабсорбцію з аналогічною до гломерулярної ультрафільтрації швидкістю. Тому, основна кількість води і основних електролітів має поступати через міжклітинні щіли проксимальних каналців в інтерстицій, де створюється таким чином зменшений осмотичний тиск, а у просвіті каналця, навпаки значно зростає концентрація профільтрованих речовин. Останнє стимулює активні механізми клітинної реабсорбції на “перекачування” через клітини епітелія необхідних для організму речовин, аби тим самим відновити осмотичну і онкотичну рівновагу по обидві сторони стінки каналця. Щодо стосується вибіркової реабсорбції, то клітини каналіцевого епітелія активно захоплюють всі необхідні для нормального функціонування речовини, проте значна різниця осмотичного і онкотичного тиску по обидві сторони одношарового епітелія каналців примушує їх позбавлятися від значної кількості реабсорбованих речовин на базальному боці.

**Висновки:** Активне функціонування міжклітинних щілин каналців нефронів відіграє особливу роль у механізмі адекватної реабсорбції, що слід враховувати при розробці нових способів активного впливу на сечоутворюючу функцію нирок.

## **ХРОНОРИТМИ ІОНОРЕГУЛЮВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК ЗА УМОВ ІММОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ**

*Шумко Н.М.*

*Науковий керівник – член-кор. АПН України,*

*д-р мед.наук, проф. Пішак В.П.*

*Буковинська державна медична академія,*

*Кафедра медичної біології, генетики та гістології*

*м. Чернівці, Україна*

**Вступ.** На даний час проблема стресу, адаптації і функціональних порушень увійшла до числа актуальних проблем сучасної біології й медицини. Циркадіанні ритми є основними детермінантами нашої фізіологічної, психічної, інтелектуальної поведінки. Одним з ендогенних регуляторів біологічних ритмів є шишкоподібне тіло. Основним діючим агентом, який впливає на синхронізацію біологічних ритмів є гормон шишкоподібного тіла – мелатонін. Мелатонін здійснює антистресову дію, синхронізацію коливаль-

них процесів в організмі, впливає на імунні реакції, перекисне окислення ліпідів, має антиоксидантну, протівірусну дію. Багаточисленними працями Г.Сельє показано, що основна роль стресу заключається в підсиленні адаптативних можливостей організму, що сприяє збереженню його здоров'я. Іонорегулювальна функція нирок у інтактних тварин підпорядкована чіткій циркадіанній організації. Однак, закономірності хроноритмологічної організації функцій нирок за умов впливу стресу залишаються недостатньо вивчені.

**Мета роботи.** Вивчити особливості хроноритмологічних перебудов іонорегулювальної функції нирок у тварин за умов іммобілізаційного стресу.

**Матеріал і методи дослідження.** Експерименти проводили на 36 статевозрілих білих щурах самцях, масою 150-180 г. Тварин поділяли на контрольну (n=18) та дослідну (n=18) групи, яких утримували за умов звичайного світлового режиму (12.00С:12.00Т). Тварини дослідної групи піддавались процедурі 1-годинного іммобілізаційного стресу з 6-годинним інтервалом впродовж 7-ми діб. Сечу збирали впродовж доби. На 8-му добу проводили декапітацію тварин. Аналіз отриманих результатів показав, що у щурів за умов іммобілізаційного стресу підвищувався середньодобовий рівень концентрації іонів натрію в сечі. Високий натрійурез реєстрували у всі досліджувані проміжки доби. Максимальний рівень концентрації катіона в сечі спостерігали о 20.00 год, що співпадало з контролем. При цьому батифаза зміщувалася з 14.00 год на 08.00 год, амплітуда ритму вірогідно знижувалася. Архітектоніка ритму була подібною до контрольних хронограм, окрім 14.00 год. Ритм набував інверсного характеру щодо контрольних хронограм зі зниженням амплітуди на 63% порівняно з величинами інтактних щурів. Підвищення натрійурезу за умов іммобілізаційного стресу призводило до порушення натрій/калієвого коефіцієнта. Середньодобовий рівень показника вдвічі перевищував такий в інтактних щурів, амплітуда ритму не змінювалася. Зміни з боку іонорегулювальної функції нирок характеризувались також високим кліренсом іонів натрію впродовж всього періоду спостереження. Мезор перевищував на 50% показники інтактних тварин, амплітуда ритму істотно не відрізнялася від контролю. Середньодобовий рівень ритму проксимального транспорту іонів натрію у всі досліджувані проміжки доби був вірогідно нижчим, ніж у контрольної групи тварин, що, ймовірно, призводило до елімінації надлишку даного катіона з плазми крові. Архітектоніка ритму набувала антифазного характеру щодо хронограм інтактних щурів. Амплітуда в 2,5 раза перевищувала відповідний показник контрольних тварин. Акрофаза ритму зміщувалася з 14.00 на 08.00 год, а батифаза – з 20.00 на 14.00 год. Дистальний транспорт при цьому зазнавав компенсаторної активації. Його мезор був на 28% вищим, ніж у контролі. Амплітуди ритму транспорту іонів натрію вірогідно збільшувалися. При цьому порушувалася фазова структура ритму.

**Висновки.** Імобілізаційний стрес порушує хроноритмологічну організацію іонорегулювальної функції нирок, змінює фазову структуру та амплітуду ритмів більшості показників ниркових функцій.

## **ВПЛИВ $\omega$ -3 І $\omega$ -6 ЖИРНИХ КИСЛОТ НА КОАГУЛЯЦІЇ КРОВІ У ЩУРІВ ЗА УМОВ ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЇ**

*Покотило О. С., ст. викладач*

*Тернопільська державна медична академія*

*ім. І.Я.Горбачевського, кафедра медичної біології*

Досліджено зміни швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) у крові щурів за умови згодовування їм раціонів із додаванням рибацького жиру, як джерела ейкозопентаєнової і докозопентаєнової кислот ( $\omega$ -3), соняшникової олії, як джерела лінолевої кислоти ( $\omega$ -6), при холестериновому навантаженні і без нього. Встановлено, що у тварин з експериментальною гіперхолестеринемією зростає ШОЕ ( $P < 0,05$ ), що є суттєвим фактором у розвитку таких патологій, як атеросклероз, ішемічна хвороба серця, тромбоемболія, гіпертонія і інших.

Виходячи із результатів досліджень зафіксовано достовірне зменшення ШОЕ у крові тварин, яким згодовували рибацький жир самостійно і в комбінації із соняшниковою олією. Збільшення кількості  $\omega$ -3 жирних кислот приводить до появи нових простогландинів, тромбоксанів і лейкотриєнів, внаслідок чого і зменшується ризик тромбоутворення через зменшення швидкості осідання крові. Додавка лише соняшникової олії до основного раціону щурів не збільшує ШОЕ у крові тварин. Встановлено, що поліненасичені жирні кислоти родини  $\omega$ -3, згодовані тваринам у вигляді добавки до раціону рибацького жиру і поліненасичені жирні кислоти  $\omega$ -6, дані тваринам у вигляді добавки до раціону соняшникової олії, мають протилежну за напрямком дію на процеси коагуляції крові. З  $\omega$ -3 ейкозопентаєнової і  $\omega$ -6 лінолевої кислот тромбоцити і ендотеліальні клітини синтезують структурно і функціонально різні ейкозаноїди, які по різному впливають на ШОЕ.

## **Морфологія**

### **ДЖЕРЕЛА КРОВОПОСТАЧАННЯ ТА ІННЕРВАЦІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ НОСА ТА КОМІРОК РЕШТЧАСТОЇ КІСТКИ**

*Базін М., студ. 2-го курсу*

*Науковий керівник - доц. Устянський О.О.*

### *СумДУ, кафедра нормальної анатомії*

Методом препарування на анатомічних препаратах були вивчені артерії та нерви слизової оболонки порожнини носа та комірок решітчастої кістки. Вивчена нами область являється важкодоступною, тому препарування супроводжувалось цілим рядом методологічних та технічних труднощів (взяття матеріалу, проведення сагітальних та горизонтальних розтинів черепа). Кровопостання слизової оболонки порожнини носа в ділянці нижнього та середнього носових ходів відбувається за рахунок гілок III відділу верньошелепної артерії. Крилопіднебіна артерія проникала в порожнину носа через одноімений отвір на рівні заднього крила середньої носової раковини і розгалужувалася на ряд гілок. Бічні задні носові артерії кровопостачали слизову оболонку носових раковин та бічну стінку носа, проникаючи у верхньощелепну та лобну пазухи. Слизову оболонку перегородки носа кровопостачали задні перегородкові гілки, що анастомозували своїми кінцевими розгалуженнями з гілками очної та піднебінної артерій.

Ділянка верхнього носового ходу та комірок решітчастої кістки кровопостачалась за рахунок гілок очної артерії: передньої та задньої решітчастих артерій, що проникали в порожнину черепа через одноімений отвори.

Іннервація слизової оболонки порожнини носа в ділянці нижнього та середнього носових ходів відбувається за рахунок гілок верхньощелепного нерву (II гілка трійчастого нерва), що відходили від крило піднебінного вузла і проникали в порожнину носа через основно-піднебінний отвір. Слизова оболонка дихальної ділянки верхнього носового ходу отримує чутливі гілки від носовийкового нерву від I гілки V пари.

Проведена морфометрія основних артерій та нервів, кути відродження від материнського стовбура, кількість та довжина гілок. Виготовлено музейні поліхромні препарати.

## **МОРФОЛОГІЧНИЙ СТАН КОРИ НАДНИРНИКІВ ПІД ВПЛИВОМ СУМІСНОЇ ДІЇ ОПРОМІНЕННЯ І СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ**

*Болотна М.А., учениця гімназії №1*

*Науковий керівник - доц. Кінтенко Л.І.*

*СумДУ, кафедра нормальної анатомії*

Метою нашого дослідження було в експерименті з'ясувати морфологічний стан кори наднирників щурів під впливом сумісної дії опромінення і солей важких металів. Досліди проведені на білих лабораторних щурах - сам-

цях 3-х місячного віку вагою 180-200 г. Тварин опромінювали у дозі 0,3 Гр і утримували на підвищеному споживанні солей важких металів протягом 1-го, 2-х та 3-х місяців.

Дані гістологічних досліджень показують, що при спільній дії на організм білих щурів іонізуючого випромінювання в дозі 0,3Гр і солей важких металів протягом 1-2 місяців в кірковій речовині наднирників виникає ряд змін дегенеративно-дистрофічного характеру. Клітини клубочкової зони практично не мають цитоплазми. Відбувається руйнування клітинних мембран, у зв'язку з чим контури клітин зникали. Клітини пучкової та сітчастої зон дрібні з пікнотичними ядрами. Спостерігається утворення конгломератів по типу сипластів. Явища дегенерації супроводжуються каріолізисом в секреторних клітинах.

При збільшенні терміна споживання солей важких металів до 3-х місяців дистрофічні порушення переростають у деструктивні. Відмічається різке зменшення розмірів клітин усіх зон кіркової речовини наднирників. Розширюються міжклітинні простори. Границі клітин руйнуються, ядра дрібні, пікнотичні. У клітинах сітчастої зони спостерігається каріолізис і такі клітини схожі на вакуолі.

На субмікроскопічному рівні в корі наднирників тварин, опромінених у дозі 0,3 Гр і які одержували підвищену кількість солей важких металів, спостерігали переростання дистрофічних порушень адренкортикоцитів в деструктивні. Відбувається розширення перинуклеарних проторів. Цитоплазма адренкортикоцитів просвітлювалася через значне зменшення кількості рибосом, полісом. Спостерігалася редукція пластинчатого цитоплазматичного гомплексу Гольджі. Відзначається зменшення кількості мітохондрій з типовою структурою й ознаками репаративної активності. По мірі зростання терміну експерименту зменшується кількість ендокриноцитів з ультраструктурними ознаками метаболічної активності. Навпаки, зростає число клітин, у цитоплазмі яких виявляються зони повної деструкції цитоплазматичних органел.

Таким чином, одночасна дія двох екологічно несприятливих чинників викликає значні деструктивно-дистрофічні зміни в кірковій речовині наднирників, що супроводжується пригніченням їх функціональної активності.

## **МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ АДЕНОГІПОФІЗА ЩУРІВ ЗА УМОВ СУМІСНОЇ ДІЇ ІОНІЗУЮЧОГО ОПРОМІНЕННЯ І СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ ТА ТЛІ ПРЕПАРАТУ ЕРСОЛ**

*Федосєєва Н.К., студ. 1-го курсу  
Науковий керівник - доц. Каваре В.І.  
СумДУ, кафедра нормальної анатомії*

В роботі проведена спроба корекції морфофункціональних змін в аде-ногіпофізі, які викликані комплексною дією опромінювання в дозі 0,2 Гр та со-

лей важких металів протягом 1-го, 2-х та 3-х місяців за допомогою препарату ерсол, який вводили в дозі 300мг/кг маси тіла одноразово.

В першій групі відмічається трабекулярна будова, часткова структура залозистої паренхіми. Базофільні клітини локалізовані в зовнішньому шарі трабекул, ядра їх світлі, зберігають свою форму і локалізацію. Морфометрія препаратів не дала жодної статистично достовірної відмінності в порівнянні з контролем. Відмічається лише тенденція до зниження розмірів ацидофільних та хромофорних аденоцитів та їх ядер в середньому на 2,1-6,7%.

В другій групі з'являються набряклої форми мітохондрії з електронно-прозорим матриксом. Відмічається вакуолізація гранулярного ендоплазматичного ретикулула, цитоплазма мембран потовщена

В третій групі велика кількість клітин знаходиться в стані функціональної активності, яка проявляється дегрануляцією цитоплазми ацидофілів і гіпертрофованих базофілів. Відмічається тенденція до збільшення процентного складу базофілів і хромофобів з одночасним зменшенням ацидофілів.

Таким чином, препарат ерсол нивелює пошкоджуючу дію на аденогіпофіз опромінення в низьких дозах та здійснює помірну корегуючу дію на обмінні процеси в залозах внутрішньої секреції, компенсуючи вплив підвищеного вмісту в питній воді солей важких металів.

## **КОРЕКЦІЯ ВПЛИВУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЧИННИКІВ СУМСЬКОГО РЕГІОНУ НА КІСТКИ СКЕЛЕТУ ПРЕПАРАТОМ "ЕРБІСОЛ"**

*Погорелов М.В., аспірант*

*Науковий керівник - проф. Сікора В.З.*

*СумДУ, кафедра нормальної анатомії*

Екологічний стан північних регіонів Сумщини характеризується підвищеним рівнем іонізуючої радіації та збільшеним вмістом солей важких металів. Ці чинники несприятливо діють на організм людини, в тому числі й на кісткову систему, що проявляється порушенням формоутворення та росту кісток скелету.

В нашій роботі вивчався вплив низьких доз іонізуючого випромінювання та солей важких металів, що містяться в воді Шосткінського району, на будову епіфізарного хряща та діафіза стегнової кістки на фоні прийому препарату "Ербісол". Експериментальних тварин опромінювали протягом місяця в дозі 0,2 Гр та затравлювали солями Zn, Sr та Pb. Одночасно всім щурам щоденно мнутрішньом'язево вводили 0,2 мл препарату "Ербісол". Вивчення морфометричних показників проводили через 1 день, 1, 2 та 3 тиждів після експерименту.

При аналізі отриманих даних виявлене зменшення пошкоджуючої дії радіації та солей важких металів на показники росту та формоутворення кістки. Різниця з контролем більшості показників достовірна лише через 1 день та



1 тиждень після експеримента та повертається до рівня інтактних тварин вже через 2 тижня.

Таким чином препарат "Ербісол" може слугувати коректором змін в кістковій системі, що викликані комбінованою дією солей важких металів та малих доз іонізуючого випромінювання.

## **ІНДИВІДУАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ СИМПАТИЧНОГО СТОВБУРУ**

*Пучков Б., студ., 3-го курсу*

*Науковий керівник - доц. Устянський О.О.*

*СумДУ, кафедра нормальної анатомії*

Симпатичний відділ вегетативної нервової системи займає важливе місце в регуляції функцій організму. Особливе значення у цьому відношенні належить шийним вузлам, від яких відходять сполучні та вісцеральні гілки. Вісцеральні гілки прямують до судин голови та шиї і в товщі їх адвентиціальної оболонки формують сплетіння у вигляді сіток, що розповсюджуються у складі судин до органів. Окрему групу вісцеральних гілок складають ті, що безпосередньо прямують до органів. До таких гілок належать, перш за все, шийні серцеві нерви. Подразнення гілок, що відходять від шийних вузлів, викликає спазм хребтової артерії, змінює роботу серцевого м'язу. Тому знання індивідуальних особливостей симпатичного стовбуру має не тільки суто теоретичне, але і велике практичне значення.

Нами при препаруванні шийного відділу симпатичного стовбуру виявлено незвичайний варіант кількості та топографії шийних вузлів справа та зліва. При даному варіанті правий симпатичний стовбур у шийному відділі був представлений 5-ма вузлами та міжвузловими гілками, що їх з'єднують. Верхній шийний вузол знаходився на рівні II шийного хребця. Середній - на рівні V шийного хребця. Дещо при середньо, вище від цього вузла, в товщі переднього драбинчастого м'язу, ми виявили додатковий вузол. Хребтовий вузол розташований між VI та VII шийними хребцями. Цей вузол з допомогою сполучної гілки, що мала значну товщину, з'єднувався з шийно-грудним (зірчастим) вузлом. Останній розташовувався на рівні нижнього краю VII шийного хребця.

Лівий симпатичний стовбур був представлений тільки 2-ма вузлами та сполучними волокнами між ними. Ліві вузли за своїми розмірами значно перевищували праві, а також відрізнялись від описаних в літературі по ряду параметрів. Проведена морфометрія вузлів та сполучних гілок справа та зліва.

Виявлені морфологічні особливості шийних вузлів необхідно враховувати при оперативних втручаннях на шиї та при проведенні вагосимпатичних блокад.

## **РЕАДАПТАЦІЙНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ В ДОВГИХ КІСТКАХ ПІСЛЯ**

## **ТРЕНУВАННЯ ДІНАМІЧНИМИ ФІЗИЧНИМИ НАВАНТАЖЕННЯМИ В УМОВАХ ОПРОМІНЕННЯ ТА СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ**

*Шепєлев А.Є.*

*Науковий керівник - проф. Сікора В.З.*

*СумДУ, кафедра нормальної анатомії*

Метою нашої роботи було визначення темпів поздовжнього і поперечного росту довгих кісток молодих тварин під дією малих доз іонізуючого випромінювання та солей важких металів на тлі фізичних навантажень. Динаміку поновлюваних процесів вивчали через 1 день, 7, 14 добу після експеримента. Остеометрія проводилась за W. Duerst. Моделювання динамічних фізичних навантажень проводили в третбані за методикою В.В. Алексєєва та В.І. Без'язичного (1969) в нашій модифікації.

Експериментальні тварини були поділені на 2 групи. Першу групу тренуваних тварин (15 щурів) опромінювали на установці "Rocus" в сумарній дозі 0.2 Гр протягом місяця. Одночасно щурі отримували з питною водою солі цинку(0.5 мг/л), хрому(0.1 мг/л) і свинцю(0,1 мг/л). Друга група тварин (15 щурів) відрізнялася від першої дозою опромінювання 0,3 Гр. Контрольна група тварин - (10 щурів), протягом місяця виконувала динамічні фізичні навантаження в третбанні.

Аналіз остеометрії кісток експериментальних тварин свідчить про зменшення основних показників в першій серії на 5-9%, у другій - на 8-13% в порівнянні з контролем, що значно менше ніж у нетренованих щурів.

Таким чином тренувані тварини значно легше переносять дію несприятливих чинників зовнішнього довкілля. Помірні фізичні навантаження є коригуючим фактором впливу опромінювання та солей важких металів на ріст та формування довгих кісток скелету.

## **РЕАКЦІЯ МІКРОСТРУКТУР СЕЛЕЗІНКИ НА КОМБІНОВАНУ ДІЮ РАДІАЦІЇ І СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ**

*Даниленко О., студ 2-го курсу*

*Науковий керівник - доц. Васько Л.В.*

*СумДУ, кафедра нормальної анатомії*

Експеримент поставлений на 40 білих безпорідних щурах. В першій серії на тварини не діяли ніякими чинниками - контроль, в другій серії - тварин опромінювали на установці "Rocus" в дозі 0,1 Гр. В третій серії тварини

одержували навантаження солями важких металів протягом 3-х місяців. В четвертій серії тварин після 3-х місячного навантаження солями важких металів тотально опромінювали в дозі 0,1 Гр. Тварин виводили з експерименту через 1 добу після опромінення. Матеріал після фіксації в формаліні заливали в парафін, зрізи забарвлювали гематоксилін-еозіном.

На гістологічних препаратах тварин другої серії виявлена зменшена кількість лімфоїдних фолікулів. В фолікулах, які залишились, спостерігається спустошення реактивних центрів. В червоній пульпі зменшена кількість еритроцитів.

У тварин третьої серії також спостерігається зменшення кількості і розмірів лімфоїдних фолікулів, але в реактивних центрах можна знайти клітини, які мітотично діляться.

На гістологічних препаратах селезінки тварин, які знаходились під впливом комбінованої дії пошкоджуючих чинників, заміна лімфоїдних фолікулів ретикулярною тканиною більш виражена.

Отримані результати якісного аналізу гістологічних препаратів дозволяють зробити висновок про деструктивну дію радіації і солей важких металів на паренхіматозні елементи селезінки, клітини яких є ланками як клітинного так і гуморального імунітету. Слід відмітити також більш виражений вплив радіації в порівнянні з солями важких металів.

## **МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В КІСТКАХ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ВОДНО-СОЛЬОВОГО ОБМІНУ**

*Мочарська Т., студ. 1-го курсу*

*Науковий керівник - доц. Каваре В.І.*

*СумДУ, кафедра нормальної анатомії*

Кісткова тканина відрізняється від інших мінералізацією основної речовини. Це зумовлює особливість реакції кісток скелету на дію як екзогенних, так і ендогенних несприятливих чинників. Одним з таких зовнішніх екстремальних чинників є зневоднення організму, яке викликає значні зміни у всіх органах та системах.

Дослідження проведено на 24 білих щурах-самцях (6 із них інтактні). Моделювали загальну, клітинну і позаклітинну дегідратацію організму. Водний дефіцит скелета сприяє сповільненню мінералізації органічного матриксу, зниженню кількості мінеральних речовин.

При клітинному зневодненні наростають зміни хімічного складу кісток скелету. Знижена вологість кісток. Змінюється вміст гідрофільних елементів - калію і натрію. Мікроелементів більше ніж у контрольних тварин.

Позаклітинна дегідратація супроводжується зниженням мінерального обміну кісткової тканини. Одночасно з макроелементами, з кісток посилено евакуюють мікроелементи.

Таким чином, характер і ступінь морфофункціональних перетворень залежить головним чином, від тривалості дії дегідратаційного фактора. Найбільш суттєві зміни спостерігаються в скелеті тварин, які знаходилися в умовах позаклітинної дегідратації, менш - в умовах клітинної і найменш виражені - в умовах загального зневоднення.

## **ГІСТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕФРОТИЧНОЇ ДІЇ НИЗЬКИХ ДОЗ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЕННЯ**

*Сікора В.В., лікар-уролог*

*Науковий керівник - проф. Федонюк Я.І.*

*Тернопільська медична академія, кафедра нормальної анатомії*

Морфологічні аспекти адаптації на сьогоднішній день залишаються актуальною проблемою. Слід враховувати, що в умовах сьогодення, коли напруженість дії антропогенного фактору непинно зростає, проблема підвищення адаптивного потенціалу живого організму для забезпечення нормальної життєдіяльності і збереження гомеостазу є особливо актуальною.

Експеримент проведений на 36 білих щурах-самцях масою 110 - 130 г, з яких 10 - інтактні. Тварини опромінювалися на протязі місяця у сумарній дозі 0,2 Гр.

Матеріал забирали із середньої частини кіркової речовини нирки. Зрізи, товщиною 5-7 мкм, забарвлені гематоксилин-еозином, досліджували в світлооптичному мікроскопі.

Частина ниркових тілець збільшується в розмірах, а частина зменшується, піддається атрофії. В деяких ниркових тільцях судинні клубочки зморщуються, просвіти капсули Шумлянського-Боумена збільшуються. Епітеліоцити проксимального відділу нефрона втрачають базofilію цитоплазми, вона не така мутна, як у контролі. Гірше виявляється облямівка на апікальній поверхні епітеліоцитів та базальна посмугованість. Збільшуються просвіти каналців, які чітко визначаються на гістологічних препаратах.

Цитоплазма клітин дистального відділу нефрона, особливо апікального полюсу клітин дуже світла, а ядра виглядають ущільненими, зменшеними, фарбуються базofilіно. Базальна посмугованість епітеліоцитів нечітко виражена. Значно зростають просвіти дистальних звивистих каналців нефрона.

Таким чином, результати гістологічних досліджень показали, що під впливом загального опромінення в низьких дозах помірно виражені зміни виявляються у всіх досліджуваних структурних компонентах нефрона.

## **ОСОБЛИВОСТІ РЕПАРАТИВНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ КІСТОК В УМОВАХ ІОНІЗУЮЧОГО ОПРОМІНЕННЯ ТА СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ТИМАЛІНУ**

*Сорока Т.Д., 4-го курсу, Шишук Д.В., 2-го курсу*

*Науковий керівник – асистент Ткач Г.Ф.*

### ***СумДУ, кафедра нормальної анатомії***

В досліді на 72 білих щурах вивчали морфофункціональний стан посттравматичного регенерату великогомілкової кістки при хронічному опроміненні та інтоксикації солями важких металів в умовах застосування іммунокоректора – тималіну.

I – група експериментальні тварини - після моделювання перелому кістки піддавалися опроміненню (0,3Гр) і отримували підвищені дози солей цинку, міді, свинцю і хрому.

II – група (24 тварини), - теж зазнавали впливу вищезгаданих шкідливих чинників та після остеотомії внутрішньом'язево отримували I мг тималіну.

III – серія 24 щура слугували контролем.

Через 14 днів на другій стадії перелому ми відзначали проліферувальні дрібні хрящові клітини, ще рідше зустрічається і сполучнотканинний компонент, який займав периферичні ділянки регенерату. У II групі тварин площа некротичних мас і гематоми була збільшена в порівнянні з контрольною групою тварин на 2,7%, хрящової тканини на - 3,37%, тоді як без наявності протектора ці цифри дорівнювали 42,1% і 28,4% відповідно. Кількість утворюваної дрібнопетлястої і великопетлястої кісткової тканини була знижена на - 4,86% і 7,05%, а без тималіну на 18,5% і 15,51%.

Таким чином, загальне іонізуюче опромінювання тварин в дозі 0,3 Гр в комбінації з солями важких металів викликає слабокомпенсуючі зміни формування кісткової мозолі, значну затримку репаративного остеогенеза. Тималін здійснює помірну корегуючи остеобластичну дію на посттравматичний регенерат кістки і може використовуватися в якості препарату для нормалізації репаративного остеогенезу.

## **ВПЛИВ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ НА ПЕЧІНКУ ЩУРІВ**

***Захлебасва В.В.***

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

***Кафедра анатомії людини СумДУ***

***Сумська обласна клінічна інфекційна лікарня***

***ім. З.Й. Красовицького***

Вивчався вплив підвищеного вмісту солей важких металів на печінку щурів. Дослід проведений на 30 білих щурах-самцях у 3-х місячному віці з масою тіла 150-180г, які отримували протягом 3-х місяців солі міді, цинку,

свинцю та марганцю разом з питною водою.

Морфологічна реакція печінки на хімічні чинники була неспецифічною. Відмічалась характерна судинна реакція строми і паренхіми печінки у вигляді збільшення проникності судин, повнокрів'я синусоїдів на периферії печінкових часточок. Крововливи у паренхіму печінки викликали порушення радіального розташування печінкових пластинок. Портальні судини були розширені, довкола деяких з них відмічалось розростання сполучної тканини, а також перипортальна інфільтрація лейкоцитами і макрофагами великих розмірів. Синусоїди парацентральных вен були розширені.

У паренхімі печінки спостерігались дрібні і середньої величини інфільтрати, що містили лімфоцити, макрофаги і плазматичні клітини. Змінювалось співвідношення одно- і двоядерних гепатоцитів. Відмічено порушення ядерно-цитоплазматичного співвідношення у деяких гепатоцитах, пікноз ядер, наявність жирових вакуолей, а також зернистість цитоплазми. Деякі гепатоцити виглядали мутними, набухлими.

Таким чином, морфологічні зміни печінки на хімічні чинники проявлялися реакціями запалення, дистрофії і деструкції гепатоцитів.

## **ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ**

*Дранко М.М., Матлай О.І., студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Карпенко Л.І.*

*СумДУ, кафедра патологічної анатомії*

Частою патологією у чоловіків після 40 років є доброякісна гіперплазія (аденома) передміхурової залози. За даними літератури клінічні прояви захворювання зустрічаються без гістологічних змін у передміхуровій залозі. У віці 40-49 років виражені симптоми спостерігаються у 14%, а віці 70-79 років – у 40% (Логунов К.В., 2001р.).

За даними морфологічного дослідження операційного матеріалу, який надходить в Сумське обласне патологоанатомічне бюро із лікувальних закладів міста, значний відсоток становлять гіперпластичні процеси передміхурової залози.

Нами був проведений статистичний аналіз 141 гістологічного дослідження гіперпластичних процесів передміхурової залози. Найбільший відсоток становили хворі віком від 61 до 80 років-87,94%. Серед морфологічних змін переважала залозиста та аденоматозна гіперплазія передміхурової залози, яка становила -43,26%, залозиста гіперплазія з запальними змінами - 32,62%, залозиста гіперплазія з ознаками атрофії -4,26%, залозиста гіперплазія з осередками проліферації, малігнізації та дисплазії -13,48%, стромальна гіперплазія-1,42%, рак передміхурової залози-4,96%.

Залозиста та аденоматозна гіперплазія передміхурової залози частіше зустрічалася у хворих віком 61-70 років-40,98%, 71-80 років-

49,18%. Залозиста гіперплазія з запальними змінами становила 50% у хворих віком 61-70 років. Рак передміхурової залози виявлявся у групах 51-60 років, 61-70 років, 71-80 років з однаковою частотою.

Таким чином, на фоні гіперпластичних процесів передміхурової залози виявлення раку у хворих 50 років підкреслює необхідність удосконалення обстеження цієї вікової групи, проведення скринінгу для своєчасної діагностики і лікування.

## **МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПУХЛИННИХ ПРОЦЕСІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В УМОВАХ СУМСЬКОГО РЕГІОНУ**

*Самусь О.К., Гавриленко О.В., студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Карпенко Л.І.*

*СумДУ, кафедра патологічної анатомії*

В наш час ріст пухлинних процесів є важливою медико-біологічною проблемою для населення України. Актуальність її значно зросла в зв'язку з наслідками аварії на ЧАЕС. (Присяжнюк А.Є., Позмогов А.І., 1991).

Нами було проведено вивчення морфологічних особливостей пухлин головного мозку у 540 хворих, які знаходились на лікуванні у нейрохірургічному відділенні Сумської обласної клінічної лікарні. Серед них чоловіки становили більший відсоток (51,85%), ніж жінки (48,15%). Таке співвідношення підтверджують дані літератури (Шалімов С.А. 2001). По Сумській області за даними національного канцер-реєстру відмічається більше ураження злоякісними новоутвореннями чоловічого населення з розрахунку (400,4), ніж жіночого (314,1) на 100 тис. населення.

Вивчення вікового аспекту хворих з пухлинами головного мозку дозволило відмітити більшу частоту (40,74%) пухлинних процесів у віковій групі від 41 до 50 років. Пухлинні процеси в головному мозку локалізувались інтра- та екстрацеребрально, краніо-орбітально, III та IV шлуночках, гіпофізі, мозочку.

За гістологічною структурою серед доброякісних пухлин виявлені: астроцитома – 5,56%; менингіома – 12,96%; аденома гіпофіза – 1,85%; кісти – 12,96%.

Група злоякісних пухлин була представлена поодинокими випадками анапластичної астроцитоми і олигодендрогліоми, гліобластоми у хворих віком до 50 років. Пухлини головного мозку не займають ведуче місце у структурі захворюваності населення. Зростання кількості хворих, особливо працездатного віку, потребує подальшого розвитку удосконалення онкологічної допомоги.

## **РОЗВИТОК ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ НА ФОНІ ВУЗЛОВИХ УТВОРІВ**

*Москаленко Р.А., Солончук О., студенти 4-го курсу*

**Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. Романюк А.М.  
СумДУ, кафедра патологічної анатомії**

Частка злоякісних пухлин щитовидної залози у загальній структурі онкологічної захворюваності невинно зростає. Тому необхідно детальніше дослідити причини даної проблеми.

Метою даного дослідження є вивчення морфологічних особливостей фону, на якому з'являється рак щитовидної залози.

Дослідження проводилось за результатами оперативних втручань на базі СОКЛ, які були здійснені з приводу вузлових утворів щитовидної залози. В ході роботи проаналізовано 272 зразків біопсійного та операційного матеріалів. У 97 хворих (35,6%) було виявлено рак щитовидної залози. Переважна більшість хворих входила до вікової групи 40-70 років (41-50). У 40% хворих фоном для розвитку раку щитовидної залози послужив мікромакрофолікулярний зоб. Злоякісні пухлини виникали також на фоні дифузного токсичного зобу та аутоімунного тиреоїдину. Зареєстровані випадки поєднання макро-мікрофолікулярного зобу, фолікулярної аденоми та фолікулярного раку; макро-мікрофолікулярного зобу, кісти та папілярного раку.

При гістологічному дослідженні папілярний рак становив 47,4% всіх випадків раку щитовидної залози, фолікулярний рак – 41,2%, медулярний – 3%, низькодиференційований – 6,1%, фібросаркоми щитовидної залози – 2%.

Таким чином, ми виявили, що у значній кількості випадків раку щитовидної залози передував доброякісний гіперпластичний процес. Це повинно підвищувати онкологічну настороженість клініцистів при будь-якому вузловому утворі в щитовидній залозі.

## **ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА СМЕРТНІСТЬ ВІД РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**Конанихін В.І., Лукаш В.А.**

**Науковий керівник – д-р мед. наук проф. Романюк А.М.  
СумДУ, кафедра патологічної анатомії**

Рак молочної залози займає перше місце в світі по захворюваності та смертності серед жіночого населення.

Метою роботи було вивчення стану захворюваності та смертності від раку молочної залози серед жіночого населення Сумської області.

Матеріали та методи дослідження. Матеріалом для дослідження послужили більше 1,5 тис. морфологічних біопсійних досліджень, проведених після операцій на молочної залозі в онкологічному диспансері. Крім того вико-



ристана інформація канцер-реєстру при Сумському обласному онкологічному диспансері. Проведений статистичний аналіз одержаних даних.

**Результати роботи.** У населення Сумщини захворюваність на рак молочної залози є найвищою серед усіх злоякісних пухлин і складає на 100 тис. населення 29,6 для жінок цей показник у 2003 році становив 56,7, що дещо більше, ніж у 2002 році (51,2). Одночасно зросла і смертність від цієї недуги і досягла 29,3, що також перевищило показники 2002 року. Разом з тим реєстрація випадків злоякісного процесу у молочної залозі в нашій області складає в середньому 98,2%, що перевищує загальнодержавні показники. Одночасно відмічається досить високий процент (93,0) морфологічної верифікації клінічного діагнозу. Зростає питома вага хворих на рак молочної залози виявлених на профілактичних оглядах (38,9%), що вище державного показника. Необхідно відмітити низький відсоток занедбаних випадків – 3,1%, що майже в 6 раз менше середнього українського показника. В зв'язку із своєчасністю виявлення злоякісного новоутворення в молочної залозі первинні хворі в нашій області своєчасно охоплюються спеціалізованим лікуванням. Цей показник знаходиться на рівні державного – 75,9%.

**Висновок.** Захворюваність на рак молочної залози та смертність від цієї патології у населення Сумської області залишається на першому місці серед усіх злоякісних новоутворень при постійній пильності до цієї недуги онкологічної служби області.

## **МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ РЕГЕНЕРАТУ КІСТКИ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНОЇ ГІПОКСІЇ ПІД ВПЛИВОМ ОПРОМІНЕННЯ ТА СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ**

*Будко Г.Ю., аспірант*

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

*СумДУ, кафедра нормальної анатомії*

**Мета роботи.** Метою роботи було вивчення морфологічних змін у регенерації кісток в умовах загальної гіпоксії під впливом радіаційного опромінення та солей важких металів.

**Матеріал та методи.** Для реалізації поставленої мети в умовах експерименту на білих щурах моделювали загальногіпоксичні зміни організму, опромінення у дозі 0,2 Гр та навантаження організму солями важких металів у концентрації, яка визначається у питній воді Шосткинського району.

**Результати роботи.** Дослідження регенерату кісткової тканини проводились на 7 та 14 доби. На ранніх стадіях спостерігається уповільнення репаративного остеогенезу, наявність значної площі кров'яних згортків та некротичних тканин, затримка формування остеоїду у ділянці перелому. Кістковий дефект заповнюється фіброретикулярною тканиною, яка розташована переважно у центральній ділянці пошкодження, а по периферії регенерату кісткової тканини відмічається венозний застій.

На 14 добу загоєння перелому в новоутвореній кістковій тканині на periostealній поверхні проксимального фрагменту спостерігається ледве помітне потовщення кісткових трабекул. Об'єм кісткової мозолі невеликий. Значна частина судинних каналів поблизу від опилу розширена, що свідчить про прогресування процесів резорбції.

**Висновок.** Порушення структурної організації кісткового регенерату під впливом факторів внутрішнього та навколишнього середовища призводить до сповільнення формування кісткової мозолі в усі досліджувані строки реадптації.

## СУДИННО-ТКАНИННІ ЗМІНИ КІСТОК СКЕЛЕТА ПІД ВПЛИВОМ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЕКЗОГЕННИХ ТА ЕНДОГЕННИХ ЧИННИКІВ

*Гортинська О.М., аспірант*

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

*СумДУ, кафедра нормальної анатомії*

**Метою роботи** було вивчення особливості реакції кісток скелету в умовах впливу на організм несприятливих факторів.

**Матеріали та методи дослідження.** Для реалізації поставленої мети дослідження були виконані на білих щурах, вагою 80–100 г.

Моделювання стійких ішемічних порушень серцевої тканини проводилось шляхом 2 кратного внутрішньом'язового введення препарату діклофенаку натрію та адреналіну, що викликало загальногіпоксичні зміни всього організму.

Піддослідні тварини отримували загальне опромінення впродовж місяця на установці «Rocus» у дозі 0,2 Гр. Одночасно проводилось навантаження організму щурів розчином солей важких металів (Zn, Cr, Pb).

На сьому та чотирнадцяту добу досліду тварин декапітували під ефірним наркозом. Методом скелетування вилучали великогомілкові, тазові кістки та поперекові хребці. Проводили гістологічні та остеометричні дослідження отриманого матеріалу.

**Результати дослідження.** Виявлені зміни у ростових процесах кісток скелету наростали, починаючи з 7 доби і характеризувалися зменшенням поздовжніх, поперечних розмірів трубчастих та губчастих кісток на 3-5%. Гістологічні відхилення у структурі компактної та губчастої речовини досліджуваних

кісток проявлялися у вигляді остеопорозу, розріднення компактної та губчастої речовини.

Дослідження кровоносних судин кісткової тканини за методикою В.В.Купріянова дало можливість виявити порушення мікроциркуляції та перерозподіл крові в артеріальній і венозній ланках судинної системи: в артеріальному коліні переважно спостерігався спазм прекапілярів і артеріол, а в посткапілярах і венулах – парез і повнокров'я. Судини розширювалися на 14-16%.

**Висновок.** Таким чином, під впливом загальної гіпоксії та дії на організм радіації і солей важких металів у кістках скелету спостерігаються ознаки відхилення від норми у ростових процесах та судинно-тканинних взаємодіях.

## **СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ ПЕРВИННОЇ КИШКИ У ЗАРОДКОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ**

*Гайна Н.І.*

*Науковий керівник – доцент Макар Б.Г.*

*Буковинська державна медична академія*

*Кафедра анатомії людини (зав. каф. – доцент Макар Б.Г.)*

При проведенні дослідження 11-ти серій послідовних гістологічних зрізів раннього ембріогенезу людини, був застосований комплекс найбільш адекватних морфологічних методів.

При вивченні гістологічних зрізів зародків 4,0-4,5 мм тімяно-куприкової довжини (ТКД) виявлено що, краніальний відділ кишкової трубки добре візуалізується і зберігає, у деякій мірі, прямолінійний напрямок закладки. Виділити, на даному етапі розвитку, каудальний відділ кишки ще не можливо.

На препаратах 5,0-5,5 мм ТКД спостерігається початок розгинання зародка. На даному етапі розвитку в первинній кишці уже можна розрізнити ранні, мало диференційовані зачатки практично усіх її складових.

На гістологічних зрізах зародка 7,0 мм ТКД виявляється зачаток кишкової трубки, яка фіксована до задньої стінки за допомогою сполучнотканинної пластинки. Зачаток каудального відділу кишкової трубки розміщений у серединній площині, паралельно первинній нирці та вісі зачатка хребтового стовпа.

При вивченні зародків 8,5-9,0 мм ТКД, на рівні першого поперекового склеротому спостерігається розташування краніального відділу кишкової трубки. На цьому етапі помітний поділ клоаки на вентральну розміщений сечостатевою синусом та дорсальнішою – зачатком прямої кишки. Однак, між каудальними їх відділами ще зберігається спільна мезенхіма.

Таким чином, у зародків 5,0-5,5 мм ТКД первинна кишка має зачатки краніального та каудального відділів.

Наприкінці зародкового періоду каудальний відділ первинної кишки розміщений паралельно первинній нирці та вісі хребтового стовпа.

## **БУДОВА СТІНКИ СТРАВОХОДА У ПЛОДА ЛЮДИНИ 4 МІСЯЦІВ**

*Марчук О.Ф.*

*Науковий керівник – доцент Макар Б.Г.  
Буковинська державна медична академія*

*Кафедра анатомії людини*

При дослідженні 4 місячного плода людини 125,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД) виявлені особливості будови стінки стравоходу. Довжина грудної частини стравоходу становила 32,0 мм, а ширина (поперечний розмір) на рівні роздвоєння трахеї – 2,2 мм. Стравохідний розтвір діафрагми розміщувався на рівні верхнього краю XII грудного хребця.

У даного плода виявляються всі шари стінки стравоходу, при цьому добре розвинутий коловий м'язовий шар. Поздовжній шар значно тонше колового шару. Між м'язовими шарами виявляється закладка міжм'язового нервового (ауербахового) сплетення стравоходу. Блукаючі нерви і їх гілки у вигляді значних утворень прилягали до закладки поздовжнього шару м'язової оболонки стравоходу. У дослідженого плода виявлена закладка слизових залоз стравоходу у вигляді вп'ячування епітеліального шару в підлеглу мезенхіму. В підслизовому шарі поблизу м'язової оболонки розташовані кровоносні судини різного діаметру. Гілки блукаючих нервів утворюють навколо грудної частини стравоходу загальне стравохідне сплетення. В утворенні його задньої частини і задньої хорди беруть участь більша частина правого і незначна кількість гілок лівого блукаючого нерва. Передню частину стравохідного сплетення і передню хорду блукаючого нерва формують переважно гілки лівого і незначна кількість гілок правого блукаючого нерва. Слід зазначити, що формування стінки стравоходу проходить інтенсивно, внаслідок чого його просвіт набуває неправильної конфігурації з багаточисленними щілиноподібними вп'ячуваннями.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ СТРУКТУРНИХ ПОРУШЕНЬ В СЕРЦІ ДОРΟΣЛИХ І СТАРИХ ЩУРІВ ПРИ РОЗВИТКУ АДРЕНАЛІНОВОЇ МІОКАРДІОДИСТРОФІЇ**

*Сула О.Б., здобувач*

*Науковий керівник – проф. Мисула І.Р.  
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського,  
кафедра медицини катастроф і військової медицини*

Патогенез структурних порушень серця за умов адренергічного пошкодження у віковому аспекті вивчений недостатньо. Тому метою даної роботи стало з'ясування характеру морфологічних змін міокарда щурів різного віку в динаміці розвитку адреналінової міокардіодистрофії (АМД). Експерименти проведено на дорослих (8-10 міс.) і старих (20-24 міс.) нелінійних щурах-

самцях. АМД викликали одноразовим внутрішньоочеревинним введенням адреналіну гідрохлориду в дозі 0,5 мг/кг. Евтаназію тварин проводили через 1, 3, 7 та 14 діб після ін'єкції. Поперечні зрізи серця фарбували гематоксилін-еозином, за Ван Гізоном і за Гейденгайном. Матеріал піддавали також електронномікроскопічному дослідженню.

Розвиток АМД спричиняв появу в серці некротичних, дистрофічних, некробіотичних, інфільтративних процесів та гемодинамічних розладів. В термін до 14 доби не відбувається повного відновлення морфології та ультраструктури міокарда. Ураження серцевого м'яза знаходилося в залежності від віку тварин і було більш вираженим у старих шурів.

Отримані результати свідчать, що при АМД крім прямої дії адреналіну на кардіоміоцити в патогенезі пошкодження серця значна роль належить раннім розладам кровообігу. Підтвердженням цьому можуть служити розвиток склерозу як на місці ушкодження клітин міокарда, так і навколо судин. Склероз судинної стінки закріплює прояви ішемії і в більш віддалені терміни, на що вказує наявність контрактурних пошкоджень кардіоміоцитів і на другий тиждень експерименту.

## **СОСТОЯНИЕ ТУЧНЫХ КЛЕТОК СЕРДЦА ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ МИОРЕЛАКСАНТАМИ**

*Москаленко В.С., студ.3-го курса,*

*Хоменко Ю.С., студ.2-го курса*

*Научный руководитель – преп.Козлов С.В.*

*Днепропетровская государственная медицинская академия,  
кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии*

В структуре скоропостижной смерти отравления лекарственными препаратами занимают значительный удельный вес. При этом дифференциальная диагностика отравлений миорелаксантами, в частности, дитилином, на аутопсии представляет огромные трудности.

Целью исследования явилось изучение состояния тучных клеток в стенке сердца при отравлении дитилином.

Материал и методы исследования. Материалом для настоящего исследования послужили половозрелые белые крысы обоих полов, массой  $135 \pm 12$  г., в количестве 13. Экспериментальные животные были разделены на две группы. Первую группу составили интактные крысы (5), которым внутривен-

но вводили физиологический раствор в объеме 0,05 мл; вторую – животные, которым внутривенно вводили 0,05 мл 2% раствора дитилина. На полутонких срезах стенки правого предсердия, окрашенных метиленовым синим изучали состояние тучных клеток.

Результаты исследования и их обсуждение. В исследуемых группах экспериментальных животных в стенке правого предсердия мы наблюдали тучные клетки, которые преимущественно располагались по ходу кровеносных сосудов и находились в двух состояниях. Причем в стадии дегрануляции тучные клетки преобладали во второй группе животных.

Вывод. Состояние тучных клеток в стенке правого предсердия может быть диагностическим маркером при отравлениях миорелаксантами.

## **ГІСТОЛОГІЧНІ ТА УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ НИРКОВИХ ТІЛЕЦЬ ПРИ ТЯЖКИХ ОПІКАХ В ЕКСПЕРИМЕНТІ**

*Лошній В.Г., студ. 2-го курсу, Стиранка В.Я. студ. 4-го курсу,*

*Волков Р.К., студ. 1-го курсу*

*Науковий керівник - проф. Волков К.С.*

*Тернопільська державна медична академія*

*ім. І.Я Горбачевського, кафедра гістології та ембріології*

Проведені гістологічні і електронномікроскопічні дослідження нирок у різні періоди опікової хвороби. Матеріал кіркової речовини органу забирали від 10 статевозрілих морських свинок-самців, його обробку здійснювали за загальноприйнятими методиками.

Наслідки тяжких опіків в стадії шоку (1 доба) проявляються гіпертрофію ниркових тілець. Спостерігається кровонаповнення судинних клубочків, а також зростання просвіту капсули. На ультраструктурному рівні пристосувально-компенсаторні процеси фільтраційного бар'єру проявляються нерівномірним потовщенням базальної мембрани, її гомогенізацією, порушенням ендотеліоцитів, цитотрабекул та цитоподій.

В стадії токсемії (7-14 доби) в кірковій речовині нирок наявні глибокі деструктивні зміни – зморщування і навіть руйнування ниркових тілець. Частина їх запусіває, капіляри судинного клубочка руйнуються. В таких гіпотрофованих тільцях просвіт капсули збільшується. Субмікроскопічно для більшості ниркових тілець характерна значна деструкція фільтраційного бар'єру: нечіткі контури і потовщення базальної мембрани, порушення фенестрації ендотеліоцитів, зміни цитопедикул. Таким чином, гістологічні та ультраструктурні дослідження свідчать, що при тяжкій експериментальній опіковій травмі, особливо в стадії токсемії, значно порушується перша фаза сечоутворення – фільтрація, що негативно впливає на водно сольовий обмін організму опечених.

# **РОЗВИТОК І СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ ПАХВИННОГО КАНАЛУ В ЗАРОДКОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ**

*Георгіца В.М., Бірюк І.Г.*

*(зав. – проф. Ю.Т. Ахтемійчук)*

*Буковинська державна медична академія*

*Кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії*

Матеріалом для дослідження розвитку і становлення топографії пахвинного каналу в зародковому періоді онтогенезу людини послужили п'ять зародків (7,0, 9,0, 10,0, 12,0 і 14,0 мм (ТКД)). Дослідження виконано за допомогою найбільш інформативних морфологічних методів: і виготовлення серій послідовних гістологічних зразків, мікроскопи та графічної реконструкції. Проведена статистична обробка цифрових даних.

Дані нашого дослідження свідчать, що вся сечостатева система утворюється у дорзальній стінці тіла, яку покриває мезотеліальна вистилка целома. У процесі розвитку ціломічний мезотелій майбутнього черевного відділу укріплюється сполучною тканиною і перетворюється в очеревину.

На етапі різкого збільшення об'єму мезонефроса (9,0-10,0 мм ТКД), внаслідок відведення ним очеревини, яка його покриває, з обох кінців утворюються дві мезонефральні складки.

Перша направляється краніально до діафрагми і називається діафрагмальною. Друга прямує до каудального краю целома, набуваючи фіброзної будови, називається пахвинною зв'язкою мезонефроса.

Остання у зародків 10,0 і 12,0 мм ТКД має видовжену форму з чіткими контурами, яка зв'язує каудальний відділ мезонефроса з переднього черевною стінкою.

У зародків 14,0 мм ТКД на передній черевній стінці, біля місця фіксації до неї вище згаданої зв'язки, утворюється незначна ліycopодібна заглибина розміром 4-6.мкм, що слід розглядати як початок формування пахвинного каналу.

## **Педіатрія №1**

### **МІКРОЯДЕРНИЙ ІНДЕКС ЯК МАРКЕР СКРИНІНГОВОЇ ОЦІНКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ГЕНОМУ ДИТИНИ**

*Сокольник С.В., Бачинський В.Т., Руденко С.С.*

*Науковий керівник – проф. Сорокман Т.В.*

*Буковинська державна медична академія*

*Кафедра факультетської педіатрії та медичної генетики*

Метою нашого дослідження було оцінити показники мікроядерного індексу як одного з маркерів діагностики функціонального стану геному дітей, хворих на виразкову хворобу (ВХ). Обстежено 43 дитини шкільного віку,

які перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні МДКЛ та ОДКЛ №2 (основна група) та 29 здорових дітей (група порівняння). Всі діти в залежності від спадкової зумовленості ВХ були розподілені на дві підгрупи: I-діти зі спадково обтяженою ВХ (67,4%), II- діти з генетично „чистих” сімей (32,6%). Діагноз базувався на клініко-анамнестичних даних, результатах ендоскопічного дослідження, показниках рН-метрії. Мікроядра виявляли в клітинах букального епітелію дітей. Встановлено, що у дітей I підгрупи клітини з мікроядрами зустрічаються в 1,1 рази частіше ( $3,7 \pm 0,0$ ,  $p < 0,05$ ) ніж у дітей II підгрупи ( $3,4 \pm 0,1$ ,  $p < 0,05$ ) та в 1,6 рази частіше ніж у дітей групи порівняння ( $2,3 \pm 0,2$ ,  $p < 0,05$ ). У дітей I підгрупи рівень пошкодження генетичного матеріалу достовірно вищий ( $0,4 \pm 0,1$ ,  $p < 0,05$ ) ніж у дітей II підгрупи ( $0,3 \pm 0,2$ ,  $p < 0,05$ ) та групи порівняння ( $0,1 \pm 0,0$ ,  $p < 0,05$ ). При наявності ВХ в одному поколінні - рівень пошкодження генетичного матеріалу середній ( $0,3 \pm 0,1$ ), в двох поколіннях – вищий за середній ( $0,4 \pm 0,1$ ), в трьох поколіннях – високий ( $0,7 \pm 0,0$ ). Виявлено, що на рівень клітин з мікроядрами у дітей, хворих на ВХ впливає не лише обтяжений генеалогічний анамнез, але й тяжкість перебігу, час появи та тривалість захворювання.

Отже, мікроядерний тест дозволить швидко та безболісно оцінити функціональний стан геному у дітей із ВХ та спрогнозувати тривалість та тяжкість її перебігу.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ БРОНХОВ МЕТОДОМ РС<sub>20</sub>Н У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*Ажими Мухамед Софьян*

*Научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Безруков Л.А.*

*Буковинская государственная медицинская академия,*

*кафедра госпитальной педиатрии и детских инфекционных болезней*

Для оценки реактивности бронхов используют множество тестов, которые характеризуются различной степенью стандартизации, трудоёмкостью, а также риском провокации тяжёлых приступов обструкции бронхов и другими критериями. Целью исследования было проведение сравнительной характеристики наиболее частых спирографических методов выявления гиперреактивности бронхов (ГБ) у детей. В группе из 45 детей школьного возраста с проявлениями повторного бронхообструктивного синдрома проведён анализ диагностической ценности в выявлении бронхиальной астмы двух спирографических методов: чувствительность бронхов к гистамину (РС<sub>20</sub>Н) и физической нагрузке (ИБС).

При оценке полученных данных выявлено, что наибольшей чувствительностью (86,7%) обладает тест РС<sub>20</sub>Н, однако ложноположительные результаты определяются почти у каждого второго ребёнка. ИБС на дозирован-



ний бег обладает наибольшей специфичностью (80%), однако его чувствительность составляет 35%. При положительной пробе с гистамином и оценке ИБС вероятность наличия бронхиальной астмы довольно существенна, о чём свидетельствует высокий процент положительной предсказуемой ценности этих тестов (81,2% РС<sub>20</sub>Н, 78% ИБС).

Таким образом, наиболее чувствительным диагностическим тестом бронхиальной астмы следует считать метод РС<sub>20</sub>Н, а наиболее специфичным – индекс бронхоспазма физической нагрузкой, что предполагает целесообразность использования этих тестов в виде диагностической пары.

## **ЧИ МОЖЛИВО ВИЗНАЧИТИ РИЗИК РЕЦИДИВУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ?**

*Безрукова Т.Л.*

*Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. Волосовець О.П.*

*Буковинська державна медична академія,*

*кафедра госпітальної педіатрії та дитячих інфекційних хвороб*

Ідентифікація "дітей з астмою, що еволюціонує", стає фундаментальною задачею для терапевтичної і профілактичної стратегії. Але вплив багатьох факторів ризику на розвиток захворювання все ще не достатньо вивчений, особливо в популяції хворих раннього віку. Метою роботи було оцінити ризик виникнення рецидивів бронхіальної астми (БА) у дітей раннього віку в процесі катамнестичного спостереження після комплексного лікування у стаціонарі. Дослідження проводилося методом ретроспективної когорти. Першу клінічну групу сформували 98 хворих, у яких в процесі катамнестичного спостереження відмічались напади БА. В другу клінічну групу увійшло 106 дітей, у яких після комплексного лікування у стаціонарі рецидивів захворювання не спостерігалось. Тривалість катамнестичного спостереження склала від трьох до 18 років. Популяційний аналіз результатів дослідження дозволив виділити групу критеріїв ризику несприятливого перебігу БА у дітей раннього віку: початок захворювання у віці старше 2-х років (OR = 3,23 (95% CI = 1,7-5,9)), позитивний родинний алергоанамнез (OR = 6,16 (95% CI = 3,3-11,6)), тяжкий перебіг захворювання (OR = 13,6 (95% CI = 3,6-51,6)), активацію киснезалежного метаболізму еозинофілів крові (OR = 8,0 (95% CI = 4,2-15,2)) та наявність у сироватці високих титрів специфічних IgE (OR = 3,71 (95% CI = 2,1-6,7)). Перераховані критерії ризику можуть бути використані при прогнозуванні перебігу бронхіальної астми у дітей раннього віку, за умови, що популяція ідентична тій, в якій проведено дослідження.

## **ОБОСНОВАНИЕ РЕГИОНАРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ**

*Пахольчук О.П., студ. 4-го курса*

**Научный руководитель – канд. мед. наук Солодова И.В.  
Запорожский медицинский университет,  
кафедра факультетской педиатрии**

У 49 больных пневмонией детей, в возрасте 1 мес-3 лет, выявлены предполагаемые возбудители и их чувствительность к антибиотикам. При поступлении всем провели микробиологическое исследование посевов из зева или из трахеи. Выявили, что в 100% выделяются ассоциации микроорганизмов. Пневмококки определяются более чем у 93% пациентов, что в 3 раза больше данных по Украине, причем *Str. pyogenes* выделен в 41,3%, что значительно выше общепринятых 5-7% (2002) для детей до 5 лет. Среди выделенных штаммов стрептококков к цефазолину чувствительны 98%, к ампициллину – лишь 60%, к цефтриаксону – 90 %, к амикацину – 40%, линкомицину – 86%, кларитромицину – 95%, к азитромицину лишь 30% штаммов. В 11 % случаев выделена грамотрицательная флора, из них 3,5%-гемофильная палочка, в 3,5%-синегнойная палочка в высоких титрах. Гемофильная палочка в наших исследованиях не чувствительна к линкомицину, кларитромицину, в 94% сохраняет чувствительность к цефалоспорином 1, 3, амикногликозидам, фторхинолонам. Интересно, что в 100% синегнойная палочка чувствительна к аминогликозидам и не чувствительна к цефалоспорином 1 и 3, которые также являются препаратами выбора. Таким образом, в условиях различных регионов возможны вариации от стандартов, как ведущего возбудителя, так и его чувствительности к антибиотическим препаратам, что требует постоянного мониторинга микроорганизмов и их резистентности в целях наиболее рациональной антибиотикотерапии, особенно в педиатрии.

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ  
У ДІТЕЙ З РІЗНИМИ ТИПАМИ АЦЕТИЛЮВАННЯ**

**Прунчак С.І.**

**Науковий керівник – д-р мед.наук, проф. Безруков Л.О.**

**Буковинська державна медична академія,  
кафедра госпітальної педіатрії та дитячих інфекційних хвороб**

В літературі існують поодинокі розбіжні повідомлення про клінічні особливості бронхіальної астми (БА) у дітей з різним типом ацетилювання (ТА), який можна розглядати як один з генетичних маркерів захворювання. Метою роботи було вивчення особливостей перебігу БА у дітей шкільного віку з різними ТА для оптимізації лікування. Було обстежено 10 дітей з atopічною формою БА, проведено комплексне клініко-параклінічне обстеження, в т.ч. визначений ТА. Сформовані 2 клінічні групи: 1<sup>ша</sup> група – швидкі ацетилятори, 2<sup>га</sup> група – повільні ацетилятори. В даній роботі представлені попередні результати досліджень. Так, швидкий ТА виявлений у 1/5 пацієнтів, у яких було діагностовано тяжку форму БА та алергічний риніт (АР). У кожній другій дитини в сім'ї визначалася спадкова схильність до atopічних захворювань.

Дані імунологічних досліджень показали знижений імунорегуляторний індекс Т-лімфоцитів (1,17), а також негативний резерв киснезалежної мікробіцидності еозинофілів крові (-0,05 у.о.). У дітей з повільним ТА переважала середньотяжка форма БА, а тяжкий перебіг зустрічався лише у кожної 5<sup>ої</sup> дитини. Супутні алергічні прояви у вигляді АР та спадкова схильність прослідковувалися у 20% випадків серед групи хворих з повільним ТА. Імунорегуляторний індекс мав більш високе значення (1,22), ніж у дітей першої групи, а резерв киснезалежної мікробіцидності еозинофілів крові був позитивний (+ 0.05 у.о.).

Таким чином, попередні дані показали, що у дітей зі швидким ТА, захворювання має більш тяжкий перебіг, що потребує корекції лікувальної тактики, згідно GINA 2002.

### **НАЙЗ – ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ТЕРАПИИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ**

*Бында Т.П., доцент кафедры педиатрии №1,  
Татаренко С.Д., Кругляк С.И., Захарчук О.С.,  
врачи - инфекционисты*

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

Лихорадка является одним из наиболее частых симптомов инфекционных заболеваний у детей раннего возраста.

Для усовершенствования методов лечения лихорадки в условиях работы инфекционного отделения №3 детской городской клинической больницы г.Сум в течение 2003 г. было обследовано 126 детей с острыми инфекционными заболеваниями. В зависимости от проводимой терапии все больные были разделены на 2 группы по 63 человека в каждой: 1-я – парацетамол per os, 2-я - найз (нимесулид) per os.

Средний возраст больных в каждой группе составил 18 мес. Жаропонижающие препараты использовали в следующих разовых дозах: парацетамол 15 мг/кг, найз суспензию -1,5 мг/кг. Клиническое обследование больных проводили непосредственно перед лечением, через 30 мин, 2 часа, 4 часа, 6 часов, 12 часов и 24 часа после лечения. Основной причиной высокой лихорадки у больных детей были ОРВИ и ОКИ.

При сравнении жаропонижающего эффекта через 30 мин после приема обоих препаратов статистически достоверных различий не выявлено. Однако, для достижения стабильного жаропонижающего эффекта парацетамол необходимо было применять 3 - 4 раза в сутки, а у 16% детей пришлось прибегнуть к дополнительному назначению раствора анальгина внутримышечно, тогда как найз применяли всего 2 раза в сутки. Побочных явлений при применении найза установлено не было.

Таким образом, найз превосходит по эффективности парацетамол, выпускается в виде суспензии, хорошо переносится больными, что является решающим в случае применения этого препарата для лечения детей раннего возраста.

## **К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННОМ ТЕЧЕНИИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

*Голуб Н.Д., врач-интерн; Хоменко А.И., врач-анестезиолог  
Научный руководитель - доц. Бында Т.П.*

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии №1*

Менингококковая инфекция (МИ) является одной из актуальных проблем детской инфектологии. Это обусловлено высокой заболеваемостью и смертностью.

Целью настоящей работы было изучить особенности клинического течения МИ на современном этапе.

Под наблюдением находилось 28 детей (15 мальчиков и 13 девочек), которые были госпитализированы в ГДКБ г. Сум в 1999 - 2002 гг. Дети до 1 года составили 29%, от 1 до 3-х лет - 33% и старше 3-х лет – 38%. У всех детей была диагностирована генерализованная форма МИ (у 28% детей – менингит и менингококцемия, у 72% - менингококцемия). В первый день заболевания госпитализировано 15 (53%) детей, на 2-й день – 10 (25%), на 3-й – 3 (11%). Начало заболевания у 83% детей было острое, у 17% постепенное, с назофарингита. У всех детей отмечались с первых часов заболевания повышение температуры тела до 39-40<sup>0</sup>С, рвота, головная боль, менингеальные знаки (ригидность мышц затылка у 100% детей, у 38% - симптом Кернига), геморрагическая сыпь. У 2-х человек наблюдались судороги. При поступлении у 32% детей сознание было ясное, у 68% - сопорозное.

При лечении получен хороший эффект от применения цефалоспоринов 3-го поколения, а именно цефотаксима.

Таким образом, МИ сохраняет свои прежние черты: наиболее часто диагностируется генерализованная форма, а именно менингококцемия, чаще встречается у детей первых 3-х лет жизни и отмечается острое начало заболевания.

## **КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ**

*Горбась В.А., магістр кафедри педіатрії №1  
Науковий керівник – д-р мед. наук, професор Сміян О.І.*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії № 1*

Поширеність гострої пневмонії (ГП) серед дитячого населення України неухильно зростає.

Метою нашого дослідження був детальний аналіз історій хвороб дітей

з ГП у місті Суми за 2002 - 2003 р.р.

У інфекційному відділенні №2 СМДКЛ з приводу ГП знаходилося у 2002 р. – 42 хворих (із них 27 хлопчиків і 15 дівчаток), у 2003 р. – 51 хворий на ГП (із них 34 хлопчики і 17 дівчаток) у віці від 3 до 15 років.

Найбільша захворюваність на ГП відмічалась у 2002 р. восени (54,8%) та взимку (42,5%), в той час як весною і літом хворих на ГП не було. В 2003 р. з ГП діти лікувалися у відділенні круглий рік. Із 51 хворого на ГП в 2003 р. найбільше пролікувалося весною (33,3%), взимку (31,4%), восени (23,5%) і навіть на літо прийшлося 12,0% хворих.

За характером частіше виявлялись вогнищева та вогнищево-зливна пневмонії. Лівостороння пневмонія частіше зустрічалась у 2002 році, тоді як правостороння - у 2003 році. Частіше вражались нижні долі легень.

Таким чином з'ясовано, що госпіталізація з приводу ГП дітей у місті Суми зростає у 2003 році, в порівнянні з 2002 р., як і в Україні в цілому.

Частіше на ГП у місті хворіли хлопчики ніж дівчатка, пік захворюваності приходився на осінь – весну, а по характеру – це частіше були вогнищеві, правосторонні нижньо-дольові пневмонії.

## **ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ 0,01% РОЗЧИНУ ЛЕВОМІЗОЛУ В ПРОФІЛАКТИЦІ ІНФЕКЦІЇ РЕСПІРАТОРНОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ**

*Гончарова Н.Ф., Гринько Т.Ю., Кравченко Н.Л.,  
врачи – педіатри; Романюк О.К. – доц. кафедри  
Сумська міська дитяча клінічна лікарня,*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1*

Проблема повторно виникаючих епізодів респіраторної інфекції в дитячих стаціонарах залишається актуальною. Зниження випадків реінфікування окрім оптимізації перебігу захворювання знижує економічні витрати лікувального закладу.

Мета роботи - у порівняльному аспекті вивчити ефективність застосування розчину левомізолу у період підвищеної захворюваності респіраторного тракту. Основний контингент хворих у відділі складають діти із групи частотривалохворюючих

Левомізол – препарат з антигельмінтним, імуномодулюючим механізмами дії. Нас зацікавила можливість впливу препарату на місцевий імунітет шляхом підвищення функції мононуклеарів, макрофагів і нейтрофілів через покращення процесів хемотаксису, адгезії і фагоцитозу.

Під наглядом знаходилося 30 дітей віком до 3 років 26,7% (8 чол.), від 3х до 6 років- 46,7% (14 чол.), старше 6 років 26,7% (8 чол.). Впродовж курсу лікування, який в середньому склав 11,9 ліжкодня, дітям проводилось щодня ранкове зрошення носоглотки 0,01% розчином левомізолу. Контрольною групою слугувало 30 дітей часторивалохворіючих, які перебували на стаціонарному лікуванні у грудні-лютому 2002 року. У 8 хворих (26,7%) досліджуваної групи спостерігалися повтори ГРВІ, проявами якої були підвищення температури тіла впродовж 1-2 діб, гіперемія слизових зіву, катаральні явища. Значного погіршення стану не спостерігалось. Серед дітей контрольної групи випадки реінфекції зустрічалися у 15 хворих (50%), у 6 з них необхідним було повторне призначення антибактеріальної терапії. Середній термін перебування в стаціонарі склав 12,1 ліжкодень.

Слід зауважити, що повторна респіраторна інфекція у дітей досліджуваної групи діагностована була переважно у пацієнтів до 3 річного віку ( у 5 з 8 реінфікованих). Така ситуація може бути пояснена складністю техніки проведення зрошення носоглотки у дітей молодшого віку.

Висновки: застосування 0,01% левомізолу для щоденного зрошення носоглотки суттєво знижує випадки повторної респіраторної інфекції в умовах дитячого стаціонару в період підвищеної захворюваності.

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Льолько Н.В., врач-педиатр; Сичненко П.И., доцент  
кафедры педиатрии №1*

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

Спазмолитическая терапия проводится даже при незначительной обструкции (по рекомендациям ВОЗ). Предпочтение отдается бета-2-агонистам короткого действия (сальбутамол, беротек). При обильной мокроте показан атровент.

При отсутствии эффекта, в стационаре, можно использовать эуфиллин 2,4% в дозе 3-4 мг/кг. В настоящее время, из-за частого возникновения побочных эффектов и осложнений, использование у детей эуфиллина считается небезопасным.

Кортикостероиды показаны при отсутствии эффекта после 2 ингаляций спазмолитиков в течение 30-60 минут. Разовая доза по преднизолону - 2-4 мг/кг, суточная - до 6-8 мг/кг.

Отхаркивающие по показаниям и с обязательным последующим через 30 минут вибрационным массажем грудной клетки.

Антигистаминные показаны только при сопутствующих аллергических заболеваниях.

Показаниями к назначению антибиотиков являются – выраженная интоксикация, фебрильная температура более 3 дней, асимметрия физических данных, лейкоцитоз с нейтрофилёзом, ускоренная СОЭ и появление гнойной мокроты.

Предпочтение отдается препаратам пенициллинового ряда и макролидам.

Хорошо зарекомендовал себя в лечении бронхообструкции Эреспал (фенспирид). Он обладает противовоспалительным действием, является антагонистом H1 –гистаминовых рецепторов и альфа1-рецепторов, нормализует объём и вязкость мокроты.

Применяется в виде сиропа у детей с рождения и до 14 лет в дозе 4 мг/кг в сутки в 2 приёма.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В СУМСЬКОЙ ОБЛАСТИ**

*Лях Л.В., врач-интерн*

*Научный руководитель – доцент Бында Т.П.*

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии №1*

В настоящее время наблюдается рост заболеваемости сальмонеллезами во всех странах мира.

За период 2002-2003 гг. в инфекционное отделение №3 с диагнозом сальмонеллез было госпитализировано 20 детей, из них 14 мальчиков и 6 девочек. Возбудителем заболевания во всех случаях была *Salmonella enteritidis*. Пик заболеваемости приходился на июнь-октябрь месяцы. По возрасту дети распределились следующим образом: 4 (20%) - дети до года, 2 (10%) – от 1 до 3-х лет, 2 (10%) – от 3-х до 7 лет, 12 (60%) - старше 7 лет. В связи с данным заболеванием дети провели от 11 до 23 койко-дней.

При изучении эпидемиологического анамнеза установлено, что основным источником заражения послужили молочные продукты (сметана, молоко, сыр, йогурт, питание с молочной кухни) и яйца.

У всех детей сальмонеллез протекал в виде гастро-интестинальной формы (у них преобладали симптомы энтероколита). В 75% детей отмечалась средняя степень тяжести заболевания, у 25% - тяжелая степень тяжести. У детей 1-го года жизни заболевание всегда протекало с проявлениями токсико-эксикоза. Наиболее эффективными препаратами в лечении были нифуроксазид, норфлоксацин и гентамицин.

Таким образом, на современном этапе отмечается нарастание частоты спорадических случаев заболевания в виде гастроинтестинальной формы.

## **БАЗИСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ**

**Маркевич О.В., ассистент кафедры педиатрии №1,  
Лазебник Е.А., врач-педиатр  
Сумский государственный университет, кафедра педиатрии №1,  
Сумская городская детская клиническая больница**

Вегетативная дисфункция – одна из наиболее частых патологий детского возраста. Распространенность ВСД среди детей достигает 20%.

Лечение ВСД должно быть направлено на восстановление надсегментарной и сегментарной вегетативной регуляции деятельности различных органов и систем организма.

Базисная терапия, независимо от клинико-патогенетических особенностей течения, должна начинаться с устранения факторов, провоцирующих и ухудшающих течение вегетативных дисфункций. Необходима санация хронических очагов инфекции, нормализация режима дня, устранение гиподинамии, перегрузок, ликвидация эмоционально-стрессовых ситуаций.

У детей с ВСД должны широко применяться физиотерапевтические методы лечения с учетом вегетативной дисфункции (симпатикотония или ваготония).

Большую роль в комплексе лечебно-профилактических мероприятий играет правильно-подобранное питание: парасимпатическая активность понижается при помощи малокалорийной, но богатой белками диеты. Симпатический тонус снижается при назначении диеты с ограничением белков и жиров.

У детей с гипертензионным синдромом ВСД необходимо ограничить поваренную соль, жирные сорта мяса, мучные изделия, увеличить поступление солей калия и магния (картофель, цитрусовые и т.д.), что в целом положительно сказывается на состоянии больных детей с ВСД.

## **ДО ПИТАННЯ БАКТЕРІАЛЬНИХ МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ**

**Марченко О.І., лікар-невролог; Хоменко О.І.,**

**лікар-анестезіолог**

**Науковий керівник – доц. Бинда Т.П.**

**Сумська міська дитяча клінічна лікарня,**

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

Гострі бактеріальні менінгіти є найбільш складним розділом нейроінфекційної патології дитячого віку. Не дивлячись на велику кількість наукових праць, присвячених різним аспектам цієї проблеми, вона і до теперішнього часу вирішена не повністю. Це в однаковій мірі стосується питань клінічної симптоматики і перебігу окремих форм менінгіту, картина яких в останні роки суттєво змінилася, а також раціонального застосування тих чи інших терапевтичних засобів.

Нами проведено аналіз захворювання дітей на бактеріальний менінгіт за 2002-2003 рр. Всього проліковано 66 хворих ( 2002 р. – 29 дітей, 2003 р.



– 37 дітей) у віці від 3 міс до 13 років. Діти госпіталізувалися з різних районів Сумської області та м. Сум.

Пік захворювання прийшовся на серпень-вересень: у 2002 р. – 12 (41,4%) хворих, у 2003 р. – 14 (37,8%).

Найчастіше хворіли діти у віці від 3 до 10 років (76%,  $p < 0,05$ ) Серед 26 дітей, які захворіли у серпні, переважали хлопчики (88%).

У лікуванні з антибактеріальною метою у серпні-вересні 2002 р. застосовували цефтріаксон у комбінації з ампіциліном. Середня тривалість лікування хворих на бактеріальні менінгіти становила 21,3 ліжка - день.

У 2003 р. у лікуванні використовували цефатоксим у комбінації з ампіциліном. Середня тривалість лікування склала 15,4 ліжка-дня.

Летальних випадків не було.

Таким чином, зменшення тривалості перебування хворого на ліжку на 5,9 ліжка-дня можна пояснити зміною в схемі лікування: заміною цефтріаксона на цефотаксим.

## **СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ОКОЛОУШНОГО СВИЩА В ОТОЛАРИНГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*Мишанина Л.И., врач-отоларинголог  
Научный руководитель – проф. Смиян А.И.  
Кафедра педиатрии №1  
Сумский государственный университет  
Сумская детская клиническая больница*

Свищ в области ушных раковин встречается относительно редко. Изучив первичный генез врожденных свищей в околоушной области и в пределах ушной раковины у детей установлено их наследственное происхождение. Передача осуществляется преимущественно по рецессивному типу.

Следует отметить, что околоушный свищ, повидимому, встречается значительно чаще, чем о нем сообщается. Последнее связано с тем, что за помощью обычно обращаются лишь те лица, у которых имеет место его инфицирование и нагноение.

Мы наблюдали 3-х больных, у которых нагноившийся околоушный свищ не был обнаружен ранее. Дети наблюдались в отделении отоларингологии городской детской больницы у врача-хирурга. Больной С., 14 лет поступил в ЛОР-отделение 2\VI 2000г. В феврале этого года у него впервые, без видимых причин, появилась болезненная припухлость в области козелка ле-

вой ушной раковины. Произведено медицинское вмешательство врачом-хирургом по поводу фурункула уха. После этого дважды (с периодичностью через месяц), нагноение повторялось. При поступлении в отделение у пациента обнаружено отверстие впереди ножки завитка левой ушной раковины. При зондировании полиэтиленовой леской последняя проникла на глубину 1,0 см в верхние отделы хрящевой части наружного слухового прохода и встретила преграду у места перехода хрящевого отдела слухового прохода в костный. 4.VI 00г. под местной инфильтрационной анестезией 1% р-ром новокаина после заполнения свища раствором бриллиантовой зелени произведен ладьеобразный разрез, окаймляющий наружное отверстие свищевого хода. Окрашенный бриллиантовой зеленью свищевой ход иссекли вместе с частью кожи слухового прохода. Рана ушита послойно. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление – первичным натяжением.

Гистологическое исследование: фиброматозная ткань с лимфоцитарной инфильтрацией. Рецидива не наблюдалось.

Проведенные наблюдения подтвердили необходимость знания данной врожденной патологии врачами педиатрами и другими специалистами для своевременного обращения к врачу-отоларингологу.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАНДАРТНО ПРИМЕНЯЕМОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Белов В.С., студент 3-го курса*

*Научный руководитель – проф. С.В.Попов*

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии № 1*

Острые респираторные заболевания – одно из наиболее частых патологических состояний в детском возрасте. Терапия ОРВИ является сложной проблемой, требующей, в ряде случаев, учета возможности присоединения бактериальной инфекции. Иногда это приводит к включению в программу лечения антибактериальной терапии. Терапия ОРВИ опирается и на воздействие на иммунную систему, в виде иммунозаместительной терапии.

Целью настоящего исследования было изучение влияния на длительность заболевания ОРВИ у новорожденных детей назначения антибактериальных и иммунозаместительных средств.

Было проанализировано 26 историй болезни младенцев в возрасте от 11 до 28 дней жизни, находившихся на лечении в Сумской областной детской клинической больнице. Использовались корреляционный, дисперсионный анализ и определение тетракорического показателя связи.

Антибиотики назначались в  $84,6 \pm 7,22\%$  случаев, иммунозаместительная терапия (введение иммуноглобулина) – в  $69,2 \pm 9,23\%$ . После проведения статистического анализа было выявлено, что длительность антибиотикотерапии не влияет на длительность заболевания.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Дранко М.Н., студентка 3-го курса*

*Научный руководитель – проф. Попов С.В.*

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии № 1*

Заболевания детей неонатального периода привлекают особое внимание врачей-педиатров. Это обусловлено специфическим течением ряда нозологических форм у новорожденных детей, что связано как с имеющейся незрелостью ряда органов и систем, так и влиянием со стороны материнского организма.

Целью настоящего исследования было изучение клинических особенностей острых респираторно-вирусных инфекций у новорожденных детей.

Было проанализировано 26 историй болезни младенцев в возрасте от 11 до 28 дней жизни, находившихся на лечении в Сумской областной детской клинической больнице. Средний возраст при поступлении составил  $22,17 \pm 1,94$  суток. Длительность заболевания составила  $10,45 \pm 0,84$ , нахождения в стационаре –  $8,04 \pm 0,64$  дня. Повышение температуры до субфебрильных цифр отмечено у  $64 \pm 9,8\%$  детей, у  $24 \pm 8,72\%$  - температурной реакции не выявлено. У  $52 \pm 10,2\%$  среди жалоб определялся насморк, у  $40 \pm 10\%$  - кашель, у такого же количества – затрудненное дыхание через нос, у  $12 \pm 6,63\%$  - расстройства стула.

Таким образом, течение ОРВИ у новорожденных характеризовалось меньшей степенью интоксикации, исходя из выраженности температурной реакции. Это подтверждалось подсчетом лейкоцитарного индекса интоксикации и гематологического показателя интоксикации – их значение было равным  $0,30 \pm 0,055$  и  $0,33 \pm 0,058$  единиц соответственно. Был сделан вывод о более легком течении ОРВИ у новорожденных сравнительно с детьми более старшего возраста.

## **СОСТОЯНИЕ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ**

*Попов С.В., профессор кафедры педиатрии № 1;*

*Мошик О.И., врач-неонатолог*

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии № 1*

*Сумская областная детская клиническая больница*

При гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденных в

патологічний процес крім ЦНС вовлекається ряд органів і систем. Одной із найбільш часто уражених є сечовидільна система. Порушення її функції призводить до погіршення стану дитини і поглибленню синдрому ендогенної інтоксикації. Визначення частоти вовлеченості сечовидільної системи при ГІЕ, її клінічні особливості, є актуальною задачею в неонатології.

Було досліджено 23 доношених новонароджених дитини з ГІЕ тяжкої ступеня в динаміці неонатального періоду. Для визначення частоти ураження сечовидільної системи використовувався клінічний метод (визначення отечного синдрому, підрахунок диурезу), аналіз рівня креатиніну, характеристика загального аналізу сечі.

За сукупними даними частота ураження МВС становила 88% з максимумом на 3-й день життя. Частота олигурії становила 83%, в той же час частота збільшення рівня сировоточного креатиніну – 54%. Зміни в загальному аналізі сечі були знайдені в 72% випадків. Найбільш виражені відхилення відзначалися в перші тижні життя. В подальшому, крім 14-18-го дня життя частота змін достовірно знизилася.

Таким чином, частота вовлечення в патологічний процес при ГІЕ сечовидільної системи є досить значущою, що вимагає корекції при проведенні інтенсивної, особливо інфузійної терапії.

## **ДОПЛЕРОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ КРОВОТОКУ В НИРКАХ У НЕМОВЛЯТ З ГІПОКСИЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

*Облазницький В.Н., лікар УЗД; Попов С.В., професор кафедри педіатрії №1; Марков О.М., лікар УЗД*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1  
Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

В останні роки зростає кількість немовлят з ураженням нервової системи. Одною з головних причин ураження ЦНС є гіпоксія. Пошкодження виникають не тільки в нервовій системі а і в інших життєво важливих органах. Нирки залучаються майже до всіх патологічних процесів в організмі. Особливості функції нирок та сам неонатальний вік дитини роблять неможливими застосування стандартних діагностичних методів. Тому поряд з лабораторними методами діагностики одним з найбільш перспективних методів діагностики та прогнозування перебігу захворювання у новонароджених дітей є ультразвукова діагностика.

Метою нашої роботи стало вивчення ренального кровотоку у немовлят з гіпоксичним ураженням ЦНС різного ступеню.

Вивчено ренальний кровотік у 35 новонароджених з гестаційним віком 38-40 тижнів, з масою тіла при народженні 3220-3990 грам, крім того - 14 дітей з

гіпоксичним ураженням ЦНС середньої важкості та 6 дітей з ураженням ЦНС важкого ступеню.

У новонароджених дітей з ураженням ЦНС середньої ступені важкості кровотік спостерігався на всіх ділянках нирок до капсули або був збідненим. У новонароджених дітей з важким ураженням ЦНС кровотік був значно ослабленим, особливо на рівні дугових артерій.

Враховуючі отримані дані, ми зробили висновки, що у дітей з гіпоксичним ураженням ЦНС спостерігаються певні зміни в гемодинаміці нирок. Найбільш показові зміни ІР. Характер змін ІР залежить від ступеню гіпоксичного ураження ЦНС та послідуючих з цього змін у загальному стану дитини.

## **СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС**

*Попов С.В., профессор кафедры педиатрии №1;  
Овсянникова Л.И., врач-неонатолог, Орехова Л.В.,  
врач-неонатолог*

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

Гипоксическое поражение центральной нервной системы составляет значительную долю патологических состояний периода новорожденности. Среди причин перинатальной смертности оно занимает одно из ведущих мест. Нарушение функции ЦНС приводит к вегетативному дисбалансу и нарушению функционирования органов и систем. Это ухудшает прогноз относительно исхода заболевания.

Целью работы было изучение состояния вегетативного гомеостаза у 34 доношенных новорожденных с гипоксическим поражением ЦНС тяжелой степени, которые были распределены на две группы. В группе 1 находились дети, клинико-anamnestические данные которых свидетельствовали о перенесенной ими сочетанной (острой и хронической) гипоксии, а в группе 2 – младенцы, перенесшие острую гипоксию. Методом исследования служила кардиоинтервалография, выполняемая на 3-4-е и 6-7-е сутки жизни.

Получены данные, которые свидетельствовали, что у новорожденных группы 1 отмечалась дезинтеграция управления ритмом сердца (исходя из разнонаправленности параметров ИИ, Амо) на 3-4 сутки жизни с последующим повышением значений ИИ и снижения ВПР к 6-7-м суткам, что говорило о преобладании симпатического контура регуляции к окончанию неонатального периода. У детей группы 2 уже на 3-4-е сутки отмечалась централизация управления ритмом сердца (по увеличению ИИ и снижению ВПР), выраженность которой уменьшалась к окончанию первой недели жизни.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРАКТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ИНДЕКСОВ ИНТОКСИКАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

**Попов С.В., профессор кафедры педиатрии № 1;  
Юсюк Л.А., врач -неонатолог  
Сумский государственный университет, кафедра педиатрии № 1  
Сумская областная детская клиническая больница**

Одной из важнейших проблем ведения новорожденных детей в отделениях интенсивной терапии является возможность реализации перинатального инфицирования. Около 1/3 младенцев, находящихся в указанных отделениях переносят локальную или генерализованную форму инфекции. Развитие последней значительно осложняет течение основного заболевания. В этих условиях своевременная диагностика инфекционной патологии является весьма актуальной задачей.

Целью настоящего исследования была сравнительная оценка эффективности индексов, показывающих возможность реализации перинатального инфицирования. Было изучено прогностическое значение индексов у 35 новорожденных детей с инфекционной патологией в динамике неонатального периода. Определялись величины лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), его модификации применительно к новорожденным по Н.П.Шабалову (ЛИИн), гематологического показателя интоксикации, индекс иммунологической реактивности (ИИР), рассчитывалось абсолютное количество и ядерный сдвиг нейтрофилов, соотношение палочко- и сегментоядерных нейтрофилов. Для оценки результатов использовались методы вариационной статистики.

В результате было установлено, что наибольшей прогностической ценностью обладал показатель ядерного сдвига нейтрофилов и стандартно рассчитываемый ЛИИ (чувствительность 80 и 66% соответственно). Гематологический показатель интоксикации и ЛИИн не имели преимуществ перед остальными индексами, их величина строго коррелировала со значением ЛИИ.

**ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ  
ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ  
ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Яровенко Л.В., студентка 3-го курса  
Научный руководитель – проф. Попов С.В.  
Сумский государственный университет, кафедра педиатрии № 1**

Естественное вскармливание – один из важнейших факторов нормального соматического и психического развития ребенка. Одним из механизмов реализации указанного действия грудного молока может быть уменьшение случаев возникновения различных заболеваний, а в случае их возникновения – менее выраженная тяжесть течения.

Целью настоящей работы было изучение клинико-параклинических особенностей острой респираторно-вирусной инфекции у новорожденных детей в зависимости от вида вскармливания.

Было проанализировано 26 историй болезни младенцев в возрасте от 11 до 28 дней жизни, находившихся на лечении в Сумской областной детской клинической больнице. Учитывалась длительность заболевания, выраженность и длительность температурной реакции, величина индексов интоксикации (лейкоцитарного, гематологического), индекс иммунологической реактивности.

Было установлено, что длительность заболевания не зависела от вида вскармливания. В то же время степень интоксикации при естественном вскармливании, исходя из величин ЛИИ и ГПИ, была меньшей. Их значение составило – ЛИИ 0,3312 и 0,2583 и ГПИ 0,3256 и 0,269 при кормлении искусственной смесью и грудным молоком соответственно. Индекс иммунологической реактивности также оказался меньшим, что, возможно, говорило о меньшей напряженности иммунной системы.

## **КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Самир Тауфик Дандан, аспирант кафедры педиатрии №1*

*Научный руководитель – проф. Смиян А.И.*

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии №1*

Острые пневмонии у детей являются одной из частых причин госпитализации в связи с возможностью развития осложнений. Поэтому очень необходима своевременная диагностика этих заболеваний с целью применения адекватной терапии.

Целью нашей работы было изучение клинико-рентгенологических особенностей пневмонии у детей раннего возраста.

Среди детей раннего возраста острая пневмония чаще встречалась у детей первого года жизни, чем среди детей 2-го или 3-го (62,5±4,17%; 19,1±3,38%; 18,4±3,33%;  $p<0,001$  соответственно). Пневмонией одинаково часто болели как мальчики, так и девочки.

Среди детей, заболевших пневмонией, почти 1/3 родились с массой тела ниже 3000 г, больше половины находилось на искусственном вскармливании, причем 21,3% детей с рождения.

У детей раннего возраста чаще диагностировалась не осложненная форма пневмонии.

При анализе рентгенограмм было установлено, что у детей чаще развивалась очаговая пневмония (90,6 %, 88,5% и 92,0%), в то время как очагово-сливная (3,5%, 3,1%, 4,0%) и сегментарная (5,9%, 0%, 8,0%) выявлялась значительно реже. Крупозная и интерстициальная пневмонии в этом возрасте диагностированы не были. Патологический процесс чаще локализовался справа, чем слева ( $p<0,001$ ), чаще в нижней доле по сравнению с верхней и средней ( $p<0,001$ ).

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Жилюк Я.М., врач–интерн*

*Научный руководитель – доцент Сичненко П. И.*

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии №1*

Изучена распространенность обструктивного бронхита у детей раннего возраста, находившихся на лечении в Сумской детской клинической больнице в 2003 году. Было проанализировано 113 историй болезни детей в возрасте от 1 месяца до 1 года с обструктивным бронхитом. Диагноз уточнялся на основании клинико-анамнестических и при необходимости рентгенологических данных. Проявления бронхиальной обструкции встречались у 38% детей от всех детей с бронхитами, находившихся на лечении. Наиболее часто заболевание развивалось у детей в возрасте 4 - 10 месяцев. Зависимости частоты обструктивного бронхита от пола выявлено не было. Повышение заболеваемости возникало, как правило, в осенне – зимний период и совпадало с сезонностью острых респираторно – вирусных инфекций. Частота заболеваемости зависела также от погодных условий. Наиболее значимыми факторами в отношении развития обструктивных бронхитов выявлены перинатальная патология, аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные средства, неблагоприятный преморбидный фон, отягощенный аллергологический анамнез. Следует отметить, что у 36% детей родители имели вредные привычки – курили.

Таким образом, полученные данные могут служить основой для планирования программ по предупреждению обструктивных бронхитов у детей.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ**

*Кирдан Н. А., врач–интерн*

*Научный руководитель – доцент Сичненко П. И.*

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии №1*

Под наблюдением было 113 детей с обструктивным бронхитом, находившихся на лечении в Сумской городской детской клинической больнице в 2003 году, в возрасте от 1 месяца до одного года. На грудном вскармливании до 3 – х месячного возраста находились 79 детей (69%), на искусственном – 35 (31%). У 58% детей заболевание отмечено в возрасте от 1 до 6 месяцев. Длительность заболевания до момента поступления в стационар составляла от 1 до 3 дней. Неблагоприятный преморбидный фон в виде анемии, рахита, экссудативно-катарального диатеза, гипотрофии, паратрофии отмечался у 73% детей. У 42% детей отмечались отягощенный акушерский и наследственный анамнезы. Начало заболевания у 90% детей проявлялось с катаральных явлений и сухого кашля, и только у 10% с экспираторной одышки. Как правило, одышка присоединялась на вторые сутки заболевания. Повышение тем-



пературы тела до 38 градусов отмечалось у 60% детей, у 40% болезнь протекала с нормальной температурой. Пик заболеваемости приходился на осенне-зимнее время и на август. При физикальном исследовании у 90% детей выслушивались сухие свистящие хрипы, у 10% явления бронхиальной обструкции протекали по типу бронхоолита (все дети до 3 месяцев). На фоне проведения комплексной противовоспалительной, бронхорасширяющей и муколитической терапии улучшение состояния отмечалось на 2 сутки от момента заболевания – уменьшались проявления дыхательной недостаточности, становился продуктивным кашель. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 8 дней. Сроки лечения значительно удлинялись в случаях более позднего обращения в стационар и при наличии фоновых состояний.

### **ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ПРЕПАРАТУ “НІМЕСУЛІД” У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ГРВІ**

*Куропятник Н.П., лікар-педіатр; Хрін Н. В., лікар-педіатр*

*Науковий керівник – доц. Січненко П.І.*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1*

*Сумська міська дитяча клінічна лікарня*

Проведено аналіз 29 історій хвороб дітей хворих на ГРВІ (переважно верхніх дихальних шляхів), в віці від 1 міс. до 3 років (з них 16 хлопчиків та 13 дівчаток). 9 пацієнтів отримували німесулід у вигляді монотерапії, 20 в комбінації з іншими препаратами. Німесулід призначався з розрахунку 1,5 мг/кг/добу, в 2 прийоми у вигляді сиропу. Тривалість прийому складала всередньому 7 днів. Оцінка ефективності проводилась по клінічним даним.

На фоні застосування препарату німесулід спостерігалось зниження температури тіла до субфебрильних цифр в перші години, а в подальшому нормалізація температури тіла в першу добу від початку прийому препарату німесулід. Більш швидка нормалізація температури відмічалась у дітей раннього віку. Катаральні явища (затруднене дихання через ніс, нежить, гіперемія зіву) у дітей з першої групи зникали на 4 – 5 день від початку лікування, що підтверджує протизапальну дію препарату німесулід.

В процесі лікування нами не відмічено ніяких побічних ефектів.

Таким чином, німесулід може застосовуватись для лікування дітей хворих на ГРВІ, як самостійно, так і в комбінації з іншими препаратами.

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ СУМСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Никитенко Л.К., врач-гематолог; Сичненко П.И., доцент*

*кафедры педиатрии №1*

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

По данным литературы заболеваемость острыми лейкозами колеблется от 3 до 5 случаев на 100000 детского населения. В нашей области за пери-

од 1996-2003 гг. ежегодно заболевало острым лейкозом от 5 –16 детей, что составило 2,8-6,7 случаев на 100000 детского населения. За последние 3 года отмечено необычное плато – 5-6 детей в год. Особенно высокая заболеваемость была в 1996 году – 15 детей, что составило 6,7 случаев на 100000. Все случаи заболеваемости лейкозов спорадические - 1-2 ребенка в каждом районе, но имеются населенные пункты в которых заболеваемость выше в несколько раз обласного показателя. Прежде всего это Ахтырский район. В 1997 году село Поповка Конотопского района, где за год заболело 2 ребенка. В 2001 году – 2 случая в Краснопольском районе обусловили показатель заболеваемости в 10 раз выше обласного в связи с малой численностью населения района. Половых различий среди заболевших не было – 36 мальчиков, 33 девочки.

Наибольшее количество случаев заболевания приходилось до 4 лет – 28 детей, от 4 до 7 – 18 детей, от 7-15 – 24 ребенка. Достоверных различий среди детей, заболевших острым лейкозом, проживающих в городе и селе выявлено не было. Выживаемость детей по результатам лечения составила 76%.

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ**

*Рудя А. А., врач-интерн*

*Научный руководитель – доцент Сиченко П. И.*

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии №1*

Обследовано 113 детей с обструктивным бронхитом, в возрасте от 1 месяца до одного года, находящихся на лечении в Сумской городской детской клинической больнице в 2003 году. Неблагоприятный преморбидный фон был отмечен у 82 детей (72,6%). Отягощенный акушерский анамнез встречался у 42% детей, анемия у 40%, явления экссудативно - катарального диатеза и аллергические реакции на пищу 19% детей, отягощение наследственности по аллергическим заболеваниям встречалась у 12% детей. Значительный удельный вес у детей с обструктивным бронхитом занимали перинатальные поражения ЦНС. У всех детей, имеющих неблагоприятный преморбидный фон, отмечалось более длительное и более тяжелое течение заболевания. Стандартная терапия применяемая для лечения обструктивного бронхита не всегда оказывала положительный эффект, поэтому у 90% таких детей бронхообструктивный синдром купировался только после введения глюкокортикоидов. Более часто развивались осложнения в виде отитов. Сроки выздоровления удлинялись до 11 дней, а у некоторых до 2 – 3 недель.

Таким образом, неблагоприятные преморбидные факторы у детей раннего возраста играют существенную роль в развитии и течении обструктивного синдрома.

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Семененко О.В., врач-интерн*

*Научный руководитель – доцент Сичненко П.И.*

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии №1*

Для выявления факторов риска, способствующих развитию обструктивного бронхита у детей раннего возраста, проведено анализ историй болезни детей, находившихся на лечении в Сумской городской детской клинической больнице в 2003 году. Проведен анализ 113 историй болезни у детей с обструктивным бронхитом в возрасте от 1 месяца до 1 года. Выявленные в результате исследования факторы риска были объединены в следующие группы: связанные с неблагоприятным течением беременности (гестозы, угроза прерывания беременности, анемия у матери во время беременности, наличие ОРВИ во время беременности и применение лекарственных средств, в том числе и антибактериальных, обострение хронической патологии у матери во время беременности); связанные с наличием отягощенного аллергологического анамнеза у родителей и близких родственников; связанные с ранним переводом на искусственное вскармливание, особенно неадаптированными молочными смесями – коровьим молоком и манной кашей; группы детей с неблагоприятным преморбидным фоном – анемией, рахитом, экссудативно – катаральным диатезом, паратрофией, перинатальными поражениями ЦНС; часто и длительно болеющие дети с частым назначением антибиотиков, кроме того, в отдельную группу мы выделили детей с поствакцинальной аллергией. С целью исключения наследственных заболеваний, все детям с повторяющимися эпизодами бронхиальной обструкции проводили медико – генетическое консультирование и исследовали концентрацию хлоридов в поте.

Наше исследование показало, что 72,6% обследованных детей имели неблагоприятный преморбидный фон – анемия различной степени тяжести 40% испытуемых детей, проявления экссудативно – катарального диатеза у 19% исследуемых детей. Паратрофия, связанная со вскармливанием неадаптированными молочными смесями встречалась у 28% случаев. Наличие отягощенного течения беременности отмечалось у 48 детей (42%), отягощенный аллергологический анамнез встречался у 13% детей. 31% исследуемых детей находился на искусственном вскармливании. Факторами риска также является частое и необоснованное применение антибиотиков (23 ребенка) и несоблюдение сроков между перенесенным ОРВИ и прививкой (5).

Таким образом, выявление факторов риска позволяет более целенаправленно разрабатывать план реабилитационных и профилактических мероприятий по предупреждению обструктивного бронхита у детей раннего возраста.

**ГЕНО- И ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ  
НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ  
У ДЕТЕЙ В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Товстенко Ю. В, студентка 3-го курса,  
Самир Тауфик Дандан, аспирант кафедры педиатрии №1  
Научный руководитель – проф. Смиян А.И.  
СумГУ, кафедра педиатрии №1*

Детская смертность от пневмонии на Украине занимает третье место после перинатальной патологии и врожденных пороков. Среди детей до года летальность от пневмонии в разных регионах Украины составляет от 1,5 до 6, а смертность детей первого года от 3 до 5 на 10000 детей.

Целью работы было установить фено- и генотипические признаки неблагоприятного течения пневмонии у детей.

Обследовано 90 детей (45 мальчиков и 45 девочек), больных острой пневмонией. В зависимости от исхода заболевания все дети были разделены на две группы: 1-я – благоприятный (62 ребенка), 2-я - неблагоприятный (28 детей).

Из генных маркеров исследовали группы крови, Rh-принадлежность, учитывали также пол ребенка, массу тела при рождении. Полученные результаты обработаны статистическим методом Стьюдента. Количество мальчиков и девочек в обеих группах было одинаковым ( $p > 0,05$ ).

Установлено, что низкая масса тела при рождении (меньше 3000 г) отмечается достоверно чаще (75,0%) среди детей с фатальным исходом пневмонии ( $p > 0,05$ ).

Среди детей заболевших острой пневмонией, независимо от пола, одинаково часто встречались 0 (I), A (II), B (III) группы крови и только реже ( $p < 0,01$ ) AB (IV). У детей 2-й группы по сравнению с 1-й чаще встречалась A(II) группа крови (соответственно  $46,4 \pm 9,6$ ,  $22,6 \pm 5,35$ ,  $p < 0,05$ ). Зависимости от пола детей установлено не было ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, низкая масса тела при рождении и A (II) группа крови являются факторами риска неблагоприятного исхода пневмонии.

**ВЛИЯНИЕ СОСТАВА ПРОВОДИМОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ НА  
СОСТОЯНИЕ КРАСНОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С  
ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ**

*Федорченко Н.В., врач-интерн  
специальности «Семейная медицина»*

*Научный руководитель – проф. Попов С.В.*

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии № 1*

Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) является одним из наиболее частых патологических состояний периода новорожденности. Вопросы совершенствования терапии при указанной нозологической форме, предупреждения возможных осложнений, в том числе ятрогенного характера являются весьма актуальными. Одним из широко применяемых направлений лечения ГИЭ, в силу значительного риска реализации инфицирования, является антибиотикотерапия.

Целью настоящего исследования было изучения изменений показателей красной крови – количества эритроцитов и уровня гемоглобина – на фоне применения различных антибактериальных средств у новорожденных с ГИЭ.

Было проанализировано 35 историй болезни новорожденных детей с ГИЭ тяжелой степени. Для выяснения наличия и степени фактора антибиотикотерапии на параметры красной крови использовался дисперсионный анализ по альтернативному и однофакторному комплексу.

Полученные данные свидетельствовали о наличии отрицательного влияния антибактериальной терапии на изучаемые показатели. Воздействие на количество эритроцитов для всех антибиотиков оказалось меньшим, чем на уровень гемоглобина. Негативный эффект – от более выраженного к менее выраженному - распределялся следующим образом: ампиокс – гентамицин – ампициллин - цефтриаксон – цефазолин.

Таким образом, при решении вопроса о назначении антибиотикотерапии новорожденным группы риска по развитию анемии, предпочтение должно отдаваться цефалоспорином: 1 поколения - цефазолину и 3 поколения – цефтриаксону.

## **ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ЩО ЧАСТО ХВОРІЮТЬ**

*Камінська В.М., Чорна О.О., лікарі - педіатри*

*Науковий керівник – доцент Бинда Т.П.*

*Сумська міська дитяча клінічна лікарня*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1*

Однією з найважливіших проблем сучасної педіатрії залишаються часто хворіючі діти (ЧХД). Серед імуномодуючих препаратів заслуговують уваги неспецифічні рослинні адаптогени, імуномодулятори мікробного походження.

Нами у лікуванні ЧХД протягом двох останніх років застосовувалися антигомотоксичні препарати. Це комплексні препарати, які містять в собі компоненти рослинного мінерального та тваринного походження та діють дезін-

токсикаційно та імунокоригуючи. І, як наслідок, активують власні захисні сили організму.

В нашій практиці з цієї групи використовувались такі препарати, як лімфоміозот, еуфобіум композитум, ехіноцея композитум. Препарати застосовувались у двох груп хворих, загальною кількістю 35 дітей віком від 3 до 15 років.

Першу групу складала 21 дитина, або 60%. Це ЧХД з гіпертрофією носоглоточного кільця Пірогова II-III ступеню. Цим дітям призначалась комбінація лімфоміозоту з ехіноцеєю композитум. Лімфоміозот призначався у вигляді кромель сублінгвально у вікових дозах протягом 1 міс. Ехіноцея комеюзітум парантерально курсом від трьох до восьми інфекцій за індивідуальною схемою (від 1 разу на тиждень до 1 разу в 2-3 дні).

Серед дітей групи ЧХД чимало зі схильністю до алергії. А тому, другу групу (14 дітей, або 40%) склали діти з алергічними ринітами та ринопатіями. Їм застосовували лімфоміозот в комбінації з еуфобіум композитум. Лімфоміозот призначався в вікових дозах протягом від 1 до 3 місяців. Еудобіум композитум місцево у вигляді спрею для носу терміном 1 міс.

Слід відмітити, що у дітей обох груп 100% спостерігалось покращення загального стану. Діти, отримуючи препарати, не хворіли гострими респіраторними захворюваннями.

У 8 пацієнтів (57%) з другої групи значно покращилось, а у 6 дітей (43%) повністю відновилась носове дихання.

Віддалені результати свідчать, що у 25% дітей з гіпертрофією носоглоточного кільця зменшилось в об'ємі лімфоїдна тканина і у цих дітей відпала необхідність хірургічного втручання.

В жодному випадку не спостерігалось побічної дії застосованих препаратів.

Таким чином, досвід застосування антигомтоксичних препаратів виявився ефективним і може бути рекомендованим для застосування у педіатричній практиці.

## **ДИНАМИКА ТЯЖЕСТИ ИНТОКСИКАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ КРАСНОЙ КРОВИ**

*Юрченко А.В., врач-интерн*

*специальности «Семейная медицина»*

*Научный руководитель – проф. Попов С.В.*

*Сумский государственный университет, кафедра педиатрии № 1*

Поражение центральной нервной системы в виде гипоксически-ишемической энцефалопатии – одно из наиболее частых патологических состояний. В то же время, кроме ЦНС при гипоксии повреждаются и другие органы и системы. Это ведет к развитию полиорганной недостаточности и

синдрому ендогенної інтоксикації. Останнє усугубляє тяжкість течення ГІЕ, ускладнює прогноз відносно життя і здоров'я.

Цілью дослідження було вивчення вираженості і динаміки синдрому ендогенної інтоксикації за показателями лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) і гематологічного показателя інтоксикації (ГПІ).

Було проаналізовано 35 історій хвороби новонароджених дітей з ГІЕ тяжкої ступеня. Вказані індекси розраховувалися впродовж усього неонатального періоду. Отримані результати були оброблені методами варіаційної статистики.

Значення індексів ЛІІ і ГПІ знижувалися до закінчення неонатального періоду. Направленість і вираженість динаміки ЛІІ і ГПІ була однаковою. Однак було відзначено наявність двох епізодів більш високих значень індексів. Перший – на 2-4-і дні, що збігається з представленням наявності критичного періоду в стані новонароджених з ГІЕ тяжкої ступеня на 3-й день. По-видимому, вираженість синдрому ендогенної інтоксикації вказане час є найбільшою. Другий – на 7-11-й день, що може бути пов'язано, можливо, зі зміною оточуючого мікробного пейзажу при переведенні дитини з відділення інтенсивної терапії в відділення патології і відповідної реакції на це імунної системи.

## **МІКРОЯДЕРНИЙ ІНДЕКС У СОМАТИЧНИХ КЛІТИНАХ ДІТЕЙ З УРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ**

*Підвисоцька Н.І., Вдовічен А.М., Фугело Н.М.*

*Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. Сорокман Т.В.*

*Буковинська державна медична академія*

*Кафедра факультетської педіатрії та медичної генетики*

Клітини букального епітелію ротової порожнини є одним із неінвазивних тестів, що відображають загальний стан людини. Робочою гіпотезою дослідження було припущення, що мікроядерний індекс (МЯІ) може слугувати маркером уроджених вад серця (УВС). Вивчено показники мікроядерного тесту у клітинах букального епітелію 53 дітей із УВС та 31 дитини контрольної групи. Встановлені статистично значущі відмінності у показниках МЯІ у вибірках дітей. У дітей із УВС середній показник МЯІ дорівнював  $3,2 \pm 0,46$  умов. од. У дітей групи контролю середнє значення мікроядерного тесту було суттєво меншим і склало  $2,2 \pm 0,41$  умов. од. ( $p < 0,05$ ). Фонові значення МЯІ в дітей основної та контрольної груп достовірно не відрізнялися і становили близько 2,0%. Визначено, що у дітей із УВС рівень пошкодження генетичного матеріалу – середній (25) та вище середнього (12), у дітей контрольної групи – низький (14) та нижче середнього (9). Точність методу становить 79,76%, поширеність – 63,09%, чутливість – 83,01%, специфічність – 74,19%.

Передбачувана цінність: позитивна - 84,61%, негативна - 71,87%. Показники епідеміологічних ризиків зростання ймовірності УВС за умови перевищення середнього значення МЯІ букального епітелію дітей становили: абсолютний ризик (AR) – 58%, відносний ризик (RR) – 3,32 раза (95% ДІ: 2,9-5,2). Пропорційність шансів (OR) – 14,05.

Таким чином, показник мікроядерного тесту можна використовувати в якості маркеру УВС у зв'язку із високою специфічністю та позитивною передбачуваною цінністю.

## **СТАН БІОЦЕНОЗУ НОСОГЛОТКИ ГРУПИ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ЯКІ ЧАСТО І ТРИВАЛО ХВОРИЮТЬ**

*Романюк О.К., доцент кафедри педіатрії №1; Гончарова Н.Ф.,  
Гринько Т.Ю., Кравченко Н.Л., лікарі-педіатри  
Сумський державний університет, кафедра педіатрії №1  
Сумська міська дитяча клінічна лікарня*

Метою даної роботи був аналіз результатів мікробіологічного дослідження носоглотки у 101 дитини віком від 1 до 8-ми років, які перебували на лікуванні у відділенні реабілітації СМДКЛ в зимовий період часу. Бактеріологічні дослідження висівів із зіву у всіх дітей проводилось в інтеркурентному періоді. 75 хворих (74,25%) перебували на диспансерному обліку як часто-тривалохворіючі, 23 дитини (25,75%) хворіли епізодично впродовж року.

Діти, віком від 1 до 3-х років склали групу з 11чол. (10,9%), від 3-х до 6-ти років – 51 хворий (50,5%), старше 6-ти років – 39 (38,6%). Позитивну динаміку бактеріологічного дослідження спостерігали у 79,2% випадках. Більш тривалого лікування потребували діти із диспансерної групи.

Спектр збудників, які виділені з носоглотки, виглядав наступним чином. У віковій групі до 3-х років виділяли *Streptococcus pyogenus*, *Streptococcus mytis* у 8 хворих (72,4%), *Staphylococcus aureus* – у 1 хв. (9,09%). У дітей з 3 до 6-ти років - *Streptococcus pyogenus*, *Streptococcus mytis*, *Streptococcus pneumoniae* – у 37 хв. (72,5%), *E. coli* – у 2-х хворих (3,9%), *Staphylococcus aureus* – 5 дітей (9,8%). У дітей старше 6-ти років – стрептокок висівався у 22 хв. (56,4%), *E. Colli* в одному випадку, *Staphylococcus aureus* – у 7 хв. (17,9%).

Отже, практично у всіх дітей виділено грам позитивну флору, серед якої домінують стрептококи, стафілокок. Стрептококи загалом виділялися приблизно у 70% випадків, стафілокок – у 13хворих (12,9%), кишкова паличка у 3-х випадках (2,9%). Виділення *Staphylococcus aureus* із носоглотки не завжди є доказом його ролі в етіології захворювання, так як він розглядається як один з представників нормальної мікрофлори носо-ротоглотки. *Streptococcus pneumoniae* висівався переважно (86%) у часто хворіючих дітей та у 4% випадків було зареєстровано висівання грибів роду *Candida*. У 2/3 випадків серед частотривалохворіючих дітей висівалися бактеріальні міксти.



## **УРАЖЕННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

*Бойчунь А.А., студент 3-го курсу; Коверя О.І.- лікар-інтерн*

*Науковий керівник – доц. Романюк. О.К.*

*Сумський державний університет*

*Кафедра педіатрії №1*

Серед захворювань дитячого віку одне з провідних місць займає патологія органів травлення. Для дитячого організму є характерним раннє втягнення до патологічного процесу різних органів шлунково-кишкового тракту. Найчисленнішу групу складає ураження гастродуоденальної зони. Мета роботи – дослідити особливості діагностики та лікування захворювання підшлункової залози (ПЗ) при хронічних гастродуоденітах у дітей. Проведено ретроспективний аналіз 72 історій хвороби пацієнтів педіатричного відділення СМДКЛ за лютий-березень, за час, який вважається періодом загострення гастродуоденальної патології. Серед хворих переважала кількість дівчаток – 55,5% проти 45,5%. За даними літератури (Сміян І.С., 1997), підшлункова залоза втягується в патологічний процес в 1/2-1/3 дітей з гастродуоденобілярною патологією. При дослідженні виявлено, що діагноз диспанкреатизму виставлено у 30 випадках, що становить 41,7% і зустрічається достовірно частіше у дівчаток (66,7%). Діагностика ураження ПЗ базувалася на скаргах (нудота, дискомфорт в епі-, мезогастрії, послаблення стула), даних копрологічного дослідження, ультразвукового обстеження органів черевної порожнини. За даними дослідження у дітей із супутньою патологією ПЗ переважали скарги біль в епігастрії, лівому підребер'ї (77,8%), нестійкий стул (39,8%), метеоризм (43,9%), нудоту (33,9%), блювоту (12,8%). Хоча за даними літератури явище диспанкреатизму у дітей частіше виникають на тлі вегетативних дисфункцій у підлітковому віці (Коротко Г.Р., 1999, Салович М.Н., 1999), результати досліджень вказують на те, що у дітей 8-10 річного віку ПЗ втягується в патологічний процес у 100% випадках. Це пояснюється окрім спільності кровопостачання, лімфообігу та нейрогуморальної регуляції більш вираженою функціональною, морфологічною незрілістю органу. Проведено оцінку успішності лікування гастродуоденальної патології зважаючи на ураження ПЗ. Одним із недоліків використання поліферментних препаратів є призначення без урахування стану кислотопродукуючої функції шлунка, його кінетичної здатності, рН дуоденального вмісту.

Отже, наявність клінічних, лабораторних ознак ураження ПЗ є показом до застосування поліферментних препаратів.

## **ДО ПИТАННЯ ПОШИРЕНOSTІ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД ПІДЛІТКІВ м. СУМ**

*Матлай О.І., Самусь О.К., студенти 3-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Романюк О.К.*

**Сумський державний університет**  
**Кафедра педіатрії №1**

Проблема залучення підлітків до тютюнопаління, вживання алкоголю залишається актуальною. Серед старшокласників м. Сум прочитано курс лекцій санпросвітнього характеру з паралельним анкетуванням. Отримано та проведено аналіз 198 анкет. Отримане анонімне анкетування дев'яти – десятикласників м. Сум свідчить, що 24,9% учнів є курцями. Переважна більшість підлітків (90%) проінформовані про негативний вплив тютюну на організм, проте лише половина з них (45%) не вживають тютюн. У 70% випадків опитаних звертають увагу на те, що дорослі палять у їх присутності. Встановлена кореляція між палінням опитуваних та їх батьків. У підлітків, що палять, 86% батьків мають цю ж звичку. 35% респондентів вперше спробували спиртне за сімейним столом.

Більшість підлітків пов'язують початок паління, вживання алкоголю з наявністю психологічних проблем – 58,6%, переважно сімейного характеру.

Отже, боротьба із пагубними звичками може бути більш ефективною на рівні родини, що потрібно враховувати при організації санпросвітньої роботи.

**АКТУАЛЬНІЕ ВОПРОСЫ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ  
ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ**

*Заикина Т.И., врач-интерн*

*Научный руководитель – доц. Романюк О.К.*

*Сумської державний університет*

*Кафедра педіатрії №1*

Хронический гастродуоденит составляет более 70% среди всех заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей и его частота возрастает с каждым годом, что обуславливает значительную актуальность гастродуоденита как педиатрической проблемы.

Было обработано 100 историй болезней детей с диагнозом хронического гастродуоденита, которые с марта по июнь 2003г. находились на лечении в педиатрическом отделении СГДКБ. В процессе исследования было установлено, что девочки болеют гастродуоденитом в 2,5 раза чаще и в несколько более раннем возрасте ( $9,6 \pm 2,4$  лет против  $9,9 \pm 1,7$  лет – у мальчиков). Чаще всего заболевание развивается в переходной между младшим и средним школьным возрастом период, причём у девочек отмечается варьирование времени возникновения заболевания в более широком возрастном интервале.

Наиболее значимыми факторами являются отягощённая по заболеваниям гастродуоденальной зоны наследственность, неблагоприятный социальный анамнез. раннее прекращение грудного вскармливания (ранее 6 месяцев

жизни ребёнка). Среди клинических синдромов лидирует болевой, на втором месте находится диспептический, на третьем – астеновегетативный синдромы. Раннее прекращение грудного вскармливания наряду с отягощённой по заболеваниям гастродуоденальной зоны наследственностью можно рассматривать как фактор риска возникновения гастродуоденита в дальнейшем.

При эндоскопическом исследовании у подавляющего числа больных (84%) был выявлен поверхностный гастродуоденит, и лишь в 12% были выявлены участки гипертрофии эпителия антрального отдела желудка, а в 4% - эрозивный бульбит. При проведении рН-метрии у 98% детей определялась абсолютная или субтотальная гиперсекреция. Среди сопутствующих заболеваний на первом месте находятся функциональные изменения со стороны сердца, вегетососудистая дистония по смешанному типу и диспанкреатизм. Наиболее эффективными в плане лечения оказались сочетание де-нола, квамата, оспомокса и метронидазола, или сочетанное применение де-нола, омепрозола и амоксицилина. Наименее эффективна монотерапия любым из вышеперечисленных препаратов.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**

*Витковская Е.М., врач –интерн*

*Научный руководитель – доц. Романюк О.К.*

*Сумской государственной университет*

*Кафедра педиатрии №1*

Ключевым фактором, который определяет эффективность антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей, является соответствие противомикробного спектра назначаемого препарата набору возможных возбудителей. Планирование эмпирической антибактериальной терапии основывается на знании вероятной этиологии заболевания и данных о подтвержденной в контролируемых клинических исследованиях эффективности тех или иных препаратов при инфекциях известной этиологии. Цель работы – изучение роли бактериальных возбудителей ОРЗ у детей (частота определения того или иного возбудителя, клиническая картина, лабораторные показатели в зависимости от этиологии), а также выбор метода лечения (назначалась ли антибактериальная терапия), и его рациональность (является ли выделенный возбудитель чувствительным к данному антибиотику).

Бактериальная этиология ОРЗ изучалась на основании анализа историй болезни детей, лечившихся в СГДКБ в инфекционном отделении №1 в период с 01.08.03 по 30.09.03. Исследовано более 200 историй болезни детей в возрасте от 1 мес. до 10 лет с различными формами острых респираторных заболеваний. Были отобраны 100 историй болезни детей, у которых при бак-

териологическом посеве содержимого из носа и зева определена патогенная флора. Проведен анализ особенностей течения, клиники, частоты и выраженности осложнений при высеваемости того или иного возбудителя. В работе поднята проблема частоты назначения антибиотикотерапии и выбор стартового антибактериального препарата при лечении ОРЗ у детей.

## **Педіатрія №2**

### **К ВОПРОСУ О МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ У ДЕТЕЙ**

*Бабичев А.М., Бабичева А.А.*

*Сумской педагогический университет*

*им. А.С.Макаренко, СОДКБ*

Целью данной работы явилось изучение причин возникновения функциональных и метаболических нарушений миокарда у детей. Термин “метаболическая кардиопатия” отражает изменения в клетке миокарда, возникающие в следствие ее повреждения различными неблагоприятными факторами: перенесенная гипоксия в перинатальном периоде, наличие хронических очагов инфекции, чрезмерные физические и психо-эмоциональные нагрузки, полидефицитная анемия, гиподинамия и прочие факторы.

Под нашим наблюдением за последние три года в кардиологическом отделении в СОДКБ находилось 453 ребенка в возрасте от 1 месяца жизни до 15 лет. Чаще кардиопатии отмечались у девочек (65%), причем у детей старшего школьного возраста. У большинства из них отмечались симптомы вегетативной дисфункции: лабильность пульса, гипергидроз ладоней и стоп, симптом “белого пятна.” Кроме общеклинического, проводилось инструментальное обследование с помощью электрокардиографии, фонокардиографии, кардиоинтервалографии, эхокардиографии. Полученные результаты у всех больных свидетельствовали о нарушении процессов реполяризации, ускорении атриовентрикулярной проводимости – у 65% детей.

В качестве противодистрофического лечения применялись АТФ-лонг, кокарбоксилаза, рибоксин, препараты калия, поливитамины, бальнеолечение, проводилась санация хронических очагов инфекции. Из нетрадиционных методов проводилась магнитотерапия с помощью прибора “магнито-балансер” японско-венгерской фирмы из расчета одна минута времени на 10 кг массы тела детям с 2-летнего возраста на лучевую артерию. После проведенного курса лечения у 78% больных кардиалгии исчезали полностью, а у 28% - отмечались значительно реже.

Применение нетрадиционных методов лечения в комплексе с общепринятыми заслуживают дальнейшего наблюдения и может быть рекомендовано в лечебной практике.

## **ПРЕВРАТНОСТИ МЕТОДОВ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ**

*Биттерлих Л.Р.*

*Сумская областная детская клиническая больница*

Внедрение в Сумах современных методов нейровизуализации – эхо-вентрикулометрия с использованием НейроСканнера А3 (Биттерлих Л.Р., 2001), нейросонография, компьютерная спиральная томография позволяя-ет отличить норму от патологии.

Проблемой может быть неадекватная трактовка выявленной патологии врачом. Примером несоответствия украинской науки мировым стандартом является частая постановка диагноза «Церебральный арахноидит» по данным проведенной компьютерной томографии в г. Сумы и г. Харькове. Вместе с тем, при изучении зарубежных атласов и руководств по компьютерной томографии, а также при поиске в Интернете – не удалось обнаружить признаков существования этого заболевания вне пределов бывшего СССР.

Другой пример: гидроцефальный синдром (расширение ликворных пространств) в подавляющем числе случаев трактуется, как признак внутричерепной гипертензии. Нами используется методика ультразвуковой оценки уровня внутричерепного давления на приборе НейроСканнер А3, разработанная на основе авторского свидетельства на изобретение N 1734695. Благодаря использованию изобретения доказано, что более чем у 90 % пациентов с расширением ликворных пространств внутричерепное давление не повышено, а гидроцефальный синдром является признаком атрофии вещества мозга, а не ликворной гипертензии.

В настоящее время сотрудники ведущих неврологических клиник страны обучены работе на транскраниальных доплерах в Украинском Научно-Методическом Центре ультразвуковой диагностики «Истина», которое считается ведущим учреждением в стране. Одним из открытий руководителя Центра доктора мед. наук Луцик У.Б. является методика определения внутричерепного давления. Заключение Центра содержат указания о наличии у амбулаторных больных внутричерепного давления, равного диастолическому или систолическому артериальному давлению. Однако, по данным всемирно известных реаниматологов (Дж. М. Пеллок, Э.К. Майер, 1988, Л.М. Попова, 1983), столь высокое внутричерепное давление несовместимо с жизнью, а заключения из Центра «Истина», следовательно, несовместимы с истиной.

## **РЕАЛЬНЫЕ СПОСОБЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ**

*Биттерлих Л. Р.*

*Сумская областная детская клиническая больница*

Научные публикации в отечественных медицинских изданиях зачастую вводят в заблуждение практического врача, мало знакомого с методиками статистической обработки результатов инструментальных

обследований, относительно реальной ценности этих обследований. Примером является использование метода реоэнцефалографии в детском возрасте. Научные исследования позволяют с помощью статистической обработки данных делать выводы о преобладании гипертенуза или гипотонии в сравниваемых группах больных. В то же время, из-за большого разброса показателей в каждой группе невозможно достоверно определить, имеется ли у конкретного ребенка в одной из этих групп норма или патология на реоэнцефалограмме. Нами проведен анализ исследований 21 автора по определению средних значений различных параметров РЭГ у здоровых детей дошкольного и школьного возраста. Значительный разброс средних показателей основных параметров РЭГ при количественном анализе и противоречивые данные о их динамике с возрастом свидетельствует об отсутствии надежных показателей возрастной нормы РЭГ у детей, что не позволяет достоверно отличить здорового ребенка от ребенка с сосудистыми нарушениями с помощью фоновой РЭГ.

Общепринятая методика транскраниальной доплерографии является основным способом оценки мозгового кровообращения при остром нарушении мозгового кровообращения. Для диагностики хронических нарушений мозгового кровообращения оптимальной методикой является ЯМР в ангиографическом режиме. В г. Сумы доступны методики ультразвукового исследования внутречерепных сосудов на НейроСканнере АЗ (Л.Р.Биттерлих, 2001) и внутренней сонной артерии на двухмерных ультразвуковых приборах. О состоянии мозгового кровотока можно также судить по данным офтальмохромоскопии. Однако, термин “ангиопатия сосудов сетчатки”, столь частый в заключениях окулистов, отсутствует в медицинской литературе. Офтальмохромоскопия наиболее информативна для оценки выраженности возрастных и атеросклеротических изменений.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ РОКСИТРОМІЦИНУ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ**

*Гречана А.Г., студентка 5-го курсу;*

*Островська Р.М., СОДКЛ*

*Науковий керівник – доц. Загородній М.П.*

*СумДУ, кафедра педіатрії № 2*

Не дивлячись на успіхи досягнуті в лікування та профілактиці захворювань органів дихання у дітей, дана патологія залишається однією найбільш частою у дітей. Хламідійна інфекція досить часто є причиною захворювань органів дихання у дітей, хоча в більшості випадків виділення збудника лабораторно малодоступне.

Педіатрами та сімейними лікарями в практику починає впроваджуватись препарат Рокситроміцин, який досить ефективний при захворюваннях

органів дихання. Перевагою якого є не ін'єкційне його введення, низька токсичність, широкий спектр дії.

Для вивчення ефективності використання даного препарату нами були вивчені 60 історій хвороби дітей, яким використовувався Рокситроміцин в комплексному лікуванні хворих пневмоніями та бронхітом в пульмонологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні в 2003 році. Серед 60 дітей діти до 3 років склали 26,7% (16 осіб), 4-7 років 12,7% (13 осіб), 7-14 років – 15,6%. Всі хворі, історії яких аналізувалися, поступили у пульмонологічне відділення через 7-10 днів від початку захворювання. До поступлення у відділення лікувалися амбулаторно чи в дитячих відділеннях ЦРЛ (одержували гентаміцин, пеніциліни, цефазолін та інші антибіотики). Стан хворих при оформленні в пульмонологічне відділення був важкий чи середньої важкості. В більшості випадків хворим з перших днів лікування в СОДКЛ призначалися цефалоспорины (75%), лінкоміцин (15%) та інші. В зв'язку з неефективністю призначеного лікування хворим був призначений Рокситроміцин у віковій дозі. При цьому відмічено що стан дітей покращився на 2-3 день після призначення Рокситроміцину в 45% хворих, на 4-5 день в 40% хворих. Враховуючи тривале лікування антибактеріальними препаратами хворі були обстежені на грибки роду *Candida*, які були виділені в 4 хворих (6.7%). При аналізі показників крові звернена увага на те, що лейкоцитоз та зрушення лейкоцитарної формули вліво при поступленні хворих відмічалися в 18.3% хворих, прискорена ШОЕ в 36.7%.

Таким чином використання Рокситроміцину при захворюваннях органів дихання досить ефективно як дітям раннього, так і старшого віку.

## **ВИКОРИСТАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ**

*Козир Ю.М.*

*Науковий керівник – проф. Маркевич В.Е.*

*Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

На сучасному етапі проблема гастродуоденітів займає одне з ведучих місць серед патології дитячого віку. Насамперед це пов'язано з переважно низьким рівнем матеріального забезпечення сімей, з зміною акцентів у харчуванні дитини (поява швидкосупів, сухих сніданків, різних газованих напоїв з есенціями і стабілізаторами). Зниження життєвого рівня більшості населення держави також зробило практично неможливим при інфікуванні хелікобактерною інфекцією проводити лікування всієї родини одночасно. Європейськими економістами підраховано, що для запобігання хвороб шлунково-кишкового тракту необхідно мати сукупний річний прибуток на 1 людину близько 70 тис. доларів. Тому постає питання, що робити. Проводити лікування згідно стандартів кожні півроку, або додатково шукати шляхи до покращення стану дітей та введення їх в довготривалу ремісію.

З 1997 року в Україні зареєстровано нові препарати фірми Neel, які випускаються з 1935 року в Німеччині. Ці лікарські препарати, які поєднали в собі класичну медицину (алопатію) та нетрадиційну медицину (гомеопатію).

Нами було обстежено та проліковано в умовах гастроентерологічного центру СОДКЛ близько 100 хворих дітей, які отримували антигомотоксичні препарати як у вигляді монотерапії, так і додатково до основного, стандартизованого, лікування. Призначення препаратів (Хепель, Мукора композитум, Нукс гоміка-Гомаккорд) проводилося згідно з рекомендаціями методичних листів, затверджених МОЗ України.

При цьому відмічено, що стан здоров'я дітей, які отримували поєднану терапію покращувався достовірно швидше, ніж у дітей, які отримували тільки стандартизовану терапію. В той же час відмічено, що діти в стані неповної ремісії хронічних гастродуоденітів, давали дуже добрі результати при лікуванні їх навіть монотерапією антигомотоксичними препаратами.

Таким чином використання антигомотоксичних препаратів при лікування хронічних гастродуоденітів є доцільне і ефективне в комплексному лікуванні у відповідності із існуючими протоколами. Ні одного випадку побічної дії на ці препарати нами не зареєстровано.

## **ОСОБЛИВОСТІ ОБМІНУ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ДІТЕЙ З ГІПОТРОФІЯМИ**

*Козир Ю.М.*

*Науковий керівник – професор Маркевич В.Е.*

*Обласна дитяча клінічна лікарня*

Проблема порушення мікроелементів (Zn, Cu, Co, Mn) у дітей раннього віку вивчена недостатньо. Як відомо, з участю мінеральних речовин проходять процеси всмоктування, секреції, кровотворення, згортання крові, виділення з організму. Враховуючи те, що при гіпотрофіях завжди наявні ознаки залізодефіцитної анемії, нами були вивчені особливості обміну мікроелементів Fe, Zn, Cu, Co, Mn. Ці мікроелементи приймають участь в кровотворенні (Cu, Fe, Co), а також в синтезі та активації гормонів (Zn, Cu, Mn), в обміні вітамінів (Co). Враховуючи, що більшість мікроелементів входять до складу ферментів, є їх каталізаторами, а при гіпотрофії порушуються процеси всмоктування та наявні виражені зміни білкового, жирового, вуглеводного обміну, ми ставили собі за мету в'яснити, чи наявні порушення обміну мікроелементів у таких дітей.

Нами проведено вивчення стану обміну мікроелементів у 12 дітей віком 6-18 місяців з гіпотрофією II ступеня аліментарного генезу (дефіцит маси тіла 21-30%) при наявності у них залізодефіцитної анемії середньої важкості. За групу порівняння взято 14 здорових дітей. Нами встановлено, що у дітей з гіпотрофією та анемією наявний дисбаланс мікроелементів. Виявлена кореляція між концентрацією в крові заліза, цинку, міді.



Дефіцит цинку може виникати внаслідок незбалансованого харчування з переважанням клітковини та фітатів, що порушує всмоктування його в слизовій оболонці кишечника (Prasad A., 1991), конкурування з іншими металами (кадмієм або кальцієм), порушення зв'язування з альбумінами, зниження синтезу трансферину, який зв'язує і транспортує цинк.

Необхідно вивчити зв'язок між концентрацією в крові цинку та рівнем в крові трансферину, ступенем гіповітамінозу у дітей з гіпотрофією.

## **ЕТИОЛОГІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ**

*Псарьова О.В., Лаба О.В., студенти 5-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Загородній М.П.*

*СумДУ, кафедра педіатрії №2*

Важливим моментом в ефективності призначення етіотропної терапії хворим з патологією органів дихання є врахування чутливості мікрофлори до антибактеріальної терапії.

Для вирішення питання чутливості мікрофлори до антибактеріальної терапії у дітей із захворюваннями органів дихання нами були проаналізовані 54 історії хвороби дітей шкільного віку (6-14 років), які лікувалися в пульмонологічному відділення СОДКЛ в 2003 році із бронхітами та пневмоніями. Серед цих дітей тільки 9 осіб поступили в перші три дні від початку захворювання. Решта лікувалися амбулаторно чи в дитячих відділеннях центральних районних лікарень.

Посіви мікрофлори мокроти були взяті в 1-2 день при оформленні хворих в СОДКЛ. Більшість хворих (88,9%) до постування в пульмонологічне відділення СОДКЛ одержували антибактеріальну терапію, проте стан не покращувався. Серед виділених збудників у дітей переважала мікрофлора: пневмокок – 66,7%, золотистий стафілокок - 25%, решта – епідермальний стафілокок та інші. Необхідно враховувати, що в частини дітей (історії хвороб яких не аналізувалися) мікрофлора не була виділена. Звернена увага, що не дивлячись на важкість стану хворих тільки в 29,4% хворих при поступленні у відділення відмічався лейкоцитоз, в 16,7% зрушення лейкоцитарної формули вліво. Ускорена ШОЕ відмічена в 63,3% хворих, що поступали у відділення, причому в 22,2% випадків ШОЕ була від 20 до 40 мм/год, що свідчить про значну диспротеїнемію. В 50% мікрофлора була не чутлива до левоміцетину, в 25% до цефалоспоринов 1 та 2 покоління, в 20% до антибіотиків пеніцилінового ряду, в 20% до гентаміцину, в 12,5% до лінкоміцину.

В пульмонологічному відділенні більшість дітей (41,1%) одержувала цефтріаксон, макроліти (35,3%), решта антибіотики інших груп. Необхідно відмітити, що ні в одному випадку не було виявлено стійкості мікрофлори хворих до цефалоспоринів 3-4 покоління.

Стан дітей покращувався після призначення лікування 3-5 добу. В 37% випадків антибактеріальна терапія дітям не призначалася.

Таким чином можна зробити висновок, що часте використання антибіотиків пеніцилінового ряду (ампіцилін, оксацилін, ампіокс) привело до значного зниження чутливості збудників до них. Подібна картина відмічена і щодо гентаміцину та цефазоліну. Призначення цих антибактеріальних препаратів при пневмоніях у дітей недоцільне.

## **АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Богданова А.В.*

*Научный руководитель – доц. Зайцев И.Э.*

*Сумская областная детская клиническая больница*

Верховной Радой третьего созыва был принят законопроект “О всеобщем обязательном государственном социальном медицинском страховании”. Основным его положением является формирование самоуправляющейся некоммерческой организации – фонда социального медицинского страхования, который бы осуществлял финансирование основной части расходов на здравоохранение.

В странах Европейского Союза этот вид страхования сформировался путем спонтанного развития обществ взаимного страхования — больничных касс. Они играют роль эффективного посредника между застрахованными гражданами и медицинскими учреждениями, который обеспечивает предоставление медицинской помощи в надлежащем объеме и защиту прав застрахованного лица.

Особого внимания заслуживает взаимосвязь социального страхования и страхования на гражданско-правовых основах. Основной чертой этой взаимосвязи является альтернативность и комплиментарность: гражданско-правовое и социальное страхование могут заменять или дополнять друг друга. Например, социальное страхование в обязательном порядке обеспечивает предоставление установленного законом гарантированного минимума медицинской помощи, а гражданско-правовое на добровольных основах возмещает дополнительные затраты.

В нашем городе в конце 2003 года также была создана Городская больничная касса. К настоящему моменту более 9000 сумчан уже оформили членство в больничной кассе. Часть из них уже оценили преимущества

Больничной кассы: внося ежемесячно небольшую сумму, в случае необходимости, человек может получить весь спектр медицинских услуг.

## **БЕЗПЕЧНІСТЬ ВНУТРІШНЬОМ'ЯЗОВОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЗАЛІЗА ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНІЙ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ**

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

З метою лікування залізодефіцитної анемії (ЗДА) у 48 дітей раннього віку при непереносимості або неефективності пероральних препаратів заліза та за наявності вираженого дефіциту заліза в організмі дитини і пов'язаної з ним затримки розумового та фізичного розвитку застосовували внутрішньом'язове введення препарату Мальтофер. Для корекції вітамінної недостатності частина дітей (23) разом з Мальтофером отримувала перорально протягом 1-го місяця вітаміни А, С та Е. Розрахунок курсової дози Мальтоферу проводили за запропонованою виробником формулою. Препарат вводили внутрішньом'язово в дозі 25 мг/добу дітям вагою менше 6 кг, 50 мг/добу при вазі більше 6 кг. Ін'єкції виконували через день, курс лікування складав 4-7 ін'єкцій (8-14 діб).

Встановлено, що використання вітамінів А, С, Е значно підвищувало ефективність феротерапії. Вітаміни сприяли швидкому насиченню депо заліза, відновленню транспортного його пулу та вмісту і фізіологічного балансу міді та цинку. Феро - вітамініотерапія у дітей із ЗДА викликала активацію еритропоетин - синтезувальної функції, що сприяло стимуляції еритропоезу, розблокуванню функціонального дефіциту заліза та значно більшому підвищенню показників червоної крові.

Для контролю за безпечністю лікування контролювали рівень сироваткового заліза. На 14-15-ту добу від початку лікування він дорівнював  $20,59 \pm 0,9$  мкмоль/л, на 30-40-ву добу –  $22,35 \pm 1,56$  мкмоль/л. В жодній групі дітей не було зафіксовано рівня сироваткового заліза, який би свідчив про передозування препарату заліза ( $30-66$  мкмоль/л), що вказує на безпечність Мальтоферу.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРОПУНКТУРИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЕНУРЕЗУ У ДІТЕЙ**

*Лобода Т.О., Ставничий В.Д.,  
Науковий керівник – асист. Лобода А.М.  
Сумська міська дитяча клінічна лікарня*

Протягом 3 років під спостереженням знаходилися 18 дітей віком від 5 до 12 років, що страждали на енурез. В усіх випадках проводилася медикаментозна лікування. Препаратом вибору був дриптан, що призначався в вікових дозировках (по 5 мг 2 або 3 рази за добу).

У 8 дітей (44,4%) дриптан застосовувався в комбінації з медикаментозною терапією (з використанням міліпраміну, рибофлавіну мононуклеонату, валеріани) та фізіотерапевтичними процедурами (ампліпульстерапія та парафіноозокеритові аплікації на ділянку сечового міхура). У 10 хворих (55,6%) вищезазначена терапія поєднувалася з лазеропунктурою по відповідним біоактивним точкам, що вибрані за класичними принципами рефлексотерапії (V12, V23, V34, V28, RP6, 14, E36, T4, V30, I1). Лазеролікування проводилось за допомогою інфрачервоного випромінювання від апарату УЛФ-1. час дії на одну точку складав 30 сек., загальний час – 4-6 хв. Курс лазеропунктури складався з 6 щоденних процедур, далі – 4 сеанси через день.

У всіх 8 дітей першої групи після першого курсу терапії дриптаном в комбінації з іншими препаратами відзначалося лише поліпшення перебігу захворювання. Тому ці діти потребували повторного курсу лікування через 6-12 місяців. Повторний курс включав вже й метод лазеропунктури.

У 6 хворих другої групи (60%) після першого курсу медикаментозної терапії в комбінації з лазеропунктурою спостерігалось повне зникнення клінічних симптомів. У 4 дітей (40%) одужання настало після повторного курсу лазеротерапії.

Таким чином, для підвищення ефективності лікування при енурезі доцільна комбінація медикаментозної терапії (антидеприсанти, корекція метаболічних розладів, вітамінотерапія), фіз. методів та лазеропунктури.

## **РОЛЬ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ У РОЗВИТКУ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ВАГІТНИХ**

*Маркевич В.В., Пилипець І.В.*

*Науковий керівник – професор Маркевич В.Е.*

*Сумський міський пологовий будинок*

*СумДУ, кафедра педіатрії №2*

За останні роки зростає увага дослідників до вивчення впливу інтерлейкінів на еритропез та розвиток анемії.

Досліджена роль так званих негативних регуляторів еритропоезу, до яких відносяться інтерлейкін-1 (ІЛ-1), інтерлейкін-4 (ІЛ-4), інтерлейкін-6 (ІЛ-6), фактор некрозу пухлин ( $TNF_{\alpha}$ ), в патогенезі залізодефіцитної анемії у вагітних.

Встановлено, що залізодефіцитна анемія у вагітних виникає внаслідок значного зменшення концентрації сироваткового еритропоетину (ЕРО) на тлі підвищення рівня ІЛ-1, ІЛ-4 та, можливо, ІЛ-6.

Найбільші зміни в системі інтерлейкінів ми спостерігали при анемії важкого ступеня. Концентрація  $TNF_{\alpha}$  при вагітності зменшується. Знайдена від'ємна кореляція  $TNF_{\alpha}$  з сироватковим рівнем ЕРО.

Вірогідно, що  $TNF_{\alpha}$  запускає складний інтерлейкіновий механізм, який може бути чинником пригнічення еритропоетин - синтезувальної функції та сприяє розвитку анемії у вагітних жінок.

## **ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ АКТИФЕРІНОМ ТА КОМПЛЕКСОМ ВІТАМІНІВ НА ПЕРЕБІГ РАННЬОЇ АНЕМІЇ НЕДОНОШЕНИХ**

*Шевченко Ю.Ю., Мороз Т.Д.*

*Науковий керівник – проф. В.Е. Маркевич  
Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Анемія є однією з найбільш частих патологій у дітей раннього віку. У недоношених дітей ця проблема стоїть особливо гостро. Погляди на патогенез ранню анемію недоношених (РАН) є досить неоднозначними. Основними факторами в патогенезі РАН вважають дефіцит гемопоетичних факторів (заліза, фолієвої кислоти, білка), недостатність еритропоетину, підвищений гемоліз еритроцитів, особливість типу гемоглобіну, фізіологічну гемодилуцію, лабораторні втрати та ін. За даними деяких дослідників РАН розвивається на тлі достатнього депо заліза. Проте основними принципами лікування та профілактики РАН залишаються феро- та вітамініотерапія.

Метою дослідження було виявлення впливу лікування актиферіном та комплексом вітамінів А, С, Е на перебіг РАН.

Всі діти (80) з анемією ( $Hb < 120$  г/л) були розподілені на три групи: I гр. – отримувала терапію актиферіном та комплексом вітамінів А, С, Е; II гр. – комплексом вітамінів А, С, Е; III гр. - монотерапію вітаміном Е (контрольна група) (З обстежених було виключено дітей, що отримували гемотрансфузії еритроцитарної маси).

В динаміці у I, II і III групах рівень гемоглобіну знижувався і в середньому складав на 5 – 10 день  $147,9 \pm 5,1$  г/л,  $131,8 \pm 7,3$  г/л,  $140,5 \pm 2,4$  г/л; на 10-15 день  $131,4 \pm 6,7$  г/л,  $121,9 \pm 7,8$  г/л,  $123,4 \pm 2,6$  г/л; на 15-25 день  $118,9 \pm 7,6$  г/л,  $100,4 \pm 4,7$  г/л,  $111,4 \pm 2,5$  г/л; на 25-40 день  $83,8 \pm 3,4$  г/л,  $95,7 \pm 8,8$  г/л,  $94,3 \pm 2,4$  г/л; на 40-60 день  $82,5 \pm 4,2$  г/л,  $80,5 \pm 5,5$  г/л,  $87,9 \pm 6,6$  г/л відповідно.

Достовірної різниці рівнів гемоглобіну та кількості еритроцитів в різних групах не відмічено. В усіх групах ці показники в динаміці знижуються.

Отже лікування РАН актиферіном чи комплексом вітамінів А, С, Е є не ефективним.

## **ВПЛИВ НЕСПРИЯТЛИВИХ ФАКТОРІВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ НА ЧАСТОТУ ВИНИКНЕННЯ РАННЬОЇ АНЕМІЇ НЕДОНОШЕНИХ**

*Шевченко Ю.Ю., Мороз Т.Д.*

*Науковий керівник – проф. Маркевич В.Е.  
Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

В Україні щорічно народжується близько 20000 недоношених дітей. Частота ранньої анемії у них досягає 53,7%. Рання анемія недоношених (РАН) негативно впливає на інтелектуальний, психоемоційний, фізичний розвиток, імунну систему та ін.

Метою дослідження було вивчення впливу перинатальних факторів на частоту та ступінь важкості РАН.

Серед усіх 157 недоношених дітей, що лікувалися в СОДКЛ 63,3% (101) мали анемію. При недоношеності I ступеня частота анемії складала 48,8%, II ступеня – 79,7%, III – IV ступеня - 92,9%.

Найбільш низькі показники рівня гемоглобіну та кількості еритроцитів мали діти, народжені від юних матерів (до 17 років), діти від матерів службовців, студенток та учениць технікумів, ПТУ, середніх шкіл. Тоді, як у дітей від матерів робітниць і домогосподарок ці показники були дещо вищими.

Негативний вплив на показники крові мають серцево-судинні захворювання матері та ГРВІ перенесені підчас вагітності. На частоту та ступінь РАН суттєво негативно вплинули такі ускладнення вагітності та пологів як токсикоз першої половини вагітності, гестоз, нефропатія вагітних, розродження кесаревим розтинном.

Крім того діти, які перебували на штучному вигодовуванні мали більшу частоту анемії (82%), ніж ті, що отримували природне вигодовування (60%).

Отже досить велика кількість факторів впливають на частоту та ступінь важкості РАН.

## **ОБ'ЄМ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ В НЕОНАТОЛОГІЇ**

*Трембовецька Т.А., студ. 4-го курсу*

*Науковий керівник – асист. Лобода А.М.*

*СумДУ, кафедра педіатрії №2*

Проаналізована наукова література за останнє десятиріччя, присвячена питанню інфузійної терапії у новонароджених дітей.

В сучасній неонатології існує два підходи до інфузійної терапії. Перший – так звана „фізіологічна потреба в рідині”. Для новонароджених потреба в рідині поступово збільшується протягом першого тижня життя, потім стабілізується. Потреба у воді тим більше, чим менше гестаційний вік дитини. Це пов'язано з тим, що у недоношеної дитини при народженні менші запаси позаклітинної рідини, ці діти втрачають більше води шляхом перспірації.

Другий підхід базується на індивідуалізації водно - електролітного навантаження, тобто деякий відмежування від поняття „фізіологічна потреба в рідині”. Для забезпечення рідиною новонародженої дитини в перший тиждень життя потрібно вводити йому стільки води, скільки він її втрачає. Таким чином, потреба у рідині = діурез + перспірація + патологічні втрати рідини та

електролітів. З другого тижня життя цей об'єм збільшують на 2-3% для забезпечення росту.

Методами контролю за адекватністю ін фузійної терапії є визначення темпу діурезу, відносної густини сечі, гематокриту, динаміка маси тіла.

Слід відзначити, що при „сухому” веденні дитини підвищується в'язкість крові, частіше виникає гіпербілірубінемія. При використанні великих об'ємів рідини збільшується частота функціонуючого артеріального потоку, внутрішньочерепних крововиливів, неспецифічного виразкового коліту.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ГАСТРОДУОДЕНІТІВ У ДІТЕЙ**

*Солод А.Ю., Соколік С.В., студ. 4--го курсу*

*Науковий керівник – асист. Лобода А.М.*

*СумДУ, кафедра педіатрії №2*

Хронічна патологія органів травлення є дуже поширеною у дитячій популяції. Частота її коливається від 450 до 553‰. Перше місце в структурі захворюваності посідає хронічний гастродуоденіт.

Метою роботи було вивчити особливості клінічного перебігу та характеру лікування хронічного гастродуоденіту у дітей. Проаналізовано 100 історій хвороби дітей з хронічною патологією органів травлення, які проходили стаціонарне лікування в Сумській обласній дитячій клінічній лікарні у 2003 році. Серед обстежених дівчатка склали 59%, хлопчики 41%, мешканців міста було 54%, сільських мешканців 46%.

Діти надходили до стаціонару з діагнозом хронічний гастродуоденіт у 91% випадків, виразкова хвороба у 3%, гострий мезаденіт у 3%, гострий апендицит у 2%, ниркова колика у 1% випадків. Біль найчастіше локалізувався в епігастрії - у 86%, у 8% дітей - в навколопупкової ділянці, у 3% - в правому, у 3% - в лівому підребер'ї. У більшості випадків (70%) біль мав ниючий характер, у решти дітей - нападоподібний, переймистий. У 57% дітей больовий синдром не був пов'язаним з прийманням їжі. Майже у 40% дітей спостерігалися нудота або блювота. Половина обстежених мали погіршення апетиту.

При фіброгастроскопії дуоденогастральний рефлюкс різного ступеня виявлено у 41 дитини, гастророезофагеальний рефлюкс – у 13 дітей. Базальна гіперацидність за даними рН-метрії відзначалася у 49% хворих.

Встановлено, що найчастіше (45%) діти отримували “потрійну” терапію (амоксіцилін, фамотидин, фуразолідон або де-нол), “квадро- терапія” застосовувалася у 15% дітей. В той же час близько 40% дітей лікувалися недостатньо ефективно – у них застосовували “подвійну” або “монотерапію”.

## **ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ КОН'ЮГАЦІЙНОЇ ГІПЕРБІЛІРУБІНЕМІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ**

*Буцик Л.О., студ. 5-го курсу*

*Науковий керівник - доц. Пилипець І.В.*

*СумДУ, кафедра педіатрії №2*

За даними літератури неонатальна жовтяниця за останні 3 роки посідає 5 місце в структурі захворюваності новонароджених.

Нами проаналізовано 176 історій хвороби дітей, які знаходилися на лікуванні у відділенні патології новонароджених СОДКЛ. У 38 дітей (21,5%) у неонатальному періоді спостерігалася гіпербілірубінемія. У 13 дітей (34,2%) діагноз кон'югаційної жовтяниці був основним. Середній рівень загального білірубіну у пуповинній крові обстежених дітей становив 32,1 мкмоль/л. Іктеричність шкіри та слизових оболонок з'являлася на 2-5 добу життя і зберігалася 14-25 діб, а у 7 дітей (18,4%) вона мала затяжний перебіг. Максимальний рівень загального білірубіну досягав на момент госпіталізації 146-354 мкмоль/л. У всіх новонароджених відзначалося переважання непрямої фракції білірубіну.

Встановлено, що в пологах у новонароджених із затяжним перебігом жовтяниці, а також у новонароджених з високою гіпербілірубінемією використовувався оксітоцин.

У 9 новонароджених (23,6%) спостерігалися ознаки морфо - функціональної незрілості або затримки внутрішньоутробного розвитку за гіпотрофічним типом.

Всім дітям з рівнем білірубіну більше 200 мкмоль/л проводилася інфузійна терапія в обсязі 50мл/кг ваги на добу у поєднанні з фенобарбіталом 5 мг/кг/добу та 5% розчином сульфату магнія.

Синдром гіпербілірубінемії вимагає диференційного підходу при діагностиці та лікуванні жовтяниць у новонароджених. Поєднана терапія протягом 3-5 діб сприяла зменшенню рівня білірубіну майже в 2 рази, що дозволяло зменшити строки перебування дитини в стаціонарі.

## **ВПЛИВ НЕГАТИВНИХ ФАКТОРІВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ НА ВИНИКНЕННЯ ПОСТГІПОКСИЧНОЇ КАРДІОПАТІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ**

*Кулик О.М., студент 5-го курсу*

*Науковий керівник - доц. Пилипець І.В.*

*СумДУ, кафедра педіатрії №2*



Однією з важливих проблем перинатальної кардіології є гіпоксичне ураження серцево - судинної системи, яке зустрічається у 40-70% новонароджених, що перенесли перинатальну гіпоксію.

З метою вивчення негативних факторів перинатального періоду у дітей з постгіпоксичною кардіопатією проаналізовано 176 історій хвороби новонароджених, що лікувалися в СОДКЛ.

Діагноз постгіпоксична кардіопатія спостерігався у 20 дітей (11,3%). Усі обстежені діти мали клініко - інструментальні ознаки гіпоксичного ураження серця, що виникало на тлі перинатального ураження ЦНС гіпоксично - ішемічного або гіпоксично - травматичного генезу.

При аналізі анамнезу звертає на себе увагу розвиток вагітності на фоні скомпроментованого акушерсько - гінекологічного анамнезу. Протягом вагітності всім жінкам було встановлено діагноз анемії, загрозу переривання вагітності зафіксовано у 5 (25%), гестоз другої половини вагітності у 8 жінок (40%). Фізіологічних пологів у досліджуваній групі не було.

З'ясовано, що всі новонароджені ще внутрішньоутробно зазнали гіпоксичного впливу. У 50% дітей на тлі хронічної внутрішньоутробної гіпоксії розвинулася гостра інтранатальна. Аспірацію меконію було діагностовано у 3 новонароджених (15%), 4 дитини (20%) народилися з тугим кількарізним обвиттям пуповини.

Таким чином, пошкоджуючого впливу тяжкої перинатальної гіпоксії зазнає не тільки ЦНС, але і серцево - судинна система новонароджених. Наявність пізнього гестозу у вагітної найбільш часто (40%) призводило до виникнення гіпоксичного ураження міокарда у новонароджених.

## **МЕДИКАМЕНТОЗНА АЛЕРГІЯ У ДІТЕЙ**

*Загородній М.П.*

*СумДУ, кафедра педіатрії №2*

Багато медикаментів є прямими лібераторами гістаміну, мають токсичну дію в зв'язку з перевищенням дози чи недостатнім очищенням від сторонніх речовин при їх виготовленні. Істинна алергія завжди обумовлена імунологічним механізмом. По даним дослідників США, Франції, Великобританії більше 1% всіх алергічних реакцій на медикаменти закінчуються смертю. Найбільш частими причинами алергічних реакцій є антибіотики (80%), сульфаміаїди (35%), місцеві анестетики (15%). Найчастіше сенсibiлізація виникає при інгаляційному введенні препаратів, місцевому їх використанні. При внутрішньовенному введенні сенсibiлізація значно менша, ніж при внутрішньом'язовому чи підшкірному.

Питома вага псевдоалергічних реакцій складає 50-84% від усіх випадків побічної дії на медикаменти. Разом з тим віддиференціювати неалергічні реакції (псевдоалергічні) від істинних досить важко. Допомагає цьому детально зібраний алергічний анамнез, відсутність реакції на перше введення

препарату, незалежність від дози, наявність атопії, еозинофілії, наявність специфічних антитіл, можливість пасивного переносу гіперчутливості.

Нами проаналізовані 18 випадків побічної дії на медикаменти у дітей області за 2002-2003 роки (з яких половина на антибіотики пеніцилінового ряду), в 15 випадках побічна дія розцінена як алергічна. Реакції на препарати були відмічені в основному у вигляді висипів, які після відміни препарату на 2-3 добу зникали безслідно. Причому в половині випадків дітям додатково призначалися антигістамінні препарати. По наданих повідомленнях про побічну дію не можливо судити чи ці реакції були зумовлені алергічною дією, чи це прояви псевдоалергічної або токсичної реакції.

Таким чином, побічна дія медикаментів лікарями в більшості випадків не реєструється, а по ті формі, що подається в МОЗ України неможливо судити за рахунок чого побічна дія (токсична, псевдо алергічна чи істинно алергічна). Доцільно було б розробити спеціальні тести (тест-системи, алгоритми), які б дозволили відповісти на ці питання і вживати заходи по запобіганню побічної дії багатьох медикаментів.

## **АНАЛІЗ ПОМИЛОК ПІЗНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ СТОРОННІХ ТІЛ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

*Загородня А.П., Мінакова Н.Б.*

*Науковий керівник – доц. Зайцев І.Е.*

*Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

В області налагоджена система надання медичної допомоги дітям зі сторонніми тілами дихальних шляхів в умовах СОДКЛ, разом з тим випадки несвоєчасної діагностики у дітей раннього віку ще зустрічаються.

Нами проаналізовано 6 випадків несвоєчасної діагностики цієї патології у дітей раннього віку (за останні 5 років). Серед цієї групи дітей віком до 1 року було 3 дітей, до 2 років - 2, до 3 років - 1.

Всі вони поступили в діагностичне відділення СОДКЛ через 3-6 тижнів від початку захворювання. Батьками та особами, які вели догляд за дітьми, не відмічено день попадання стороннього тіла в дихальні шляхи, або розцінено його невірно. Протягом всього періоду знаходження вдома діти одержували амбулаторне лікування, а через 7-10 днів направлялися в дитячі відділення ЦРЛ де продовжували лікування. Дітям проводилося рентгенологічне дослідження, лабораторні обстеження. У всіх випадках захворювання спостерігалася клінічна картина бронхіту, із слабо вираженим синдромом інтоксикації, субфебрилітетом. У 4 випадках був незначний синдром обструкції. Діти одержували антибактеріальну терапію, інгаляції, еуфіллін, преднізолон, вітамініотерапію. Через 2-3 тижні кашель став мати приступоподібний характер, спостерігалися репризи і діти обстежувалися на коклюш. В аналізах крові спостерігався незначний лейкоцитоз, зрушення формули вліво (паличкоядерних 6-9%). Звернена увага на значне виділення мокроти, яка мала гнійний, а в

2 випадках гнилісний запах. В 5 випадках сторонні тіла (насіння) були видалені при бронхоскопії, а в 1 випадку стороннє тіло (кусочок обгортки цукерки) дитина відкашляла самостійно.

Таким чином затяжний перебіг бронхіту, кашлюкоподібний кашель без характерних змін у формулі крові, значна кількість мокроти при кашлі дають основу запідозрити стороннє тіло дихальних шляхів і направити дитину на бронхоскопію. Рентгенологічні зміни в легенях цих хворих у вигляді ателектазів не були відмічені ні в одному випадку.

## **ОСОБЛИВОСТІ РОСТУ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ, ЯКІ НАРОДИЛИСЬ ДОНОШЕНИМИ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ**

*Іванова І.Є., студентка 4-го курсу  
Науковий керівник – доцент Зайцев І.Э.  
СумДУ, кафедра педіатрії № 2*

Зниження рівня життя в Україні за останні роки призвело до погіршення стану здоров'я населення і в першу чергу дітей. Одним із проявів цього процесу є прогресивне збільшення новонароджених, у яких діагностується синдром затримки внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР).

Метою представленої роботи було встановлення основних закономірностей росту дітей першого року життя, які народилися доношеними із затримкою внутрішньоутробного розвитку.

Для вирішення поставленої задачі вивчено фізичний розвиток 119 дітей першого року життя, які народилися зі ЗВУР, контрольну групу склали 55 здорових доношених немовлят.

Аналізуючи вплив окремих факторів на формування ЗВУР за допомогою двохходових таблиць спряженості встановлено, що найбільше сприяють розвитку даної патології куріння та вживання алкоголю під час вагітності, недостатнє харчування майбутньої матері, соціальний статус сім'ї, хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плоду. В свою чергу, наявність ЗВУР у дитини обумовлює зниження темпів фізичного та нервово-психічного розвитку, високу імовірність виникнення на першому році життя таких патологічних станів, як повторні ГРВІ, анемія, дисбактеріоз кишечника, пневмонія.

Для встановлення особливостей фізичного розвитку даної категорії дітей оцінювалися середні прирости основних антропометричних показників. Аналіз отриманих даних свідчить про нерівномірність фізичного розвитку на першому році життя. Середній приріст маси у дітей з гіпотрофічним

варіантом ЗВУР становив  $0,77 \pm 0,09$ , у немовлят з гіпопластичним варіантом -  $0,67 \pm 0,06$ , у здорових дітей -  $0,84 \pm 0,06$ , показники приросту зросту становили відповідно  $2,33 \pm 0,28$ ,  $2,54 \pm 0,29$  та  $2,49 \pm 0,27$ , обводу голови -  $1,57 \pm 0,26$ ,  $1,78 \pm 0,23$  та  $1,39 \pm 0,14$ , обводу грудей -  $1,90 \pm 0,30$ ,  $2,07 \pm 0,22$  та  $1,76 \pm 0,28$ ; різниця між групами достовірна на рівні  $p < 0,05$ , окрім різниці між приростом зросту у гіпопластиків та здорових дітей ( $p = 0,41$ ). У другому півріччі життя спостерігалася наступна динаміка показників: приріст маси у гіпотрофіків -  $0,38 \pm 0,09$ , у гіпопластиків -  $0,42 \pm 0,05$ , у здорових -  $0,37 \pm 0,04$ , приріст зросту -  $1,31 \pm 0,27$ ,  $1,31 \pm 0,26$  та  $1,20 \pm 0,20$ , окружності голови -  $0,70 \pm 0,19$ ,  $0,66 \pm 0,16$  та  $0,63 \pm 0,11$ , окружності грудей -  $0,85 \pm 0,26$ ,  $0,77 \pm 0,23$  та  $0,63 \pm 0,14$  відповідно; різниця між окремими групами не була достовірною.

Таким чином, найбільш інтенсивний приріст антропометричних показників у дітей зі ЗВУР відзначається у першому півріччі життя, при цьому масу активніше набирають гіпотрофіки, а ростуть швидше гіпопластики. Після 6-місячного віку динаміка фізичного розвитку суттєво не залежить від варіанту ЗВУР при народженні.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ГЛОБІРОНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ВАГІТНИХ**

*Маркевич В.В.*

*Науковий керівник – проф. Маркевич В.Е.*

*Сумський міський пологовий будинок*

Проблема лікування анемії у вагітних (АВ) є актуальною. Гестаційний процес обмежений певним часом, також існує обмежений час з моменту виявлення АВ та завершенням вагітності - це дуже скорочує термін лікування. Ці фактори потребують перегляду тактики і методів лікування АВ.

Досліджена ефективність 30-денного курсу лікування АВ препаратом Глобірон. Його призначали перорально у перерахунку на чисте залізо в дозі 3 мг/кг/добу.

Глобірон отримували 29 вагітних в терміні гестації 18-25 тижнів (1 група), 28 - в терміні 26-32 тижні (11 група), та 30 жінок на 33-37 тижні гестації (111 група).

У 1 групі у 69% жінок спостерігалася підвищення рівня гемоглобіну ( $p < 0,05$ ), та кількості еритроцитів ( $p < 0,05$ ). У меншій частини (31%) - погіршення показників. У них кількість гемоглобіну та еритроцитів зменшувалась ( $p < 0,05$ ). Ця частина вагітних була резистентною до феротерапії.

У більшій частини (67,9%) жінок 11 групи терапія забезпечувала підвищення гемоглобіну та кількості еритроцитів. Приріст досягав 12,3% та 15% відповідно. Середній приріст гемоглобіну був  $11,26 \pm 1,99$  г/л, а щоденний -  $0,37$  г/л. У 32,1% вагітних погіршувались показники червоної крові. Тобто вони були резистентними до феротерапії.

У 111 групі вагітних у 70,3% жінок підвищувався вміст гемоглобіну

( $p < 0,001$ ) та еритроцитів ( $p < 0,05$ ). В цьому терміні гестації приріст гемоглобіну та еритроцитів був найменшим і складав 6,5% та 7,5% відповідно. Середній приріст кількості гемоглобіну складав  $6,23 \pm 0,75$  г/л, а щодобовий - лише 0,21 г/л. У 29,7% вагітних ці показники погіршувалися – вміст гемоглобіну та еритроцитів зменшувався ( $p < 0,05$ ).

Отже, у частини вагітних (70%) терапія глобіроном сприяє покращенню показників червоної крові. Приріст гемоглобіну та еритроцитів найменший у лікованих в третьому триместрі. Близько 30% жінок є резистентними до терапії глобіроном.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ВАГІТНИХ**

*Маркевич В.В., Бабарь Т.В.*

*Науковий керівник – проф. Маркевич В.Е.*

*Сумський міський пологовий будинок*

Проблема ЗДА у вагітних набуває усе більшої актуальності в зв'язку з різким зростанням її частоти.

Нами досліджена частота розвитку, ступінь важкості та особливості перебігу ЗДА в ході гестаційного процесу у 51 жінки.

На 12-15 тижні гестації тільки у 23,53% вагітних не було проявів анемії (RBC –  $3,78 \pm 0,042$  т/л, HGB –  $126,25 \pm 1,49$  г/л). Анемію 1 ступеня діагностовано у 49,02% вагітних (RBC -  $3,2 \pm 0,034$  т/л, а HGB –  $102,16 \pm 0,79$  г/л). Жінок з анемією 11-111 ступеня було 5,88%. RBC та HGB у них становили відповідно  $2,47 \pm 0,157$  т/л та  $80,67 \pm 5,33$  г/л. Отже анемію 1-111 ступеня на 12-15 тижні гестаційного процесу мали 54,90% жінок.

В терміні 16-22 тижні кількість еритроцитів ( $3,088 \pm 0,05$  т/л) та гемоглобіну ( $105,3 \pm 1,83$  г/л) у них була меншою ( $p < 0,05$ ). В 2 рази знизився відсоток жінок (12,12%) з нормальними показниками еритроцитів ( $3,70 \pm 0,07$  т/л) та гемоглобіну ( $123,5 \pm 1,85$  г/л). Кількість вагітних з анемією складала 60,60%.

На 31-35 тижні кількість вагітних з анемією I-III ступеня зросла до 64,28%.

На 36-40 тижні вміст гемоглобіну складав  $102,22 \pm 1,83$  г/л, а еритроцитів  $3,24 \pm 0,13$  т/л. З нормальними показниками еритроцитів та гемоглобіну було лише 11,11% жінок, з анемією 1 ступеня – 62,96%, з анемією II ступеня - 11,11%.

Отже, ЗДА зустрічається у значної кількості жінок ще до вагітності чи на початку гестаційного процесу. На протязі вагітності прогресивно зростає частота анемії середнього та важкого ступеня. Наприкінці гестаційного

процесу у 74,07% - діагностовано анемія різного ступеня важкості та ще 14,82% вагітних знаходились у переданемічному стані.

Доцільним є забезпечення ранньої корекції дефіциту заліза та лікування ЗДА у вагітних.

## **ОСОБЕННОСТИ КАТАМНЕЗА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛОЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

*Зайцев І.Е.*

*СумДУ, кафедра педіатрії № 2*

Согласно литературным данным (Барашнев Ю.Е., 1999), 20% детей, перенесших перинатальное гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы (ЦНС) сохраняются явные психоневрологические расстройства вплоть до тяжелых форм детского церебрального паралича.

Под нашим наблюдением находилось 20 детей в возрасте от 8 мес. до 3 лет, находящихся в Сумском областном Доме ребенка по поводу перинатального поражения ЦНС и задержки психо-речевого или всех видов развития (психо - речевого, моторно - физического).

Как показали наши исследования, наряду с патологией ЦНС отмечаются изменения в балансе иммунной системы. Причем, чем глубже неврологическая патология, тем выраженнее иммунные сдвиги. Определяется снижение функциональной активности и количества Т- и В-клеток, повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов до 126,2 при средневозрастной норме 55,2.

У всех детей выявлена сопутствующая соматическая патология: рахит - у 12 детей (60%), гипотрофия - у 8 (40%), пупочные или паховые грыжи - у 7 (35%), кардиопатия - у 5 (25%), врожденные пороки сердца (открытое овальное окно) - у 2 (10%), дисплазия тазобедренных суставов - у 2 (10%). Проявления аллергического диатеза (атонический дерматит, крапивница, пищевая и лекарственная аллергия) выявлены у 11 детей (55%), тимомегалия - у 3 (15%).

Во всех случаях у обследуемых детей отмечен высокий индекс заболеваемости вирусными и бактериальными инфекциями: за время наблюдения все они перенесли ОРВИ (от 2 до 9 раз в год), 16 детей (80%)- острый средний отит, 7 детей (35%) - острый бронхит, 4 ребенка (20%) - пневмонию.

Полученные данные свидетельствуют о наличии у детей, перенесших тяжелое перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, вторичного иммунодефицитного состояния, что в значительной мере усугубляет течение заболевания и способствует их инвалидизации. В этой связи для эффективной медико-социальной реабилитации больных с тяжелым перинатальным поражением ЦНС необходимо проведение адекватной иммуномодулирующей терапии.

## **ЛОЖНАЯ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ**

*Козлов О.Л., студент 5-го курса*

**Научный руководитель – доц. Загородний Н.П.  
СумГУ, кафедра педиатрии №2**

Клиническими проявлениями пищевой аллергии у детей являются экзема, нейродермит, строфулюс, крапивница, отек Квинке, нередко, бронхиальная астма, аллергический риносинусит, ларинготрахеит, рецидивирующие ОРЗ, катаральный отит, срыгивание, рвота, диарея, коликообразные боли в животе, метеоризм, пилороспазм. У детей ведущими аллергенами являются: молоко, сахар, яблоки, картофель, морковь, греча, пшеничная мука.

Ложная пищевая аллергия - это комплекс патологических проявлений, имитирующих клинику пищевой аллергии. Встречается чаще истинной пищевой аллергии у 8 раз (Хецкель С.Б., 2000), но врачами не диагностируется. Нами на основании анализа 55 амбулаторных карт и 45 историй болезни детей, лечившихся в отделениях областной детской больницы, выделено основные различия этих состояний. Ложная пищевая аллергия, в отличие от истинной, вызывается продуктами являющимися либераторами гистамина (клубника, томаты, шоколад, цитрусовые, рыба, яичный белок, шоколад, ананасы, арахис. У детей проявления ложной пищевой аллергии возникают на фоне других аллергических заболеваний (атопический дерматит, астма, крапивница, отек Квинке). Кроме того такие реакции вызывают продукты с высоким содержанием в продуктах гистамина (сыры, кислая капуста, говяжьи сосиски, шпинат, мясные и рыбные консервы. Такие же реакции вызывает некоторые консерванты, нитрат натрия (Е350). При псевдоаллергической реакции не удается установить период сенсибилизации, количество пищевого продукта для развития реакции необходимо значительное. Клинические проявления чаще всего носят ограниченный характер. В анамнезе таких детей отсутствие атопии у родственников, но частая непереносимость некоторых медикаментов. Пробы с пищевыми аллергенами у детей, как правило, отрицательные или сомнительны. Эозинофилия у детей с псевдоаллергией отсутствует или слабовыражена. У таких детей часто отмечена сопутствующая патология ЖКТ.

Таким образом, несмотря на общность клинической картины пищевой аллергии и псевдоаллергии, имеется возможность различать эти состояния и соответственно обеспечивать адекватную терапию.

**ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, КАК ПРОЯВЛЕНИЕ  
ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

**Зайцева И.И., студентка 4-го курса  
Научный руководитель – доцент Зайцев И.Э.  
Сум ГУ, кафедра педиатрии № 2**

Цель: изучить клинику и ультразвуковые проявления пролапса митрального клапана (ПМК) в зависимости от наличия фенотипических проявлений соединительнотканной дисплазии (СТД).

Материал и методы исследования. За период с 2002 г. по 2003 г. было обследовано 37 пациентов с ПМК. Проводились клиническое обследование, ЭКГ, ФКГ, ЭХО-КС. Средний возраст пациентов был (12,9±1,2) года, девочек - 24, мальчиков - 13.

Результаты исследования. Внешние фенотипические признаки СТД (астеническая конституция, сколиоз, гипермобильность суставов, плоскостопие и др.) имелись у 18 пациентов (1 группа), у которых они сочетались с фенотипическими признаками СТД, функциональными изменениями в ЦНС, других органах и системах (вегетососудистая дистония, нефроптоз, гастродуоденит и др.). У пациентов без внешних фенотипических признаков СТД (2 группа) стигмы в других органах и системах были выявлены только у трети больных. При аускультации классическая симптоматика (систолический клик и поздний систолический шум) в первой группе была в 48,5% случаев, во второй группе - лишь у 17,5% ( $p < 0,05$ ). У остальных выслушивались либо систолический шум, либо систолический клик.

При сопоставлении данных эхокардиографии и аускультации обнаружена зависимость увеличения степени выраженности пролапса у больных с фенотипическими признаками СТД в тех случаях, где наблюдается типичная аускультативная симптоматика.

## **ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ДІТЕЙ НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ У МАТЕРІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ ЛАКТАЦІЇ**

*Зайцева Г.В., зав. 3-м пед. відділенням СМДЛ  
Науковий керівник – доц. Зайцев І.Е.*

Дослідження по захворюваності і смертності дітей з урахуванням характеру вигодовування підкреслюють провідну роль природного вигодовування в забезпеченні здоров'я.

З метою вивчення рівня і структури інфекційної і неінфекційної захворюваності дітей матерів-годувальниць з різним рівнем лактації з 2001 по 2003 рік проведено спостереження за 113 дітьми матерів з гіполактією (1-а основна група) і 102 дітьми матерів з нормальною лактацією (2-а група - контрольна) від періоду новонародженості до досягнення річного віку.

Встановлено, що індекс здоров'я у дітей 1-ї групи (6,2%) був майже в 5 разів нижчим, ніж у дітей 2 -ї групи (29,4%;  $p < 0,05$ ). Кратність захворювань у дітей обох груп була різною. В 2-й групі переважали діти, які хворіли 1-2 рази (73,6%), а в 1-й групі 45,4% дітей хворіли 3 і більше разів на рік ( $p < 0,01$ ). В обох групах основна маса дітей (85,9%) вперше захворіла на 1-6 місяцях життя, в той час, як у 1-й групі більше половини дітей (56,7%). Найбільш частою патологією у дітей були гострі респіраторні вірусні інфекції (91,2% і 57,9%;  $p < 0,01$ , відповідно), кишкові інфекції (49,5% і 18,6%;  $p < 0,01$ ). Інфекційний індекс у дітей 1-ї групи складав 161,1%, а у дітей 2-ї групи - 89,1% ( $p < 0,01$ ). Індекс неінфекційної патології в 1-й групі складав 81,3%, в 2-й групі 29,2%



( $p < 0,01$ ). У дітей обох груп часто спостерігались прояви ексудативно-катарального діатезу (59,2% і 22,5%,  $p < 0,01$ ), рахіту (11,5% і 1,9%;  $p < 0,01$ ), анемії (6,2% і 1,9%;  $p > 0,05$ ) і гіпотрофії (4,4% і 2,9%;  $p > 0,05$ ). Встановлено, що рівень захворюваності дітей знаходився в прямій залежності від часу припинення лактації і їх переведення на штучне вигодовування.

Отже, доведено, що ослаблення імунологічних і адаптаційних механізмів дітей матерів-годувальниць з гіпогалактією сприяло більш високій їх інфекційній та неінфекційній захворюваності у ранньому віці в порівнянні з дітьми матерів-годувальниць з нормальною лактацією. У структурі захворюваності дітей матерів-годувальниць з гіпогалактією переважали ГРВІ, кишкові інфекції, пневмонія, рахіт, анемія. Рекомендовано дітей матерів-годувальниць з гіпогалактією спостерігати у групі ризику по розвитку частоті і тривалості інфекційної та неінфекційної захворюваності на першому році життя.

## **ЛЕЙКЕМОЇДНІ РЕАКЦІЇ В ПЕДІАТРІЇ**

*Овчаренко І.П., студ. 4-го курсу*

*Науковий керівник – асист. Лобода А.М.*

*СумДУ, кафедра педіатрії №2*

Лейкемоїдні реакції являють собою не захворювання, а реактивні зміни в крові та органах кровотворення. Зміни в гемограмі при лейкемоїдних реакціях можуть нагадувати лейкоз або інші пухлини, які вимагають тривалої цитостатичної терапії. Тому необхідно своєчасно виявляти лейкемоїдні реакції та диференціювати їх від онкозахворювань.

За 2003 р. у гематологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні спостерігалось 29 дітей віком від 1 до 13 років з лейкемоїдними реакціями. Встановлено, що лейкемоїдні реакції частіше виникають у дітей віком 3 – 7 років, переважно у хлопчиків. Серед обстежених дітей хлопчиків було 18 (62,07%), дівчаток – 11 (37,93%). Лейкемоїдні реакції виникали у віці до 3 років у 5 дітей (17,24%), у віці 3-7 років – у 16 дітей (55,17%), у віці 7-13 років – у 8 дітей (27,59%).

Всім хворим виконували клінічний аналіз крові, у 15 дітей (51,72%) для верифікації діагнозу виконували стерильну пункцію з дослідженням мієлограми.

Найчастіше спостерігалися лейкемоїдні реакції лімфоцитарного типу – у 14 дітей (48,28%). Реакції еозинофільного типу зафіксовано 13 дітей (44,83%). Двоє дітей (6,89%) мали моноцитарний тип лейкемоїдної реакції.

Чинником виникнення лімфоцитарної реакції найбільш часто були різноманітні лімфаденопатії. Еозинофільні лейкемоїдні реакції спостерігалися, як правило, на фоні гельмінтозу або алергії.

При аналізі мієлограм відзначалася наявність реактивної гіперплазії із збільшенням кількості мієлокаріоцитів за рахунок паростка, втягнутого в лейкомоїдну реакцію.

## **Акушерство та гінекологія**

### **ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ**

*Жерновая Я.С., профессор; Вержанский П.С., доцент,*

*Дужая О.И., Колесникова О.Г., Колесникова Т.В.*

*5 –я клиническая больница*

*СумГУ, кафедра акушерства и гинекологии*

Воспалительные заболевания придатков матки (ВЗПМ) современной женщины характеризуются длительным, прогрес-сирующим течением, склонностью к рецидивам, высокой частотой полиорганных осложнений, являющихся основной причиной инвалидизации и даже гибели женщин. Последнее время изменился микробный «пейзаж» возбудителей, отмечен рост трансмиссивных заболеваний, появился микробный синергизм и вследствие изменения иммунной защиты современной женщины ВЗПМ приобрели 2 особенности течения: либо затяжной вяло текущий характер при хронизации, либо острый гнойно-септический характер с поражением маточных труб, яичников и матки. Последнее становится причиной хирургического лечения и ставит под угрозу органосохраняющие операции.

В связи с этим нами проведен анализ особенностей хирургического лечения 67 пациенток с гнойно-септическим воспалением придатков матки и пельвиоперитонитом в возрасте от 18 до 43 лет. Анализ клинических данных показал, что у большинства обследованных женщин (48-71,6%) гнойный процесс явился развязкой длительно текущего и адекватно не леченого воспаления придатков матки. Ряд женщин (12 –17,7%) поздно поступили в стационар на  $7,52 \pm 0,62$  день от начала заболевания, проходя лечение не профилю. Проведенные нами исследования показали, что заболевание у 87,5% пациенток характеризовалось наличием выраженных тазовых болей, лихорадкой, белями и выраженной общей интоксикацией. Расстройство менструальной функции в виде мажущихся кровотечений до и после месячных встретили у каждой шестой пациентки. В виду неэффективности консервативного лечения женщины были подвергнуты оперативному лечению, объем операции

решался субопераційно.

Обращало на себе внимание вовлечение во вторичный воспалительный процесс соседних органов (кишечника и мочевого пузыря). У 11 (16,4%) имел место вторичный аппендицит при наличии первичного гнойного процесса в придатках матки. Степень выраженности отдельных симптомов зависела от многих факторов и длительности заболевания. Одностороннее удаление только маточной трубы выполнено у 12 (17,7%) женщин, маточной трубы с яичником - у 15 (22,3%), двусторонняя аднексэктомия выполнена у 20 (39,9%) из-за гнойного расплавления яичников с обеих сторон и пиосальпинксов. Объем операции расширен до гистерэктомии двум пациентками (2,1%), до субтотальной гистерэктомии с придатками матки с обеих сторон – 7 (10,7%). В 4 (5,2%) случаях наблюдалось нагноение послеоперационной брюшностеночной раны, тромбофлебит нижних конечностей после операции наблюдали у 3 (4,4%) пациенток.

**Выводы.** Гнойно-воспалительное заболевание придатков матки является опасным для жизни женщины. Хирургическое лечение в большинстве случаев предусматривает органосохраняющие операции из-за распространенности гнойного процесса, ограничивает репродуктивное здоровье пациенток. Профилактика гнойно-септических заболеваний придатков матки должна быть многокомпонентной национальной и региональной программой для сохранения репродуктивного потенциала нации.

## **ПРОФІЛАКТИКА ЗАПАЛЬНИХ ПІСЛЯАБОРТНИХ УСКЛАДНЕНЬ З ВИКОРИСТАННЯМ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ**

*Сміян С.А., доцент*

*СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

Питання репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку актуальні в нашій країні останніми роками.

Одне із головних місць в розвитку порушень репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку посідають хронічні запальні захворювання статевих органів і ускладнення, які виникають на їх тлі. Особливу увагу привертають запальні ускладнення після штучного аборт, який на жаль ще використовують жінки як метод регуляції народжуваності.

Метою дослідження було вивчення можливостей післяабортної профілактики запальних захворювань жіночих статевих органів.

З цією метою використовували препарати Traumeel S (ін'єкційна форма), Gynecoheel.

Спостерігали 10 жінок в терміні вагітності 4-5 тижнів, яким проведено штучний аборт. Traumeel S призначали по 2,2 мл в/м за 30 хвилин до операції, зразу після операції і через 2 години після операції. Всього протягом доби 3 ін'єкції препарату.

Отримані результати показали, що в цій групі жінок не було післяаборт-

них запальних захворювань. Крім того не відмічено загострення або виникнення кандидозу.

## **КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІСЛЯПОЛОГОВИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

*Сухарєв А.Б., доцент*

*СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

Проведено бактеріологічне та імунологічне обстеження 110 породіль. Контрольну (першу) групу складала 31 жінка з фізіологічним перебігом післяпологового періоду. Друга група включала 12 жінок з метроендометритом.

Встановлено, що в контрольній групі лише 38,4 відсотка жінок мали стерильний посів слизу із цервікального каналу, шийки матки та піхви, а 38,3 відсотків – мали різного ступеня бактеріальне обсеменіння, яке не перевищувало 1000 КОЕ/мл.

При метроендометриті бактеріальне обсеменіння перевищувало 1000 КОЕ/мл. Крім того, в генезі захворювання у цих жінок певну роль відігравали асоціації умовнопатогенної флори (клебсієли з протеєм) в поєднанні із стафілококом або стрептококом. В більшості випадків мікробні асоціації були наведені стійкими до антибіотиків формами.

Імунологічні дослідження показали, що при метроендометриті відзначалося підвищення рівня імуноглобуліну С і циркулюючих імунних комплексів в порівнянні з такими показниками у здорових жінок. Найбільше підвищення цих показників спостерігалось на 5-6 дні післяпологового періоду. Втім, кореляції між станом мікрофлори і рівнем фібронектину не встановлено.

Отже, ризик виникнення гнійно-запальних ускладнень у породіль більше пов'язаний не з якісним характером мікрофлори, а з ступенем бактеріального обсеменіння та порушеннями імунологічного гомеостазу у жінок в післяпологовому періоді.

## **ПРИЧИНИ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ ТА АБОРТІВ**

*Сумцов Г.О., доцент*

*СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

Проведено вивчення причин та результатів лікування тяжких гнійно-септичних ускладнень після пологів та абортів за останні 10 років за ма-

теріалами СОЦАГР. За цей період проліковано 30 жінок віком від 17 до 38 років із наступними тяжкими ускладненнями: перитоніт після кесаревого розтину у 17 ( $56 \pm 9\%$ ), сепсис у 9 ( $30 \pm 9\%$ ) та токсико-септичний шок у 4 ( $13 \pm 6\%$ ) хворих.

З'ясовано, що у  $80 \pm 9\%$  жінок вагітність перебігала на фоні хронічних, часто поєднаних захворювань, таких як анемія, кольпіт, хронічний пієлонефрит, варікозна хвороба, цукровий діабет. Поєднана прееклампсія була у половини вагітних. Пологи ускладнилися раннім або передчасним виливом навколоплідних вод і слабкістю пологової діяльності відповідно у 50 і 55% роділь.

Причинами септичних ускладнень після фізіологічних пологів були залишки плацентарної тканини. Фоном для гнійно-септичних ускладнень після абортів також послужили анемія, пієлонефрит, гломерулонефрит або кримінальні втручання.

Після проведення радикальних операцій (екстирпація матки з трубами, дренажування) та інтенсивної багатокomпонентної терапії в післяопераційному періоді усі хворі виписані з одужанням.

Отже, гнійно-септичні ускладнення після пологів та абортів провокуються широким спектром факторів і виникають навіть в пізні терміни. Ризик підвищується на ґрунті хронічних екстрагенітальних захворювань, прееклампсії та хірургічних втручань.

## **ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ТРАНСВАГІНАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ**

*Сумцов Г.О., доцент; Орлова О.О., лікар-інтерн  
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

Післяопераційний період після трансвагінальних, особливо пластичних операцій часто ускладнюється гнійною інфекцією, що сповільнює загоєння рани та знижує ефективність втручання. Задовільні результати дає дворазова санація піхви 3% перекисом водню, який застосовується нами більше ніж 30 років. За останні 5 років в групі ризику септичних ускладнень, обробка перекисом водню доповнювалась введенням одного мілілітра суміші шипшинової олії та олії чайного дерева у співвідношенні 5 до 1. За названою методикою проведено післяопераційний період у 37 хворих. Отримано виражений дезодоруючий та ранозагоюючий ефект.

У вказаній групі хворих температура нормалізувалась на 1,5-2 доби раніше контрольної, не відмічено післяопераційних інфільтратів і нагноєнь, загоєння рани прискорилося на 2-3 добу, підвищилась функціональна активність хворих. Це дозволило скоротити тривалість антибактеріальної терапії та термін перебування в стаціонарі.

## **КОМПЛЕКСНА ДІАГНОСТИКА**

## **ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ ПЛОДА**

*Жужа М.Л., магістр*

*Науковий керівник – професор Жерновая Я.С.*

*СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

Клініко-лабораторне та ультразвукове обстеження проведено у 76 вагітних жінок з внутрішньоутробним інфікуванням плода (ВУІП). Інфектологічне дослідження проведено 45 вагітним з визначенням рівня антитіл у сироватці крові методом імуноферментного аналізу (ІФА) та полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Крім того, здійснено бактеріальне дослідження сечі та виділень із піхви.

Ехографічні ознаки ВУІП характеризувалися: збільшенням діаметра живота за рахунок гепатомегалії – у (2-2,6%) спостереженнях, доліхоцефалічною формою голівки (2-2,6%), пієлоектазією (5-6,5%), кальцифікатами в печинці (2-2,6%), затримкою дозрівання легенів (4-5,2%), гіперехогенним кишкозником – у 18 випадках (23,6%).

Вірусологічне обстеження показало, що вірус простого герпесу мав місце у 21 (46,6%) вагітної жінки, цитомегаловірус - у 16 (35,5%). На токсоплазмоз обстежено 15 (33,3%) жінок методом ІФА, серопозитивними виявлено 8 жінок. Урогенітальний хламідіоз знайдено у 4 (5,3%), уреаплазмоз – у 2 (2,6%). У 20 (26,3%) спостерігалась бактеріальна інфекція. Асоціацію кількох збудників знайдено у 21,3% обстежених. Мікробіологічне дослідження вагіни і цервікального каналу вагітних жінок показало значні порушення у складі мікробіоценозу у (47-61,8%), що сприяло висхідному шляху інфікування плідного яйця у різний термін вагітності.

Так, обсеменіння вагіни і цервікального каналу грибами роду *Candida* – 32 (42,1%), *Enterobacter sp.* – 3 (3,9%), *E.coli* – 4 (5,2%), *St. epidermidis* – 8 (10,5%).

**Висновок:** Ультразвукове та інфектологічне обстеження є високоінформативними в діагностиці внутрішньоутробного інфікування плода.

## **ЕХОГРАФІЧНІ МАРКЕРИ УРАЖЕННЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ІНФІКУВАННІ ПЛОДА**

*Бутенко І.Ю., магістр*

*Науковий керівник – професор Жерновая Я.С.*

*СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

Клініко-лабораторне та ехографічне обстеження проведено у 30 вагітних жінок з внутрішньоутробним інфікуванням плода (ВУІП). Ультразвукова фето- і плацентометрія проводилася на апараті „Aloka SSD-1700” із використанням секторального, конвексного [від 2 до 10 Мгц], доплерівських датчиків в II та III триместрах вагітності.

Виявлено, що серед ехографічних ознак ураження ФПК у 2 та 3 триместрах діагностичне значення мають відхилення розмірів плаценти, яке діагностовано у 15(50%) вагітних. Наявність кіст визначено у 7 (23,3%) випадках, що ймовірно пов'язано з ендокринною пролонгацією вагітності на тлі дисфункції гормонопродукуючої функції плаценти . У 7 (23,3%) вагітних виявлено наявність ознак плацентиту. Загроза переривання вагітності діагностована у 26 (86,6%). Аномальна кількість навколоплідних вод діагностована у 25 випадках: багатоводдя -у 16(53,3%), маловоддя -у 9(30%). Порушення термінів дозрівання плаценти -у 17(56,6%) вагітних. Синдром "інфекції навколоплідних вод" (багатоводдя, потовщення оболонки, дрібнодисперсні вclusions в плодових водах) визначений в 6 (20%) спостереженнях. Крім того, спостерігались неправильної форми розширення міжворсинча того простору, характерні для гематогенного інфікування. У разі висхідного інфікування спостерігалось розширення хоріальної пластинки на тлі гіпоехогенної паренхіми плаценти.

У кожному другому випадку діагностована хронічна фето-плацентарна недостатність, УЗ-ознаками якої вважали невідповідність ступеня зрілості плаценти терміну гестації, маловоддя, синдром затримки внутрішньоутробного розвитку плода.

Отже, при внутрішньоутробному інфікуванні плода виявлені патологічні зміни фетоплацентарного комплексу.

## **ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА**

*Андреева Т.В., студ. 4-го курса*

*Научный руководитель – профессор Жерновая Я.С.*

*СумГУ, кафедра акушерства и гинекологии*

Дистоссия плечиков являється ускладненням ІІ періода родов, возникающее, когда после рождения головки плода происходит задержка переднего плечика за симфизом таза матери (его вклинивание), заднее плечико в это время находится в крестцовой впадине или над мысом. Плод пытается сделать первый вдох, но родовые пути сжимают ему грудную клетку и нарастает гипоксия. Дистоссия плечиков является разновидностью клинически узкого таза, так как во время родов происходит несоответствие размеров таза матери размерам плечевого пояса плода. Частота дистосии плечиков в родах при доношенном плоде составляет 1,6%. Наиболее часто эта патология встречается у женщин с сахарным диабетом и макросомии более 4000 г и составляет 3%. Но такое состояние может возникнуть и при относительной или абсолютной короткой пуповине, при сцепленных или сращенных близнецах.

Диагностировать до родов дистосию плечиков очень сложно, применяют ультразвуковое сканирование, компьютерную томографию. Не всегда увеличение размеров плечиков происходит параллельно с увеличением размеров головы. Считается, что увеличение показаний к операции кесарево се-

чение для уменьшения и предотвращения дистоции плечиков в родах не оправдано, а только влечет за собой повышение травмирования матерей и плодов; кроме случаев, когда мать больна сахарным диабетом и масса плода 4 000 г и при отсутствии сахарного диабета у матери и масса плода более 4 000 г.

Предлагаемые мероприятия: роды ведут 2 акушера, владеющие приемами родов с дистоцией плечиков, анестезиолог и неонатолог; обязательно срединно-латеральная эпизиотомия и адекватное обезболивание; При этом захватывают головку плода двумя руками в щеечно-височных областях, осторожно потягивают головку книзу, в то время как ассистент надавливает рукой над лоном до тех пор, пока не родится верхняя и середина средней трети переднего плечика, далее плод поднимают кверху – рождается заднее плечико, ноги роженицы в это время должны быть согнуты в коленных и тазовых суставах и приведены к животу; или одноименной рукой, введенной во влагалище акушер захватывает и выводит заднюю ручку, а после переднее плечико; акушер одноименной рукой введенной во влагалище переднее плечико смещает в сторону груди и кзади (с целью уменьшения окружности плечевого пояса).

Таким образом, при дистоции плечиков необходимо быстро оказать выше описанное акушерское пособие.

### **СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

*Задорожная Ю.А., студ. 4-го курса*

*Научный руководитель - профессор Жерновая Я.С.*

*СумГУ, кафедра акушерства и гинекологии*

В настоящее время для лечения слабости первичной родовой деятельности применяют утеротонические средства: внутривенное введение окситоцина (6-40 капель в минуту), трансбуккальное применение окситоцина 25 ЕД-100 ЕД, внутривенное введение простагландинов (энзапрост, простенон). Также возможно применение ароксапростала кальция 0,0052% 2 мл в 400 мл NaCl (6-18 кап/мин). Возможно комбинированное внутривенное введение окситоцина и ПГФ2а. Обязательное применение спазмолитиков (но-шпа, апрофен, промедол, папаверина гидрохлорид). Для профилактики внутриутробной гипоксии плода применяют сигетин, вдыхание кислорода, введение эуфилина с глюкозой. При упорной слабости родовой деятельности показано абдоминальное родоразрешение.

### **КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМ МАТКИ**

*Гречаная А.Г., студ. 5-го курса*

*Научный руководитель - доцент Вержанский П.С.*

*СумГУ, кафедра акушерства и гинекологии*

Существуют различные методы консервативного лечения лейомиом мат-



ки.

1. Диетотерапия: морковный сок, гранатовый сок, смородина в любом виде, курага, сырой картофельный сок.
2. Физиотерапия: магнитотерапия, электрофорез с йодистым калием и цинком на низ живота, йодобромные и роддновые ванны.
3. Гормонотерапия – 17-оксипрогестерон капронат, депо-провера, провера, фарлутал, депостат, тамоксифен, диферелин, золодекс.
4. Химиотерапия – циклофосфан, метотрексат, фармарубицин, адриорубицин, растоцин, фторурацил или препараты платины 1 и 2 поколения.

Проведен анализ лечения 14 женщин в возрасте 40+0,31 лет. указанными методами. Остановить рост опухоли удалось у всех в течение 5 лет при использовании нескольких методов лечения. Наиболее эффективным следует признать золадекс и диферелин, который приняли 5 женщин. Под влиянием этих препаратов наступила регрессия опухоли с 12 до 6 недельного срока гестации. Однако у 1 больной через 5 лет в возрасте 45 лет отметился вновь рост опухоли до исходных размеров, обнаружен субмукозный узел, что можно объяснить гормональным всплеском в этом возрасте. Субмукозный узел удален гистероскопическим методом и вновь назначен диферелин для регрессии опухоли. Таким образом, консервативное лечение лейомиом матки следует использовать как временную меру в приостановке роста опухоли. При неэффективности указанных методов используют хирургическое лечение.

## **СОДЕРЖАНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ У БЕРЕМЕННЫХ, ЗАНЯТЫХ В ХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ**

*Кузменская М.Л., ассист.; Войтенко Ю.В., студ. 4-го курса  
СумГУ, кафедра акушерства и гинекологии*

Поступление тяжелых металлов в окружающую среду серьезная угроза природе и человеку. Источники поступления тяжелых металлов и пути их проникновения в окружающую среду отличаются разнообразием. Развитие промышленности, сельского хозяйства, энергетики, добыча ископаемых – все это привело к поступлению в воздух, почву, воду, растения – сотни высокотоксичных химических веществ. Тяжелые металлы особенно опасны тем, что обладают способностью накапливаться, образуя высокотоксичные металлосодержащие соединения, после вступают в метаболический цикл живых организмов.

В нашей работе было изучено содержание некоторых тяжелых металлов в последах работающих женщин на заводе ОАО “Сумы Химпром” при переработке фосфоритов и контрольной группы беременных не связанных с химическим производством. Содержание тяжелых металлов (Co, Cd, Pb) – изучали атомно-абсорбционным методом на спектрофотометре C-151-Selmi. Средние показатели содержания металлов у женщин-химиков были: Pb – 0,33

$\pm 0,3$  мг/кг; Со –  $0,75 \pm 0,15$  мг/кг; Cd –  $0,05$  мг/кг. Показатели в контрольной группе: Pb –  $0,03 \pm 0,2$  мг/кг; Со –  $0,01 \pm 0,15$  мг/кг; Cd –  $0,004$  мг/кг.

Из выше представленных данных видно, что у женщин-химиков содержание тяжелых металлов выше, чем в контрольной группе (при ПДК).

Таким образом, следует проводить медико-экологическую оценку влияния тяжелых металлов на состояние здоровья, особенно женщин репродуктивного возраста. Для снижения влияния тяжелых металлов необходимо осуществлять постоянный контроль за деятельностью предприятия по установке очистительных устройств и переход на более современные технологии, с целью дальнейшего предупреждения различных осложнений беременности.

## **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ЕНДОМЕТРІОЗУ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ**

*Решетнікова І. Р.*

*Науковий керівник - зав. кафедри, д-р мед. наук, проф. Юзько О.М.*

*Кафедра акушерства і гінекології з курсом  
дитячої та підліткової гінекології*

*Буковинської державної медичної академії*

При виконанні роботи було обстежено 87 пацієнок у віці від 21 до 44 роки з ендометріозом при безплідді. Діагноз у всіх хворих був встановлений на основі інтраопераційного обстеження (56 лапароскопій і 31 лапаротомії), а також підтверджений результатами гістологічного дослідження. Контрольну групу склали 42 здорові фертильні жінки. З метою уточнення ролі імунної системи в патогенезі ендометріозу при безплідді, а також для контролю ефективності імуномодуючої терапії у 45 хворих ендометріозом проводилось в динаміці дослідження показників інтерферонового статусу і цитотоксичної активності НК-клітин. У 57 пацієнок були вивчені зміни метаболічної активності моноцитів периферичної крові з використанням НСТ-тесту. Функціональну активність натуральних кілерних клітин периферійної крові оцінювали в цитотоксичному тесті, де в якості мішеней використовували клітини людської еритромієлоїдної лінії K-562, помічені H<sup>3</sup>-уридином. Метаболічну активність моноцитів визначали з допомогою теста відновлення барвника нітросинього тетразолієвого в нерозчинний диформазаан (НСТ-тест). У хворих пацієнок відмічалось достовірне зниження функціональної активності НК-клітин у порівнянні з показниками в контрольній групі. Вперше відслідковані зміни цитотоксичної активності НК-клітин, показників інтерферонового статусу і метаболічної активності моноцитів периферійної крові в динаміці на фоні комбінованої післяопераційної терапії у пацієнок з ендометріозом при безплідді в залежності від ступені розповсюдженості захворювання.

## ГОРМОНАЛЬНИЙ СТАТУС У ДІВЧАТОК З ПУБЕРТАТНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ

*Бақун О.В.*

*Буковинська державна медична академія  
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої  
та підліткової гінекології, зав., проф. Юзько О.М.*

Клініко-лабораторне обстеження проведено у 25 дівчат віком від 11 до 18 років із пубертатними матковими кровотечами, в анамнезі яких відзначалися захворювання внутрішніх статевих органів. Першу групу склали 15 дівчаток (віком 11-15 років), другу групу-10 дівчаток (віком 15-18 років). Гонадотропна функція гіпофізу в пубертатному періоді прогресивно збільшується від початку пубертату (ЛГ-0,2, ФСГ-0,2), досягаючи максимуму до його кінця (ЛГ-16,9, ФСГ-25,5).. Базальний рівень ФСГ досягає величин, характерних для дорослих жінок, тобто показники ФСГ і ЛГ не перевищують ті, що характерні для середньої фолікулінової фази нормального менструального циклу. Аналізуючи коефіцієнт співвідношення ФСГ і ЛГ, ми виявили, що у пацієнток з ПМК віком 15-18 років він низький (1,48) в порівнянні із дівчатками з ПМК у віці 11-14 років (2,15). Зниження цього коефіцієнту показує низьку активність фолікулів яєчника при пубертатних маткових кровотечах. Секреція пролактину гіпофізом змінюється протягом всього пубертатного періоду, зростаючи до його кінця від 61 до 608 мМО/л, що виключає гіперпролактинемію. Базальний рівень прогестерону у дівчаток віком 11-14 років із ПМК практично не змінювався і не відрізнявся від жінок репродуктивного віку, в той час як в 15-18 років відмічалось істотне зниження його рівня-1,8 нмоль/л, що може бути свідченням зниження функціональної активності яєчників у дівчаток цього вікового періоду з ПМК. Вихідні рівні естрогенів характеризувались помірним вмістом естрадіолу в дівчаток віком 11-14 років (26,4 пг/мл), а у дівчаток віком 15-18 років (30,72 пг/мл), що відповідає його рівню в середній фолікулінової фази нормального менструального циклу дівчат цього віку. Рівень тестостерону з складав 1,0 нмоль/л (I група) та 1,4 нмоль/л (II група). Таким чином, протягом всього періоду дослідження було виявлено відсутність характерного для нормального менструального циклу ритму секреції гонадотропних (ЛГ, ФСГ) і статевих (естроген, прогестерон) гормонів, низькі рівні гормону жовтого тіла з помірним відносно останнього, рівнем естрогенів. Показники пролактину та тестостерону перебували в межах нормальних величин.

**Отже,** у віці 11-14 років в пацієнок з ПМК немає суттєвих змін гормонального статусу і кровотечі у них пов'язані з незрілістю центральних регулюючих механізмів. ПМК, які виникають у віці 15-18 років перебігають на фоні зниження функціональної активності яєчників, що, очевидно, є причиною збільшення відсотку ановуляторних циклів у цих пацієнок і виникнення ПМК в період формування циклічності функціонування репродуктивної системи по “зрілому” типу, і ці кровотечі можна розцінювати як дисфункціональні.

## **РОЛЬ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ**

*Жук В.Ю., Клишкан В.Ю., Жук И.В.*

*Донецкий государственный медицинский университет*

*им. М.Горького*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

Проблема заболеваний органов мочевыделительной системы на протяжении многих лет остается одной из наиболее важных в акушерской практике.

С целью оптимизации диагностики и лечения пиелонефрита у беременных нами обследовано 60 беременных поступивших в отделение патологии беременности ДОКТМО. Средний возраст пациенток составил 25 лет и колебался от 17 до 38 лет. По сроку гестации беременные распределились следующим образом: 30 пациенток – во II и 30 – в III триместре беременности. Обострение хронического пиелонефрита диагностировано у 33 женщин, из них у 12 - фоном для возникновения были другие заболевания почек и мочевыделительной системы (мочекаменная болезнь, гидронефроз, аномалия развития почек и мочевыводящих путей).

У всех беременных с учетом анамнеза заболевания проведено общеклиническое исследование, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому, бактериологическое исследование мочи, ультразвуковое сканирование почек.

Пиелонефрит у обследованных женщин чаще имел подострый характер. У большинства (53 беременные) отмечались характерные для пиелонефрита симптомы: слабость, головная боль, субфебрильная температура тела, боли в поясничной области, внизу живота (чаще правосторонние) с иррадиацией в паховую область, дизурические явления (рези, учащенное мочеиспускание). У 17 беременных отсутствовали какие-либо клинические проявления пиелонефрита.

При лабораторном исследовании мочи были выявлены пиурия (40), протеинурия (30), бактериурия (29), микрогематурия (20) или их сочетание (48). При проведении пробы Зимницкого никтурия и гипоизостенурия присутствовали у 36 пациенток, что свидетельствовало о нарушении концентрационной функции почек. При бактериологическом исследовании мочи обследуемых женщин выявлен

рост числа микроорганизмов в количестве не менее  $10^3$ - $10^4$  КОЕ/мл. Из микроорганизмов чаще всего встречались кишечная палочка (28), клебсиелла (3), золотистый стафилококк (7), стрептококки различных групп (2), энтерококк (11), грибы рода *Candida* (2); ассоциации нескольких видов микроорганизмов присутствовали в 5-х наблюдениях.

Ультразвуковое исследование почек проводилось всем беременным на аппарате „Toshiba-140 А” при поступлении в стационар (до начала лечения) и после нормализации лабораторных показателей на фоне проводимой терапии. При этом оценивали экскурсию почек при дыхании, размеры, состояние чашечно-лоханочной системы и паренхимы.

По данным УЗИ, чаще диагностировался правосторонний пиелонефрит (24 наблюдения), реже левосторонний (8); у 20 пациенток воспалительный процесс носил двухсторонний характер; у 8 женщин ультразвуковое исследование не выявило патологических изменений со стороны почек. Самым частым ультразвуковым признаком почечной патологии почек явилось расширение чашечно-лоханочной системы (40). Расширение I степени (до 1 см) наблюдалось у 10 женщин, II степени (1,5 см) - у 16 и III степени (больше 1,5 см) - у 24 пациенток. Нарушение кортикомедуллярной дифференцировки было выявлено в 17 наблюдениях; увеличение толщины паренхимы до 22 мм отмечено у 35 беременных, в том числе у 12 пациенток с одновременным снижением ее эхогенности.

В процессе традиционной терапии проводилось динамическое ультразвуковое исследование почек, что позволяло своевременно корректировать лечение. Критериями эффективности лечения были восстановление соотношения между паренхимой и синусом, нормализация эхогенности паренхимы и уменьшение ее толщины, исчезновение или уменьшение дилатации чашечно-лоханочной системы до 5-10 мм. Следует отметить, что нормализация клинико-лабораторных показателей у 19 беременных произошла при сохранении ультразвуковых критериев пиелонефрита. Это свидетельствовало о сохранении патологического процесса и необходимости дальнейшей терапии и клинико-лабораторного контроля.

Таким образом, ультразвуковое исследование почек имеет высокую ценность, как для диагностики пиелонефрита, так и для и контроля эффективности проводимой терапии. Его использование дает возможность проводить оптимальное по срокам лечение, что снижает риск развития осложнений со стороны матери и плода.

## **СУЧАСНІ МЕТОДИ ОЦІНКИ СТАНУ ЕНДОМЕТРІУ В МЕНОПАУЗІ**

*Шипитко М.Д., Юзько О.М.*

*Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. – проф. Юзько О.М.)*

*Буковинської державної медичної академії*

Для виявлення внутрішньоматкової патології і спостереження за нею в процесі лікування використовують ультразвукове дослідження (трансвагінальне УЗД), доплерографію, гідросонографію, гістероскопію, роздільне

діагностичне вишкрібання слизової матки з гістологічним дослідженням зішкрябів, аспіраційну біопсію ендометрію.

Трансвагінальне УЗД є оптимальним методом скрінінгу при обстеженні жінок, які не пред'являють скарг (Carlsson S.A. та співав., 2000). Вичікувальна тактика показана у жінок з постменозуальною кровотечею або з кровотечею внаслідок ЗГТ з товщиною ендометрію менше 4 мм. Автори вказують на два важливі моменти, а саме-що рак ендометрію все таки може бути пропущений при точці відліку 4 мм, але це число не перевищує число пропусків при вишкрібанні чи гістероскопії, відсоток жінок з раком ендометрію підвищувався із збільшенням товщини ендометрію (2,2% при товщині-5 мм, 5,3% - 6-7 мм, 19,3% - 8 мм, 41,5% - 15 мм, 57,1% при 20 мм).

**Заключення.** Проведені дослідження дозволили поглибити знання цієї патології, досягти певних успіхів у діагностиці та її лікуванні і в той же час показали, що є багато питань, які чекають свого вирішення.

## **ТАКТИКА ВЕДЕННЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ УЗ-ДИАГНОСТИКИ ПРИЗНАКОВ ОБВИТИЯ ПУПОВИНЫ ВОКРУГ ШЕИ ПЛОДА**

*Ступакова А.В., студ. 4-го курса*

*Научный руководитель – ассистент кафедры,  
канд.мед.наук Гайдай Н.В.*

*Запорожский государственный медицинский университет,  
кафедра акушерства и гинекологии*

Исход родов для плода при обвитии пуповины нередко зависит от правильного распознавания этой патологии. Нами изучены 18 клинических наблюдений исхода беременности и родов по данным ОПБ 5-го родильного дома. По возрасту женщины распределились следующим образом: до 19 лет – 2, 20-27 лет – 9, 27-28 – 4, 30 и более – 3. В 100% случаев диагностирована доношенная беременность в сроке от 38 до 40 недель. УЗИ признаки обвития пуповины наблюдались одинаково часто как среди превобеременных, так и среди повторнобеременных и повторнородящих. Течение беременности осложнилось: угрозой прерывания - 83%, ХФПН – 88%, многоводием – 11%, анемией беременных 1-2 ст. – 64,4%, преэклампсией легкой степени в 56%, ранним гестозом в 5%, в 83% имел место отягощенный акушерско – гинекологический анамнез. При анализе параметров непрямой кардиотокографии отмечались признаки хронической внутриутробной гипоксии плода – компенсированной у 66,7%, субкомпенсированной у 33,3%. Течение родов осложнилось: аномалии родовой деятельности наблюдались в 21%, раннее излитие околоплодных вод в 33%, острая асфиксия плода в 11%. Обвитие пуповины подтвердилось в родах в 16%, в двух случаях отмечалось тугое обвитие вокруг шеи плода, в одном имелось сочетание обвития пуповины вокруг шеи, туловища и конечности плода. Диагностика обвития пуповины вокруг шеи

плода в процессе родов – сложная задача, требующая большого внимания врача, динамического наблюдения в родах, оценки состояния сердцебиения плода с целью своевременного решения вопроса о дальнейшей тактике ведения родов для благоприятного их исхода.

## **АРОМАФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**

*Томачинская Л.П., Богослав Ю.П., Айкашев С.А.  
Донецкий государственный медицинский университет,  
кафедра физиотерапии и ЛФК, - НИИ  
медицинских проблем семьи*

Совместное применение физиотерапевтических методов и ароматерапии в лечении хронического сальпингоофорита позволит повысить эффективность медикаментозной терапии и продлит период ремиссии. Под наблюдением находились 128 женщин, страдающих нарушениями менструального цикла вследствие хронического сальпингоофорита. В основной группе (82 женщины) к традиционной терапии добавляли ароматизиотерапию, а в контрольной группе (46 пациенток) – физиопроцедуры без эфирных масел. В один день больные получали ДМВ-терапию ("Ранет") на проекцию придатков и аромафонофорез с эфирными маслами чайного дерева, ромашки (серии "АОК", "365"), на следующий день – камеру зональной декомпрессии и магнитофорез ("Магнитер") эфирных масел. Выбор факторов обусловлен их противовоспалительным, рассасывающим, трофическим, анальгезирующим и иммуномодулирующим действием. Лечение начинали с 5-7 дня менструального цикла. Во время процедур (14 дней) побочных эффектов и признаков непереносимости эфирных масел выявлено не было. Исследования в течение последующих 3 циклов свидетельствовали о восстановлении регуляторных менструаций у 68,2±2,1% пациенток основной группы. Восстановление циклической деятельности яичников выявлено у 58,8±2,3%, в то время, как в контрольной группе положительная динамика менструальной функции выявлена у 12,6±1,2%, а овуляторных циклов не зарегистрировано. Таким образом, сочетанное применение эфирных масел и физиотерапии позволило повысить эффективность лечения нарушений менструального цикла у женщин, страдающих хроническим сальпингоофоритом.

## **СТАН ГЕМОДИНАМІКИ МАТКИ У ЖІНОК У ПЕРШОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ ПРИ НЕЗДІЙСНЕНОМУ ВИКИДНІ**

*Крамарова К. О., студ. 6-го курсу  
Науковий керівник – з.д.н.т. України,  
д-р мед. наук, професор Зелінський О.О.  
Одеський Державний Медичний Університет,  
кафедра акушерства та гінекології № 2*

Серед відомих причинних факторів, які сприяють нездійсненому викидню важлива роль належить висхідному стану ендометрія, який забезпечує імплантацію плідного яйця, запальним процесам внутрішніх геніталій та анатомо-функціональному стані матки взагалі. Метою нашого дослідження явилось вивчення гемодинаміки матки у жінок з верифікованим missed abortion, який відбувся у строк вагітності 4-8 тижнів. Під наглядом знаходилось 14 пацієток у віці від 21 до 33 років. В анамнезі в них було перенесене штучне переривання вагітності у строк 6-12 тижнів. Паралельно з доплерометричним дослідженням маточного кровотоку проводилось визначення рівня хоріонічного гонадотропіну, естріолу та прогестерону у сировотці крові. Дані доплерометричного дослідження порівнювали з результатами вивчення кровообігу у здорових жінок у першу і другу фази менструального циклу. Гемодинаміка матки у першу фазу менструального циклу характеризується підвищенням інтенсивності кровотоку та більш високим індексом резистентності маточних судин. У другу фазу менструального циклу в нормі у здорових жінок має місце тенденція к затрудненню венозного відтоку. Показники доплерограм у жінок з наявністю замершої вагітності характеризуються значним зменшенням пульсового кровенаповнення, підвищенням судинної резистентності, що свідчить про зниження інтенсивності маточного кровообігу в спіралевидних артеріолах і не виключає гемодинамічні причини missed abortion.

## **ОСОБЛИВОСТІ ГЕСТАЦІЇ У ЖІНОК ПІСЛЯ ТЕРАПІЇ ГІПЕРПЛАЗІЙ ЕНДОМЕТРІЮ**

*Цинтар С.А., Пересунько О.П.*

*Науковий керівник – канд. мед. наук, доцент Пересунько П.*

*Кафедра акушерства та гінекології з курсом  
дитячої та підліткової гінекології*

*Буковинська державна медична академія*

Частота виникнення вагітності після гормонотерапії гіперплазій ендометрію складає 18-25% ( Я.В.Бохман, 1989 ). Гостре бажання хворих мати дитину та знижена їх дітородна функція роблять проблему догляду за протіканням вагітності та пологів особливо актуальною.

Під нашим наглядом знаходилось 11 жінок з гіперплазіями ендометрію, які завагітніли після проведеного гормонального лікування. Вік хворих – від 23 до 34 років. У 8 ( 72,7% ) знаходили до лікування атипичну гіперплазію ендометрію, у 3 ( 27,3% ) – залозисто - кістозну гіперплазію. Їм проводилась терапія гестагенами та синтетичними прогестинами. 4 ( 36,4% ) із 11 вагітностей після гормонотерапії закінчились самовільними викиднями у 3 жінок в строки до 12 тижнів, у 1 – в 15-16 тижнів. Пологами закінчились 7 вагітностей. У 2 вагітних пологи були передчасні в 33 та 36 тижнів. При передчасних пологах в 33 тижні дитина загинула на 2 добу від прогресування хвороби гіалінових мембран. За 2 тижні до по-



логів у жінки відмічались симптоми загрози переривання вагітності, але госпіталізованою вона не була. При пологах 36 тижнів дитина жива. У 5 жінок – пологи в строк. У 2 з них – операція кесарського розтину (1 – тазове передлежання та вік 32 роки, 2 – прогресування гіпоксії плоду при слабкості пологової діяльності).

Отже, у 7 із 11 жінок спостерігалось невиношування вагітності. У зв'язку з цим, у таких вагітних необхідно приділяти увагу корекції невиношування не тільки в ранні строки, але і в пізні, відносячи їх до високої групи ризику вагітності та пологів.

## Терапія

### ВОЗРАСТНАЯ ЭВОЛЮЦИЯ ПОРОКОВ СЕРДЦА

*Рачинский И.Д., профессор*

*Сумский государственный университет,  
секция пропедевтики внутренних болезней*

Порок сердца - сложное нарушение функции клапанного аппарата в результате его морфологических изменений. Морфологические изменения клапанного аппарата различные и зависят от возраста больного. Последнее имеет значение для клиники.

В детском возрасте встречаются врожденные пороки и для их диагностики важна аускультация сердца вдоль левого края грудины как и по всей поверхности сердца.

У взрослых людей реже встречаются врожденные пороки сердца и чаще приобретенные. Выделяют 5 групп причин приобретенных пороков:

- 1 Поствоспалительный фиброз и кальциноз клапана без признаков активного воспаления.
- 2 Ревматизм.
- 3 Инфекционный эндокардит.
- 4 Неспецифическое воспаление на фоне постревматического склероза и кальциноза клапана.
- 5 Другие патологические процессы.

У людей пожилого возраста встречаются склеротические или сенильные пороки сердца, хотя могут встречаться и ревматические пороки, если развившийся в юношеские годы ревматизм был необширным патологическим процессом. У большинства наблюдаемых нами пожилых больных с ревматическими пороками клиническая картина характеризовалась наличием хронической сердечной недостаточности умеренной степени выраженности, однако с упорным прогрессирующим течением, требующим постоянного лечения. Кроме того, у больных отмечалась сердечная кахексия, слабая активность ревматического процесса. Сердечная кахексия у названной категории

больных является следствием длительной гипоксии тканей, нарушений метаболизма в тканях, прежде всего в мышечной, расстройств механизмов нейрогуморальной регуляции, хотя в целом механизмы ее развития с учетом современных воззрений (роль цитокинов и других факторов) довольно сложные.

## **ВПЛИВ ЕНАЛАПРИЛУ НА КЛІНІКО-МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II ТИПУ В ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

*Деміхова Н.В., асистент*

*СумДУ, секція пропедевтики внутрішніх хвороб*

Під наглядом знаходилися 40 пацієнтів з цукровим діабетом II типу в поєднанні з артеріальною гіпертензією (I та II стадії) віком від 39 до 68 років.

Всі пацієнти були розподілені на дві групи: I (контрольну) групу складала 20 хворих, які отримували базисну терапію. До II групи були включені 20 хворих, які одержували еналаприл поряд з базисною терапією. Еналаприл призначали один раз на добу, починаючи з 2,5 мг до 10 мг на добу. Курс лікування 18 днів.

До лікування еналаприлом у II групі середній показник холестерину в сироватці крові складав  $6,04 \pm 0,25$ , після лікування –  $6,12 \pm 0,34$  ммоль/л; тригліцеридів – до лікування  $1,37 \pm 0,27$ , після лікування –  $1,31 \pm 0,25$  ммоль/л; рівень глікемії натщесерце до лікування –  $7,34 \pm 0,26$ , після лікування –  $7,5 \pm 0,41$  ммоль/л; рівень постпрандіальної глікемії до лікування –  $7,98 \pm 0,37$  ммоль/л, після лікування –  $8,06 \pm 0,42$  ммоль/л.

Середній систолічний АТ у I (контрольній) групі складав до лікування –  $157,2 \pm 3,7$ , після лікування –  $152,9 \pm 3,2$  мм рт. ст.; середній діастолічний АТ – до лікування  $90,3 \pm 3,2$ , після лікування  $87,8 \pm 3,1$  мм рт. ст.. У II групі середній систолічний АТ складав до лікування  $156,5 \pm 3,2$ , після лікування –  $139,8 \pm 3,1$  мм рт. ст.; середній діастолічний АТ – до лікування  $91,5 \pm 3,3$ , після лікування  $80,0 \pm 2,8$  мм рт. ст.

Таким чином, результати дослідження свідчать про те, що інгібітор АПФ еналаприл у хворих на цукровий діабет II типу в поєднанні з артеріальною гіпертензією має виражений антигіпертензивний ефект, а також не погіршує стан вуглеводного та ліпідного обміну.

## **ЕЗОФАГЕАЛЬНИЙ pH-МОНІТОРИНГОВИЙ ТЕСТ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**

*Псарьова О.В., студ. 5-го курсу  
Науковий керівник – Вінніченко Л.Б.*

*СумДУ, кафедра терапії*

Гастрозофагеальний рефлюкс (ГЕР) може бути пусковим механізмом у розвитку бронхіальної астми (БА). Тривалий pH-моніторинг стравоходу є одним із основних методів діагностики ГЕР у астматиків.

Метою дослідження є вивчення частоти ГЕР серед хворих на БА з наявними та відсутніми рефлюкс-симптомами, встановити кореляцію між респіраторними симптомами та епізодами рефлюксу.

Методи дослідження: Усім хворим на БА виконувався тривалий рН моніторинг стравоходу. Наявність ГЕР констатувався за відхиленням від норми хоча б одного із показників цього дослідження. Результати тесту порівнювалися в двох підгрупах хворих на БА в поєднанні з ГЕР: з наявними та відсутніми рефлюкс-симптомами. Респіраторні симптоми співставляли з епізодами кислотної експозиції у стравохід з  $\text{pH} < 4$ .

Результати дослідження: Серед обстежених 30 хворих на БА 2-3 ступенів тяжкості 24(80%) мали рефлюкс-симптоми. Результати тривалого рН-моніторингу свідчили про наявність ГЕР у 17 пацієнтів із 24 з симптомами ГЕР (70%) в порівнянні з 2 із 6 астматиків без симптомів ГЕР (30%). У 17 із 19 хворих на БА з позитивним тестом тривалого рН-моніторингу (90%) респіраторні симптоми корелювали із рефлюкс-епізодами.

Висновки: Результати дослідження свідчать про строгу кореляцію між рефлюкс-епізодами і респіраторними симптомами у хворих на БА в поєднанні з ГЕР.

## **ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА**

*Рокитянська Г.А., Здобнева Ю.В., Зубко М.М.,*

*Пономаренко С.М., лікарі-інтерни*

*Науковий керівник – доц. Приступа Л.Н.*

*Сумський державний університет, кафедра терапії*

Згідно літературних даних ожиріння є предиктором виникнення бронхіальної астми (БА) та фактором, що зумовлює резистентність до загальноприйнятих методів лікування.

Метою дослідження було визначення взаємозв'язку між показниками функції зовнішнього дихання (ФЗД) та індексу маси тіла (ІМТ) у хворих на БА.

Матеріали і методи. Обстежено 220 хворих на БА, з них: 50 хворих на БА III ст. із нормальною масою тіла (НМТ) – склали I групу; 54 хворих на БА III ст. із зайвою масою тіла (ЗМТ) – II групу; 48 хворих на БА IV ст. з НМТ – III групу; 68 хворих на БА IV ст. із ЗМТ – IV групу. ІМТ визначали та оцінювали згідно рекомендацій ВООЗ. ФЗД — за стандартною методикою. Дані оброблені статистично з визначенням середньої арифметичної ( $M$ ), її похибки ( $m$ ) та коефіцієнта парної кореляції Пірсона ( $r$ ).

Результати дослідження. У міру наростання ІМТ середні показники ОФВ<sub>1</sub> і ЖЄЛ зменшуються у хворих II і IV групи, тобто погіршується ФЗД як за обструктивним, так і за рестриктивним типом. Виявлено помірної сили зворотній зв'язок між ІМТ та ЖЄЛ у хворих II та IV групи ( $r_1 = -0,33$ ,  $r_2 =$  -

0,35, відповідно) та сильний зворотній зв'язок між ІМТ та ОФВ<sub>1</sub> ( $r_1 = -0,76$ ,  $r_2 = -0,89$ ). У хворих із зайвою масою тіла та ожирінням у порівнянні із хворими з нормальною масою тіла (як при III, так і при IV ступенях БА) виявлені більш виражені зміни ФЗД. Отже, зайва маса тіла та ожиріння є обтяжуючим чинником респіраторних порушень у хворих на БА.

## **АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ, КАК ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

*Мясоедова М.А., врач-интерн*

*Научный руководитель – доц. Лаба В.В.*

*Сумский государственный университет, кафедра терапии*

Артериальная гипертензия (АГ) и гиперхолестеринемия (ГХ) давно являются доказанными факторами риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

Целью работы является изучение частоты регистрации ССО у стационарных больных черныбыльского контингента в зависимости от степени АГ и уровня холестерина (ХС).

Материалы и методы. В исследование включено 100 историй стационарных больных с диагнозом гипертонической болезни (ГБ) I-III стадии и уровнем ХС более 6,5 ммоль/л и группу контроля из 50 больных АГ с нормальным ХС.

Результаты исследования. Установлена половая зависимость частоты осложнений при АГ и ГХ. Так, стабильная стенокардия регистрировалась в группе I (с ГХ) у мужчин в 38,4%, женщин – 15,3%, тогда как в группе II (без ГХ), соответственно: 25,5% и 7,1%. Инфаркт миокарда в I группе составил 17,9% и 5,1%, а во II группе – 14,2% и 3,5%. Сердечная недостаточность (СН) в I группе составила 53,8% и 25,6%, а во II группе – 50,0% и 21,4%. С возрастом резко увеличивается и частота ССО, так СН удваивается в группе 60 и более лет в сравнении с 40-49 годами.

Установлена прямая зависимость роста осложнений от степени АГ. Так, хроническое нарушение мозгового кровообращения при I ст. АГ составило 1,7%, при II ст. – 11,8%, и при III ст. – 15,2%.

Выводы. Больные АГ и особенно с ГХ требуют регулярного приема антигипертензивных и гиполипидемических средств и являются прогностически неблагоприятной категорией особенно мужского пола и старших возрастных групп в плане ССО.

## **ФИБРИЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ, ВОЗРАСТНЫЕ**

## **И ПОЛОВЫЕ АСПЕКТЫ СРЕДИ СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ**

*Маковецкая С.С., врач-интерн; Лаба Е.В., студ.5-го курса*

*Научный руководитель – доц. Лаба В.В.*

*Сумский государственный университет, кафедра терапии*

Фибрилляция предсердий (ФП) в общей популяции составляет 0,1% в возрасте до 50 лет и 9% после 80 лет. Она в 2 раза повышает риск смерти от всех причин и в 2,4 раза – от сердечных причин.

Целью работы было изучение частоты встречаемости данной аритмии среди чернобыльского контингента по возрастно-половому признаку с учетом предрасполагающих, сопутствующих и иных этиологических факторов, стадии развития сердечной недостаточности, влияния эхокардиографических данных на прогноз течения аритмии.

Материалы и методы. Изучены истории 100 стационарных кардиологических больных с фибрилляцией предсердий с анализом клинических, лабораторных и инструментальных данных.

Результаты исследования. Установлено увеличение роста ФП с возрастом. Если в группе 35-44 лет она встречалась у 2% то уже в 45-54 г. у 18%; 55-64 г. – 22%; 65-74 г. – 27%; 75 лет и более – 31% случаев. Наиболее значимым предрасполагающим фактором была артериальная гипертензия в 41% случаев, ведущим этиологическим фактором была ишемическая болезнь сердца (88%), на 2 месте – ревматические пороки сердца (6%). Чаще всего регистрировалась II ст. сердечной недостаточности (40,5%) у больных с постоянной ФП.

Выводы. ФП осложняет течение основного и сопутствующего заболевания, ведет к сердечной недостаточности и требует постоянного контроля частоты желудочковых сокращений и лечения основного и сопутствующего заболеваний.

## **ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ЧЕРНОБЫЛЬСКОГО КОНТИНГЕНТА С ЛАТЕНТНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

*Гученко П.В., зав. отделением ОДРЗН;*

*Цыганок Е.В., врач-интерн*

*Научный руководитель – доц. Лаба В.В.*

*Сумский государственный университет, кафедра терапии*

Для чернобыльского контингента характерен полиморфизм кардиалгического синдрома, создающего определенные сложности в ранней диагностике латентной ишемической болезни сердца (ИБС).

Целью исследования была отработка пошаговой диагностики латентной ИБС.

Материалы и методы. Изучено 523 случая госпитализации больных сердечно-сосудистой патологией (ССП) в терапевтическое отделение областного диспансера радиационной защиты населения на протяжении 2003 года. Ис-

пользованы физикальные, лабораторные и инструментальные методы обследования.

Результаты исследования. ИБС диагностирована у 392 больных (74,9%). Кардиалгии регистрировались у 70%. Методика пошаговой диагностики с использованием физикальных, лабораторных и инструментальных (рентгенография, ЭКГ, велоэргометрия, дипиридамоловый тест, ЭХО-кардиография, холтер-мониторинг) методов исследования позволила выявить безболеую ишемию у 42 (12,1%) от всей ИБС, а в целом латентное течение было у 96 (24,4%) больных.

Вывод. Пошаговый метод диагностики латентной ИБС особенно полезен у чернобыльского контингента.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НИМЕСУЛИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСЕОАРТРОЗОМ**

*Короза С.А., зав. отделением СОКЛ;*

*Забара Н.Н., врач-интерн*

*Научный руководитель – доц. Лаба В.В.*

*Сумский государственный университет, кафедра терапии*

Одним из проявлений суставного синдрома при остеоартрозе (ОА) является боль, степень выраженности которой бывает различной.

Цель работы. Изучить терапевтическую эффективность нимесулида у больных различными формами ОА.

Материалы и методы. В исследование включено 120 больных ОА I-III рентгенологической стадии. Средний возраст больных 60 лет с продолжительностью болезни  $5,9 \pm 2,2$  года. В исследование не включены пациенты в анамнезе имеющие непереносимость нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), тяжелые сопутствующие заболевания, получающие внутрисуставное введение лекарств. Полиостеоартроз был у 111 (92%), в т.ч. у 40 – узелковая форма, моноартроз – у 9 (8%).

Эффективность оценивали по объему движений в суставе, по болевому, воспалительному суставному индексам.

Результаты исследования. 60 больных I группы получали 100 мг нимесулида 2 раза в день на фоне базисной терапии, 60 больных II группы получали диклофенак в дозе 50 мг 2 раза в сутки. На фоне проведенного лечения увеличились оцениваемые критерии эффективности больше в I группе. Субъективно увеличение отмечали больные обеих групп примерно в одинаковой степени. 20 пациентов II группы отмечали гастралгию, купируемую антацидами. Больные I группы лечение переносили положительно.

Вывод. Нимесулид на фоне базисной терапии подтвердил достаточную эффективность и хорошую переносимость, что служит основанием для его широкого применения при ОА.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРО-ПУЛЬС-ТЕРАПИИ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНОМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ II-III СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ**

*Короза С.А., зав. отделением СОКЛ;*

*Зайцева В.А, врач-интерн*

*Научный руководитель - доц. Лаба В.В.*

*Сумский государственный университет, кафедра терапии*

Тяжесть течения ревматоидного артрита (РА) определяет степень активности процесса и висцеральные проявления.

Цель работы. Изучить эффективность микро-пульс-терапии препаратом “Метипред” у больных РА II-III степени активности с висцеральными поражениями.

Материалы и методы. В исследование включено 105 больных РА находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении областной больницы. В I группу вошли 70 больных получавших преднизолон перорально в дозе зависимой от степени активности. Во II группу включили 35 больных получавших метипред по 1000 мг 3 дня подряд, после чего им назначали перорально 30 мг в сутки с дальнейшим снижением дозы до подерживающей 7,5 мг/сутки. Эффективность лечения оценивали по клиническим и лабораторным критериям активности.

Результаты исследования. Преднизолон и особенно пульс-терапия метипредом были достаточно эффективны у больных РА. Терапевтический эффект метипреда был более выражен, чем преднизолона. У всех больных увеличился объем движений в суставах, при этом в I группе на 7%, во II группе на 10 %. Болевой индекс по Ritchi в I группе с  $2,6 \pm 0,2$  баллов уменьшился до  $1,2 \pm 0,4$  балла, во II группе с  $2,8 \pm 0,2$  уменьшился до  $1,0 \pm 0,2$ .

Вывод. Микро-пульс-терапия метипредом является эффективным и безопасным методом лечения у больных РА высокой степени активности и висцеральными проявлениями.

## **ПОШИРЕНІСТЬ ГАСТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД МОЛОДІ ПРИЗОВНОГО ВІКУ. ЕТІОЛОГІЧНІ, СОЦІАЛЬНІ І КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ**

*Мажуга М.І., зав. поліклінікою ЦРЛ м. Шостка;*

*Луценко-Христій О.Г., лікар-інтерн*

*Науковий керівник – доц. Лаба В.В.*

*Сумський державний університет, кафедра терапії*

Мета роботи. Вивчення поширеності виразкової хвороби серед юнаків м. Шостки за період 2000-2003 року.

Матеріали і методи. Використані медичні дані призовної комісії об'єднаного Шосткинського і Середино-Будського міського військового комісаріату і результати подальших обстежень.

В середньому щорічно обстежується близько 1000 призовників. При підозрах на патологію шлунково-кишкового тракту призовники додатково обстежувались в центральній районній лікарні, де враховувалися такі фактори, як спадково-конституційна схильність, психоемоційні і психосоціальні фактори, екологічні аспекти проживання, імунні і місцеві фактори, що реалізують розвиток захворювання, наявність шкідливих звичок у молоді.

Взяті до уваги ендоскопічні і рентгенологічні дані, аналізи крові і сечі, дослідження шлунково-кишкового соку.

Результати досліджень. Виявлено щорічно від 10 до 13% хворих призовників з патологією шлунково-кишкового тракту. Найбільш впливовими факторами були нервово-емоційні перевантаження, нераціональне харчування, куріння, зловживання алкоголем, хронічні інфекції, погані взаємовідносини в сім'ї.

Висновок. Гастродуоденальна патологія є досить поширеною в структурі загальної захворюваності юнаків Шосткинського і Середино-Будського районів.

## **СКРИНІНГ РАКУ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ ПО СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Подорога О.І., лікар ОДРЗН;*

*Кобилецька Н.О., студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник - проф. Орловський В.Ф.*

*Сумський державний університет, кафедра терапії*

Як свідчить досвід радіаційної медицини, "пік" зростання захворювань щитовидної залози припадає в середньому на 15-20 років після випадку радіаційного опромінення. Серед тиреопатій найчастіше зустрічається вузловий зоб, який потребує визначення його доброякісної чи злоякісної природи. Згідно різних досліджень вузли щитовидної залози визначаються у 4-6% населення пальпаторно та у 13-50% - ультрасонографічно.

Максимальний ризик виникнення раку щитовидної залози мають постраждалі внаслідок аварії на ЧАЕС, диспансерне обстеження яких здійснюється диспансером радіаційного захисту населення за протоколом, що був запропонований Українським науково-практичним центром ендокринної хірургії.

Серед дорослих у загальній популяції у 2002 році розповсюдженість вузлового зобу склала 5,6%, що в 1,4 рази перевищує загальноукраїнський показник, а серед диспансерного контингенту цей показник рівнявся 49,3%, тобто у 8,8 рази частіше. На цей же час серед диспансерного контингенту знизилась поширеність раку щитовидної залози з 8,1 до 7,3%, що пов'язано, скоріш за все, зі збільшенням контингенту за рахунок підлітків, які народилися від батьків, що знаходились на диспансерному обліку.

Злоякісні захворювання щитовидної залози у 2002 році серед диспан-



серного контингенту реєструвались у 2,5 рази частіше, ніж в загальній популяції. Загалом у області за останні 5 років частота випадків раку щитовидної залози зросла у 2,2 рази серед диспансерного контингенту та в 1,6 рази серед загальної популяції.

## **РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**

*Приступа Л.Н., доцент кафедри терапії;*

*Дитко В.В., учениця МАН*

*Науковий керівник – проф. Орловський В.Ф.*

*Сумський державний університет, кафедра терапії*

Зважаючи на літературні дані про те, що зайва маса тіла (ЗМТ) та ожиріння, являючись одним із компонентів метаболічного синдрому (МС), є предиктором виникнення бронхіальної астми (БА), метою нашого дослідження було вивчення розповсюдженості констеляції даних захворювань серед контингенту хворих-астматиків у порівнянні із загальною популяцією.

Методом телефонного анкетування обстежено 1235 мешканців м. Суми на предмет виявлення у них ЗМТ та ожиріння, за наявності яких проводився аналіз амбулаторних карт із метою виявлення компонентів МС. Проведено аналіз 711 історій хвороб пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні Сумської обласної лікарні з приводу загострення БА. Індекс маси тіла (ІМТ) визначали та оцінювали згідно рекомендацій ВООЗ.

У загальній популяції ЗМТ виявлено у 30% жінок та 35% чоловіків, ожиріння – у 21 і 10% відповідно. Серед хворих на БА нормальну масу тіла (НМТ) мали лише 16% хворих на БА, ЗМТ – 57%, ожиріння було виявлено у 27% пацієнтів, причому ЗМТ та ожиріння частіше зустрічались в осіб жіночої статі. Артеріальну гіпертензію виявлено у 26% хворих із НМТ, у 48% - із ЗМТ, у 83% - із ожирінням. Частота порушень вуглеводного (порушення толерантності до глюкози, цукровий діабет II типу) та ліпідного обмінів (гіпертригліцеридемія, гіперхолестеринемія, зниження ліпопротеїнів високої щільності) також зростала у міру збільшення ІМТ.

Таким чином, МС діагностовано у 46% хворих на БА із ЗМТ та у 78% астматиків із ожирінням, що свідчить про значно вищу поширеність даного синдрому серед хворих на БА у порівнянні із загальною популяцією.

## **КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПОЄДНАННІ ІЗ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ**

*Бардюк О.В., Шатохіна О.С., Коваленко О.В.,*

*Аношенко Ю.В., лікарі-інтерни*

*Науковий керівник – доц. Приступа Л.Н.*

### *Сумський державний університет, кафедра терапії*

Гастроезофагеальний рефлекс (ГЕР) є одним із механізмів формування бронхіальної обструкції при бронхіальній астмі (БА) та ініціатором нападів ядухи у нічний період.

Метою дослідження було вивчення клінічних і ункціональних особливостей БА при наявності та відсутності ГЕР.

Обстежено 46 хворих на БА, які мали клінічні ознаки ГЕР (печію, нудоту, гіркота у роті) (I група) та 30 хворих на БА без ГЕР (II група). В усіх хворих діагностовано IV ступінь БА. В дослідження не включали хворих, які мали подібні із ГЕР клінічні симптоми (виразкову хворобу, гастро дуоденіт тощо). Всім хворим проводилось клінічне обстеження з оцінкою респіраторних та клінічних симптомів за 3<sup>х</sup>-бальною шкалою у залежності від вираженості симптомів та дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД). Отримані дані наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Вираженість клінічних симптомів та порушення функції зовнішнього дихання у хворих на БА.

Група Хворих	Бали			ОФВ <sub>1</sub> ,%	ЖСЛ,%
	Задишка	Ядуха	Кашель		
I	2,89±0,13	2,93±0,18	2,89±0,10	49,8±4,16	56,5±4,23
II	2,21±0,09	2,31±0,13	2,11±0,08	56,7±4,39	69,8±4,93

Таким чином, встановлена залежність основних респіраторних симптомів БА від ГЕР: вираженість задишки, ядухи та кашлю суттєво вища при ГЕР, ніж при її відсутності. ГЕР обтяжує також зрушення основних показників ФЗД.

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА β-БЛОКАТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ IV ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА**

*Железный В.П., врач 1-ой городской больницы;*

*Грищенко Ю.Е., врач-интерн*

*Научный руководитель – проф. Орловский В.Ф.*

*Сумский государственный университет, кафедра терапии*

Благодаря проведению многоцентровых контролируемых исследований, в которых участвовало более 10 тыс. больных, в настоящее время получены убедительные данные о возможности эффективного и безопасного применения β-блокаторов (карведилола, бисопролола и метопролола) в лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) II-III функционального класса (ФК).

Цель работы. Определить самый эффективный и безопасный β-блокатор в лечении больных с ХСН IV ФК.

Материалы и методы. В исследование было включено 60 больных, находившихся на лечении в кардиологическом отделении 1-й городской больницы в возрасте от 45 до 72 лет с компенсированной ХСН, соответствующей IV ФК и фракцией выброса левого желудочка до 40%. Все больные не

менше 2 мес. до включення в дослідження отримували терапію інгібіторами АПФ та діуретиками. Больні рандомізувалися на ІV групи (по 15 чел. кожна): І – отримували карведилол; ІІ – бисопролол; ІІІ – метопролол; ІV – не отримували β-блокаторів.

Після проведеного лікування найкращі результати були отримані в І групі: фракція вибіроса лівого шлудочка збільшилася з 33% до 48%; ІV ФК перешел в ІІІ у 60% больних; артеріальне тиск знизилось со 160/95 мм рт. ст. до 130/85 мм рт. ст.; произошло уреження ЧСС з 72 уд/мин до 58 уд/мин; помітно зменшилися розміри печені, а також знизилось число случаєв смерті та не зареєстровано повторних госпіталізацій та побочних ефектів.

## **АПОПТОЗ ЕПІТЕЛІОЦІТІВ СЛИЗОВОЇ ШЛУНКА У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЮ ОБСІМЕНІННЯ *HELICOBACTER PYLORI***

*Катернєх Аббас Алі, аспірант*

*Науковий керівник – проф. Орловський В.Ф.*

*Сумський державний університет, кафедра терапії*

*Helicobacter pylori* (Hр) нині вважається головним чинником хронічного гастриту (ХГ) та виразкової хвороби (ВХ). Штами даного мікроорганізму здатні синтезувати токсичні чинники білкової природи, які зумовлюють апоптоз оточуючих епітеліоцитів слизової болонки шлунка (СОШ).

Метою дослідження було порівняльне вивчення апоптозу епітеліоцитів СОШ у залежності від ступеня обсіменіння Hр.

Матеріал та методи. Обстежено 60 хворих на ВХ дванадцятипалої кишки (ДПК) в період загострення, середній вік  $44,5 \pm 2,4$ р. Присутність Hр виявлялась уреазним та гістологічним методом та напівкількісним методом у біоптатах – ступінь обсіменіння Hр при фарбуванні за Гімзою. Для визначення апоптичного індексу (АІ) підраховували кількість клітин з ознаками апоптозу в ядрах (Ая) та кількість апоптичних тіл, що утворилися після розпаду ядра та клітин (Ар). Апоптоз розраховували на 100 клітин, після підрахування у кожному препараті 200-300 клітин. Контролем стали показники отримані на СОШ від 15 здорових осіб.

Результати дослідження. У контрольній групі АІ в СОШ становив  $2,8 \pm 0,3\%$ , в тому числі Ая –  $1,4 \pm 0,3\%$  і Ар  $1,1 \pm 0,4\%$ . В СО антрального відділу шлунка при засіяності І та ІІ ступенів АІ становив  $5,2 \pm 0,35\%$  в тому числі Ая –  $2,1 \pm 0,48\%$  і Ар –  $2,1 \pm 0,33\%$ . При засіяності ІІІ ст. показники інтенсивності апоптозу не відрізнялись від контролю. При І та ІІ ст. обсіменіння Hр в СО тіла шлунка відповідно  $2,3 \pm 0,4\%$ ;  $1,2 \pm 0,3\%$  та  $1,1 \pm 0,4\%$ , що не відрізнялось від контролю При засіяності ІІІ ст. АІ становив  $4,2 \pm 0,35\%$ , в тому числі Ая –  $2,4 \pm 0,41\%$ , Ар –  $1,6 \pm 0,21\%$ .

## **ВИКОРИСТАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ**

*Загородній О.М., лікар-інтерн*  
*Науковий керівник - доц. Лаба В.В.*  
*Сумський державний університет, кафедра терапії*

Захворювання на гастродуоденіт займає одне з ведучих місць серед патології шлунково-кишкового тракту. Це пов'язано з переважно низьким рівнем матеріального забезпечення сімей, з зміною акцентів у харчуванні (поява швидкосупів, різних газованих напоїв з есенціями і стабілізаторами, сухих сніданків). Зниження життєвого рівня більшості населення держави також зробило практично неможливим при інфікуванні хелікобактерною інфекцією проводити лікування всієї родини одночасно. 1997 року в Україні зареєстровано нові препарати фірми Heel, які випускаються з 1935 року в Німеччині. Ці лікарські засоби, які поєднали в собі класичну медицину (алопатію) та нетрадиційну медицину (гомеопатію).

Було обстежено та проліковано в умовах поліклініки 18 хворих, які отримували антигомотоксичні препарати як у вигляді монотерапії, так і додатково до основного, стандартизованого, лікування. Призначення препаратів (Хепель, Мукоза композітум, Нукс воміка-Гомаккорд) проводилося згідно з рекомендаціями методичних листів, затверджених МОЗ України. У 5 хворих спостерігалися закрепи, симптоматика яких на 5-7 день зникла.

Відмічено, що стан здоров'я хворих, які отримували поєднану терапію покращувався достовірно швидше, ніж у осіб, які отримували тільки стандартизовану терапію. В той же час відмічено, що хворі в стані неповної ремісії хронічних гастродуоденітів, давали добрі результати при лікуванні їх навіть монотерапією антигомотоксичними препаратами.

Таким чином використання антигомотоксичних препаратів при лікування хронічних гастродуоденітів є доцільне і ефективне в комплексному лікуванні у відповідності із існуючими протоколами. Ні одного випадку побічної дії на ці препарати нами не зареєстровано.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ  
АНТАЦИДНЫХ СРЕДСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

*Штукин С.Н., врач-интерн*  
*Научный руководитель – доц. Лаба В.В.*

*Сумский государственный университет, кафедра терапии*

Цель работы. Сравнительное изучение клинической эффективности нового антацидного препарата альмагель нео и традиционного альмагеля у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) в стадии обострения на фоне комплексной терапии.

Материалы и методы исследования. В первую группу вошли 50 больных получавших альмагель нео, во вторую группу 50 пациентов принимавших альмагель. Все больные принимали стандартную комплексную противовоспалительную терапию. Больные были с эндоскопически доказанной активной язвой (ДПК) размером более 5мм в диаметре. Эффективность этих препаратов оценивали на основании изменений следующих параметров: динамики клинических симптомов (боли, изжоги, запора, метеоризма), влияние на эпителизацию язвенного дефекта в ДПК.

Результаты исследования. В первой группе как субъективно, так и на основании клинко-эндоскопических критериев получены у 12% более достоверные результаты положительной динамики в сравнении со второй группой.

Вывод. Препарат альмагель нео имеет преимущества перед традиционным альмагелем в комплексном лечении ЯБДПК.

## **ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

*Гапонова О., студентка 6-го курса*

*Научные руководители : доц. Мелеховец О.К.,*

*доц. Климанская Н.В.*

*Сумский государственный университет, кафедра терапии*

Ревматоидный артрит (РА) и аутоиммунный тиреоидит (АИТ) относятся к заболеваниям, в патогенезе которых основная роль принадлежит нарушениям в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета.

Цель работы: выявление частоты распространенности заболеваний щитовидной железы аутоиммунного характера у больных РА .

Под наблюдением находилось 87 больных РА. Всем больным проводились клинко-лабораторные, биохимические, рентгенологические и функциональные исследования суставов; скрининговое обследование с проведением УЗИ щитовидной железы, определение концентрации гормонов Т 3, Т 4, ТТГ, АТТГ, АТ к микросомальным фракциям методом иммуноферментного анализа, ТАПБ с последующей цитологической верификацией диагноза.

Результаты исследования. Патология щитовидной железы у больных РА была зарегистрирована у 71 больного(81,6%). Диагноз достоверного АИТ у больных с РА был установлен у 9 человек: 7 больных с гипотиреозом и 2 пациента с эутиреозом. Титр антител был значительно выше у 3 больных, что сочеталось с 2 ст. активности РА. У 62 больных выявлены тиреопатии- диффузный зоб 1-2 ст. у 46 больных, смешанный зоб – у 12 пациенток, узловой зоб – у 4 больных, эутиреоз отмечался у 72,5 % больных, гипотиреоз – у 18,5 % обследуемых. У больных с тиреопатиями титр антител находился в пределах нормы или превышал ее незначительно.

Выводы. У больных с РА отмечается высокая распространенность заболеваний щитовидной железы с доминированием аутоиммунной патологии.

## **ЦЕНКА ЙОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ С КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ**

*Москаленко Р.А., студ. 4-го курса*

*Научный руководитель - доц. Мелеховец О.К.*

*Сумский государственный университет, кафедра терапии*

Йододефицит относится к наиболее распространенным на Земном шаре микроэлементозам. Его развитие обусловлено геохимическими, климатическими и экологическими факторами.

В то же время лабораторные методики, доказывающие распространенность йододефицита, достаточно трудоемки и не могут использоваться для проведения скрининга.

Клинические проявления йододефицита выражаются в развитии тиреоидной патологии, особенно зоба и рака.

Целью настоящей работы явилось проведение районирования территории Сумской области по степени йодного дефицита и выявление корреляционных отношений со степенью распространенности патологии щитовидной железы.

В зону с выраженным дефицитом йода мы включили территорию с наиболее бедными йодом почвами – северную часть С-Будского и Шосткинского районов. Распространенность узлового зоба в этом регионе в 2-3 раза превышала таковую по области, достигая 1492,0 на 100 тыс. населения.

В зону умеренного дефицита включены южные территории этих районов, а также Ямпольский, Глуховский и Кролевецкий районы. Распространенность эндемического зоба здесь составила 986,17 на 100 тыс. населения.

Относительно благополучными территориями по содержанию йода в почвах считаются Сумской, Тростянецкий районы. Распространенность эндемического и узлового зоба колебалась в пределах 201,36 – 573,85 на 100 тыс. населения.

Таким образом, проведенные исследования дают возможность оценить риск развития йододефицитных состояний в отдельных регионах нашей области.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ АТЕНОЛОЛА И НЕБИВОЛОЛА НА ПОЧЕЧНЫЙ КРОВОТОК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

*Коломиец В.В., Грона Н.В.*

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, кафедра внутренних болезней №2*

Цель исследования. Сравнить влияние бета-блокаторов атенолола и небиволола на почечный кровоток (ПК) и экскрецию NO почками у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материалы и методы. Обследованы 60 больных ЭГ II стадии до и после курса терапии на фоне эналаприла (20-40 мг/сут). 30 из них в течение 3 месяцев

принимали атенолол в дозе 50-100 мг/сут (1-я группа), а 30 – небиволол в дозе 10мг/сут (2-я группа). Проведено суточное мониторирование артериального давления (АД) с помощью аппарата “Кардиотехника 4000 АД”, (“Инкарт” Россия). ПК определяли на ультразвуковой системе “Siemens” (Германия) с фазированным датчиком 3,2 МГц. Экскрецию NO с мочой измеряли с реактивом Грисса.

Результаты исследования. У всех обследованных больных АД снизилось до уровня (<140/90мм рт.ст.). Среднесуточное, среднедневное и средненочное АД снизилось примерно одинаково на 10-15% ( $p>0,1$ ). Лечение привело к повышению ( $p<0,05$ ) ПК у лиц 1 группы с  $320\pm 18$  до  $417\pm 22$ мл/(мин $\times 1,73$ м<sup>2</sup>), и большему ( $p<0,05$ ) у лиц 2 группы – с  $347\pm 19$  до  $499\pm 23$  мл/(мин $\times 1,73$ м<sup>2</sup>) преимущественно за счёт снижения сопротивления эфферентных артериол на 51,2 и 77,6% соответственно. Улучшение почечной гемодинамики способствует не только оптимизации АД, но и профилактике нефропатии, в частности, микропротеинурии.

Заключение. Бета-адреноблокатор небиволол, увеличивающий синтез оксида азота, позволяет не только на должном уровне контролировать АД, но и осуществлять нефропротекцию путём улучшения почечной гемодинамики.

## **ВЛИЯНИЕ ФЕЛОДИПИНА НА КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

*Бобрывев К.А., Донскова Т.В., Боброва Е.В.*

*Донецкий государственный медицинский университет,  
кафедра внутренних болезней № 2*

*Киевская медицинская академия последипломного  
образования, кафедра кардиологии и функциональной диагностики*

Цель – изучить ренальные гемодинамические эффекты фелодипина у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы. Обследовано 22 больных ЭГ II стадии. Больным в течение 14 дней назначали фелодипин («Фелодип», “IVEX”) в дозе 5 мг/сут, внутрь. Почечный кровоток (ПК) определяли ультразвуковым методом. Общее (R), афферентное (R<sub>A</sub>), эфферентное (R<sub>E</sub>) сопротивление сосудов почек и гидростатическое давление в клубочках (P<sub>G</sub>) вычисляли по формулам Гомеза. Обследование проводили до и после терапии.

Результаты. Фелодипин снизил среднее артериальное давление (САД) со  $122,5\pm 3,6$  до  $112,3\pm 3,4$  мм рт. ст. ( $p=0,046$ ) и увеличил ПК с  $1015,1\pm 16,5$  до  $1236,8\pm 21,4$  мл/мин ( $p<0,001$ ). При этом R уменьшилось с  $6157\pm 155$  до  $5321\pm 156$  дин·с·см<sup>-5</sup> за счёт падения как R<sub>A</sub> (с  $3362\pm 98$  до  $2643\pm 82$  дин·с·см<sup>-5</sup>), так и R<sub>E</sub> (с  $1412\pm 40$  до  $1285\pm 36$  дин·с·см<sup>-5</sup>),  $p<0,03$  во всех случаях. Афферентная дилатация обуславливалась снижением САД ( $r=+0,663$ ,  $p<0,05$ ), тогда как эфферентная дилатация от САД не зависела ( $r=+0,112$ ,  $p>0,05$ ). Падение

ние  $P_G$  с  $53,2 \pm 2,8$  до  $45,3 \pm 2,9$  мм рт. ст. ( $p=0,041$ ) объяснялось уменьшением  $R_E$  ( $r=+0,576$ ,  $p<0,05$ ), но не изменениями  $R_A$  ( $r=+0,076$ ,  $p>0,05$ ).

Выводы. Фелодипин при ЭГ II стадии снижает САД и повышает ПК. Прирост ПК обусловлен ренальной вазодилатацией – как афферентной, так и эфферентной. Уменьшение афферентного тонуса носит вторичный характер и вызвано падением САД. Эфферентная дилатация, приводящая к снижению внутриклубочкового гидростатического давления, возможно, связана с прямым действием фелодипина на выносящую артериолу.

## **ВНУТРИКЛУБОЧКОВАЯ ГИДРОДИНАМИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ, ОСЛОЖНЁННОМ ВТОРИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

*Тюрина С. Н.*

*Донецкий государственный медицинский университет,  
кафедра внутренних болезней № 2*

Цель – изучить особенности давления в почечных клубочках нефронов у больных артериальной гипертензией (АГ), обусловленной хроническим пиелонефритом (ХП).

Материал и методы. Обследовано 15 больных неактивным ХП, осложнённым вторичной АГ. В контрольную группу, сопоставимую с основной по возрасту, полу, уровню артериального давления и длительности течения АГ, вошли 14 пациентов с эссенциальной гипертензией (ЭГ). Микроальбуминурию исследовали тест-полосками «Микраль-Тест-II». Гидростатическое давление в клубочках ( $P_G$ ) вычисляли по формулам Гомеза на основе ультразвукового определения почечного кровотока.

Результаты. Клубочковая фильтрация при ХП с АГ составляла  $89,3 \pm 3,1$  мл/мин, в то время как при ЭГ –  $93,5 \pm 2,8$  мл/мин ( $p>0,05$ ). В то же время у больных ХП с АГ величина  $P_G$  была на 12,2% выше, чем у пациентов с ЭГ ( $55,8 \pm 3,2$  и  $43,4 \pm 2,0$  мм рт. ст. соответственно,  $p=0,003$ ). Наличие внутриклубочковой гипертензии при ХП с АГ коррелировало с более выраженной микроальбуминурией. У 12 лиц этой группы (80,0%) данный показатель превышал 20 мг/л, составляя в среднем  $59,3 \pm 8,6$  мг/л. Среди больных ЭГ патологическая микроальбуминурия регистрировалась лишь у 2 пациентов (14,3%), а среднее значение показателя по группе было равным  $12,9 \pm 4,9$  мг/л ( $p<0,001$ ). Повышение  $P_G$  при ХП с АГ обуславливалось снижением сопротивления (дилатацией) афферентных артериол:  $2067 \pm 79$  дин·с·см<sup>-5</sup> в сравнении с  $3466 \pm 104$  дин·с·см<sup>-5</sup> при ЭГ ( $p<0,001$ ).

Выводы. При ХП, осложнённом вторичной АГ, в сравнении с ЭГ отмечается более высокое  $P_G$  вследствие дилатации афферентных артериол, что сопровождается микроальбуминурией.

## **ЗНАЧЕННЯ НІМОЇ ШЕМІЇ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**



**Бабич О.Ю., студ. 6-го курсу**  
**Науковий керівник – асист. Півнєв Б.А.**  
**Донецький державний медичний університет**  
**ім. М. Горького, кафедра внутрішніх хвороб №2**

У 51 хворого на есенціальну гіпертензію (ЕГ) визначали стан гемодінамики, функцію ендотелію плечової артерії (ПА). Проводили добове моніторування електрокардіограми (ЕКГ).

У 12 хворих на ЕГ були виявлені епізоди німої ішемії міокарда (НІМ) з частотою  $3,8 \pm 0,3$  на добу, загальною довготривалістю –  $34,1 \pm 2,1$  хв. на добу. Діаметр ПА у хворих на ЕГ з НІМ становив  $3,80 \pm 0,24$  мм. Приріст діаметру ПА на тлі реактивної гіперемії склав  $+0,29 \pm 0,02$  мм, а після прийому нітроглицерину –  $+1,24 \pm 0,06$  мм ( $p < 0,01$ ). Довготривалість та частота епізодів НІМ у хворих на ЕГ мало залежали від рівня артеріального тиску, ступеня гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ), але існувала тісна кореляція із наявністю та ступенем діастолічної дисфункції ЛШ ( $r=0,35$ ), і дисфункцією ендотелію ( $r=0,50$ ). Після двох років спостереження у хворих на ЕГ з раніше виявленою НІМ ми зареєстрували інші форми ІХС (4 випадки), число яких було значно більшим, аніж у хворих на ЕГ, які раніше не мали епізодів НІМ (1 випадок). Ці дані можна вважати підтвердженням ішемічної природи виявлених раніше безбольових епізодів депресії сегменту ST на ЕКГ при ЕГ. Дана ішемія є віддзеркаленням судинних змін, як наслідок атеросклеротичних змін вінцевих артерій, проте які не супроводжуються їх значним стенозом.

Таким чином, у хворих на ЕГ часто зустрічається НІМ, виникненню якої сприяє достатньо виражена дисфункція ендотелію. НІМ при ЕГ слід розглядати як маркер ішемічних змін гіпертензивного серця. Для профілактики появи та прогресування загрозливих для життя форм ІХС у всіх хворих на ЕГ доцільно проведення холтеровського моніторування ЕКГ для раннього виявлення НІМ.

**НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ У ТРУДЯЩИХСЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ г. ДОНЕЦКА**

**Пархоменко Т.А., Грушко И.В., Донскова Т.В.,**

**Елина М.А., Хандельды Е.В.**

**Донецкий государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней №2**

Исследование проводилось на случайной репрезентативной выборке рабочих и служащих завода им. Ленинского комсомола Украины г. Донецка общей численностью 800 человек (отклик 72%), стратифицированной по полу и возрасту.

Программа исследования включала заполнение стандартного опросника на выявление существующих хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и их основных факторов риска (ФР), двукратное измерение АД

ртутним сфигмоманометром, електрокардіографію, антропометрію, вимірювання частоти пульса, спірометрію.

Аналіз результатів показав, що ХНІЗ були виявлені у 37% всіх обстежених, ФР - у 60%. Артеріальна гіпертонія (АГ) зареєстрована в середньому у 27% обстежених - 21% чоловіків і 34% жінок. С віком частота АГ поступово збільшувалася, поразивши в групі 50-59-річних 28% чоловіків і 50% -жінок. Во всіх групах поширеність АГ у жінок перевищувала на 5-13% аналогічний показувач серед чоловіків. ІБС (згідно епідеміологічними критеріями) виявлена і 8% випадків. Хронічним бронхітом страждали 6% всієї популяції, цукровим діабетом - 1%. З основних факторів хніз найбільш поширеним серед всієї популяції виявилися ожиріння (37%) і куріння (31%), причому в віковій групі до 30 років кількість курячих досягло 75%.

На основі отриманих даних була розроблена програма боротьби з основними серцево-судинними захворюваннями і їх факторами ризику на заводі.

## **Інфекційні хвороби**

### **ІКСОДОВИЙ КЛІЩОВИЙ БОРЕЛІОЗ НА СУМЩИНІ**

*Троцька І.О., Клименко Н.В., Рябіченко В.В.  
Сумська обласна клінічна інфекційна лікарня  
ім. З.Й. Красовицького*

Іксодовий кліщовий бореліоз (ІКБ) – хронічне природно-осередкове інфекційне захворювання, при якому вражаються різні органи та системи. Збудниками ІКБ є борелії, переносниками – деякі види кліщів. В Сумській області розповсюджені два види іксодових кліщів: *I. ricinus* (37,3%) та *D. reticulatus* (62,6%).

Мета роботи: дослідити клініко-епідеміологічні особливості ІКБ.

За період спостереження в області виявлено 14 хворих на ІКБ, напад кліщів відбувався в період з квітня по вересень.

В СОКІЛ під спостереженням знаходилося 11 хворих на ІКБ – 4 чоловіки та 7 жінок. Інкубаційний період склав від 7 до 27 днів.

Тяжкість перебігу хвороби визначалася ступенем вираженості інтоксикації, ураженням органів та систем. У 8 осіб відмічались локалізовані форми, у 3 -генералізовані. Тяжкий перебіг був у 2, середньотяжкий – у 7, легкий - у 2 хворих.

У 9 пацієнтів першою ознакою захворювання була кільцеподібна еритема, у 2 — підвищення температури тіла. В усіх хворих при госпіталізації відмічалася кільцеподібна еритема діаметром від 5 до 28 см, у 7 осіб - регіонарний лімфаденіт.

У 5 хворих спостерігалася гарячка від субфебрильних до фебрильних цифр тривалістю понад 10 днів, у 5 - симптоми інтоксикації у вигляді слабкості, болю у

м'язях, суглобах та кістках.

Для лікування застосовували антибіотики (тетрациклін або доксициклін), при ураженні нервової та серцево-судинної систем - амоксицилін або цефтриаксон; проводилась корекція імунних порушень, дезінтоксикація, гіпербарична оксигенація. Після лікування всі хворі одужали; середній ліжко-день склав 13,5.

Таким чином, усі випадки захворювань на ІКБ зареєстровані у квітні-вересні. ІКБ частіше проявляється локалізованими формами. Ефективне лікування можливе при ранній діагностиці та антибіотикотерапії у поєднанні з комплексною патогенетичною терапією та аферентними методами.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С**

*Дьяченко П.А., магистр*

*Научный руководитель – доцент Чемич Н.Д.*

*СумГУ, кафедра инфекционных болезней*

Цель работы - выявить клинико-лабораторные особенности хронических вирусных гепатитов (ХВГ) В и С.

Проанализировано 190 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в СОКИБ с 2001 по 2003г.г. Возраст больных колебался от 15 до 64 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 3:2. У 180 (95,2%) больных отмечалась средняя степень тяжести заболевания, у 10 (4,8%) – тяжелая. ХВГВ диагностирован у 72 (37,9%) больных, ХВГС – у 88 (46,3%), микст-инфекция В+С – у 24 (12,6%), В+D – у 2 (1,05%); у 4 (2,1%) ХВГ протекал на фоне хронического токсического гепатита.

ХВГВ сопровождался гепатомегалией (100%), астеническим синдромом (97,8%), диспепсией (31,05%), иктеричностью кожи и склер (22,3%), чувством дискомфорта (65,78%). Умеренное повышение АлАТ ( $175 \pm 64$  Е/л) встречалось у 90,7% больных, у 51,1% увеличена активность ЩФ и ГГТ. При ХВГС превалировал астенический синдром (92,3%), тяжесть и болезненность в правом подреберье отмечали 62,1% пациентов, диспептический синдром у - 46,3%, у 14,7% – незначительная желтуха, гепатомегалия - у всех больных. Повышение уровня АлАТ ( $360 \pm 2,68$  Е/л) – у 81,5%; ЩФ и ГГТ у 40,5% пациентов, одновременное повышение этих показателей - у 21,4%. У больных с ХВГВ+С наблюдался астенический синдром (96,9%), дискомфорт в правом подреберье (71,2%), диспептический синдром (51,4%), желтушность кожи и склер (24,7%). Увеличение уровня АлАТ отмечалось у 91,6% больных, увеличение ЩФ и ГГТ – у 64,3%, их одновременный рост – у 39,9%.

Таким образом, наиболее часто регистрируется ХВГС. Для обострения ХВГ характерны умеренно выраженная гепатомегалия, астеновегетативный синдром, умеренное повышение АлАТ.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ ЕШЕРІХІОЗНОЇ ТА КЛЕБСІЄЛЬОЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ**

**Нємцова О. М., лікар – інтерн**  
**Науковий керівник - доцент Чемич М. Д.**  
**СумДУ, кафедра інфекційних хвороб**

Вивчалися клініко–лабораторні особливості гострих кишкових інфекцій (ГКІ), викликаних умовно патогенною флорою та виявлення об’єктивних критеріїв ступеня тяжкості. Обстежено 55 хворих, серед них чоловіків – 30 (54%), жінок -25 (46%), середній вік склав 37±4 років.

Захворювання, викликані *E.coli*, перебігали переважно в гастроентеритичній – 11 (70%) та ентероколітичній формі – 4 (30%). Ступінь тяжкості був легкий у 1 (6,6%), середньотяжкий - у 14 (93,4%) хворих. Ешерихіоз супроводжувався підвищенням температури тіла до 38±0,1°C, нудотою, одноразовим блюванням, діареєю до 7±2 разів на добу, боєм, переважно в мезогастральній ділянці. Відмічений лейкоцитоз 8,2±1,1 x10<sup>9</sup> /л. Інтегративні показники ендогенної інтоксикації склали - ЛПІ 1,46±0,45, ГПІ 1,11±0,03, ІЗЛК 2,4±0,9, Ілім 0,446±0,1, ( P<0,05 відносно норми).

Захворювання, викликані *Kl. pneumoniae*, перебігали в гастроентеритичній – 32 (79%) та гастроентероколітичній формі - у 8 (21%) хворих. За клінічною симптоматикою легкий ступінь тяжкості - у 3 (7,5%) осіб, середньотяжкий - у 37 (92,5%). Виявляли підвищення температури тіла до 37,5±0,1°C, блювання 1±0,2 рази на добу, випорожнення до 5±0,8 разів на добу, біль переважно в епігастральній ділянці. У загальному аналізі крові: лейкоцити 6,9±0,6x10<sup>9</sup> /л, ШОЕ 8,5±2 мм/год. Інтегративні показники ендогенної інтоксикації склали:ЛПІ 1,68±0,1, ГПІ – 1,73±0,5 і ЗЛК 1,99±0,2; Ілім – 0,4±0,15, (P< 0,05 відносно норми).

Таким чином, ешерихіози мають більш тяжкий клінічний перебіг. Об’єктивним критерієм ступеня тяжкості є інтегративні показники ендогенної інтоксикації.

**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ**  
**ЛЕПТОСПИРОЗУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

**Удальцева І.В., лікар-інтерн**  
**Науковий керівник - доцент Ільїна Н.І.**  
**СумДУ, кафедра інфекційних хвороб**

У Сумській області природні осередки лептоспірозу зареєстровані в 16 районах. Спостерігається тенденція до зростання захворювання.

Вивчалися клініко-епідеміологічні особливості лептоспірозу і зміни інтегративних показників ендогенної інтоксикації у хворих на лептоспіроз. Під спостереженням було 30 пацієнтів (чоловіки - 90%, жінки -10%) у віці від 18 до 63 років. Діагноз підтверджено РМА лептоспір у 78% хворих. Серед збудників переважала *L. icterohaemorrhagica* (76%). Захворювання реєструвалися найчастіше у літньо-осінній період. У 67% хворих була жовтянична форма, безжовтянична - у 33%; тяжкий перебіг - у 37,5% середньотяжкий - у 62,5%.

У всіх пацієнтів початок захворювання гострий, з підвищення температури тіла до 38 - 40<sup>0</sup>С, головного болю (63%), нудоти (13%), болю у литкових м'язах (73,3%). Об'єктивно відмічено збільшення печінки у 84%, позитивний симптом Пастернацького - у 33%, ін'єкція судин склер – у 29%, геморагічний синдром - у 37,5%, менингеальний синдром – у 10% хворих. У клінічному аналізі крові: ознаки анемії, помірний лейкоцитоз, прискорення ШОЕ. У біохімічному аналізі крові: гіпербілірубінемія, азотемія; в сечі: лейкоцитурія, циліндрурія. Інтегративні показники ендогенної інтоксикації у хворих з середньотяжким перебігом склали: ЛПІ – 6,90±1,07; ІЗЛК – 4,04±0,8; Ілім – 0,118±0,07; ГПІ – 7,93±1,2; у хворих з тяжким перебігом: ЛПІ – 9,23±1,7; ІЗЛК – 5,23±0,9; Ілім – 0,299±0,03; ГПІ – 14,244±2,6.

Таким чином, для сучасного лептоспірозу характерно переважання жовтяничних форм з середньотяжким перебігом, вираженим токсикозом і типовою клінічною картиною. Етіологічним чинником найчастіше є *L. icterohaemorrhagica*.

## **ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ КРИТЕРІЇВ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПРИ САЛЬМОНЕЛЬОЗІ**

*Фісун Я.В., лікар-інтерн*

*Науковий керівник - доцент Чемич М.Д.*

*СумДУ, кафедра інфекційних хвороб*

Вивчалась можливість використання інтегративних показників ендогенної інтоксикації: ЛПІ, ГПІ, ІЗЛК, Ілім, як критерію ступеня тяжкості сальмонельозу.

Під спостереженням було 42 хворих на сальмонельоз: чоловіків – 23, жінок – 19. Середній вік 42±3,5 років. Гастроінтестинальна форма спостерігалась у 41(97,6%) хворого, генералізована у 1 – (2,4%); середній ступінь тяжкості за клінічними даними діагностовано у 25 (59,52%) хворих. Переважав гастроентероколітичний варіант (ГЕК) у 20 (80%) осіб, гастроентерит (ГЕ) - у 5 (20%). У 4 (16%) випадках захворювання спричиняла *S.typhimurium*, у 24 (84%) - *S.enteritidis*. У клінічній картині відзначалися блювання (48%), діарея - 5±1,2 разів на добу, біль у мезогастральній та правій здухвинній ділянках, підвищення температури до 38,2±0,3С. Інтегративні показники ендогенної інтоксикації склали: ЛПІ–3,3±0,8; ГПІ–3,0±0,9; ІЗЛК–2,7±0,5; Ілім–0,4±0,1. Перед виписуванням ЛПІ не нормалізувався, ІЗЛК знижвся до верхньої межі норми.

Тяжкий перебіг спостерігали у 15 (35,71%) хворих, ГЕК – у 6 (40%), ГЕ – у 8 (53,33%), генералізована форма - у 1 (6,66%). У 1 (6,66%) пацієнта виділена *S.typhimurium*, у 14 (93,33%) - *S.enteritidis*. У клінічній картині відзначалися нудота (66,6%), блювання (66,6%), діарея 8±2 рази на добу, розлитий біль у животі (40%), температура досягала 38,6±0,6<sup>0</sup>С. ЛПІ (7,08±0,6) та ГПІ (7,8±0,2) були значно вищими, ніж при середньому ступені тяжкості

( $P < 0,05$ ). ІЗЛК ( $3,1 \pm 0,3$ ) та Ілім ( $0,31 \pm 0,1$ ) знаходились на тому ж рівні.

Таким чином, інтегративні показники ендогенної інтоксикації дають найбільш об'єктивну картину тяжкості перебігу сальмонельозу.

### **ТЕРАПЕВТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ГЛУТАРГІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ**

*Біла О.І., Скалевська Є.Д., студенти 5-го курсу  
Науковий керівник – асистент Кулеш Л.П.  
СумДУ, кафедра інфекційних хвороб*

Мета роботи: оцінити терапевтичну ефективність глу-таргін у комплексному лікуванні хворих на гострі вірусні гепатити.

Препарат застосовано у 18 пацієнтів. Хворі поділені на 2 групи. Першу групу склали 10 осіб: 9 чоловіків та 1 жінка, середній вік – 31 рік. ВГА був у 3, ВГВ – у 6, ВГС – у 1 хворого. Тяжкий перебіг відмічено у 3 осіб, середньої тяжкості – в 7. Хворі цієї групи отримували глутаргін по 50мл на 200мл фізіологічного розчину в/в крапельно 2 рази на добу, потім по 0,75мг 3 рази на добу протягом 14 днів.

Другу групу склали 8 осіб: 4 чоловіка та 4 жінки, середній вік 35 років. 3 ВГА – у 3, з ВГВ – у 4 та ВГС – у 1 хворого; з них тяжкий перебіг – у 4, середньотяжкий – у 4 осіб. Хворі цієї групи приймали глутаргін протягом 6 днів по 20мл на 200мл фізіологічного розчину в/в крапельно 1 раз на добу, потім по 0,5х3 рази на добу 15 днів.

Аналіз клінічного спостереження виявив більш швидке зниження клінічних симптомів у хворих першої групи: нормалізацію кольору шкіри, розмірів печінки та біохімічних показників крові.

Таким чином вважаємо, що глутаргін доцільно використовувати в комплексному лікуванні хворих на гострі вірусні гепатити за рекомендаціями ООО “ФК “Здоров’я”. Препарат сприяє позитивному впливу на кон’югативно – екскреторну, білково–синтетичну функцію печінки, нівелірує цитолітичний синдром.

### **ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ А У ДІТЕЙ**

*Брага Т.В., Прокопенко І.О., студенти 5-го курсу  
Науковий керівник – асистент Рябіченко В.В.  
СумДУ, кафедра інфекційних хвороб*

Гострий вірусний гепатит А (ВГА) – інфекційне захворювання, що ке-рується засобами імунoproфілактики та на який частіше хворіють діти та мо-лоді особи.

Мета роботи: дослідити особливості перебігу гострого ВГ А у дітей.

Проаналізовано клінічний перебіг гострого вга у 23 дітей. Середній вік обстежуваних склав  $9,8 \pm 0,6$  років. Діагноз було встановлено на підставі кліні-ко–епідеміологічних та серологічних даних. Середньотяжкий перебіг спосте-

рігався у 21 хворого (91,3%), легкий – у 2 (8,7%). Практично у всіх хворих (95,6%) була жовтянична форма захворювання; у 1 (4,3%) – безжовтянична. Середній ліжко – день склав  $12,9 \pm 0,6$  днів.

У 13 хворих (56,5%) переджовтяничний період перебігав по диспептичному варіанту, у 2 (8,7%) – по грипоподібному, у 8 (34,8%) – по змішаному. Рівень білірубінемії та ферментемії при госпіталізації хворих був відносно невеликий та корелював зі ступенем тяжкості хвороби. Так, загальний білірубін (збр) склав  $96 \pm 10,7$  мкмоль/л, прямий (пбр) –  $41,7 \pm 5,2$  мкмоль/л; рівень алат –  $1150,9 \pm 138,3$  од/л, асат –  $911,9 \pm 130,3$  од/л, лужної фосфатази –  $797,4 \pm 70,4$  од/л,  $\gamma$  – глутамілотрансферази (ггт) –  $123,3 \pm 2,6$  од/л. Лейкоцитарний індекс інтоксикації (ліі) склав  $0,75 \pm 0,15$ . При виписуванні хворих показники значно покращились і становили: збр –  $14 \pm 1,7$  мкмоль/л, пбр –  $3,5 \pm 0,7$  мкмоль/л; алат –  $164 \pm 17$  од/л, асат –  $109,7 \pm 11,4$  од/л, лужна фосфатаза –  $517 \pm 30$  од/л, ггт –  $59,4 \pm 6,3$  од/л, ліі –  $0,37 \pm 0,1$ .

Таким чином, гострий вга у дітей характеризується переважно диспептичним варіантом перебігу переджовтяничного періоду, середньотяжким та легким перебігом з помірним вираженням цитолітичним синдромом. Відмічається швидке відновлення функції печінки.

## **ВИКОРИСТАННЯ ОЗОНОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ**

*Вишелеський С.Ю., студент 5-го курсу  
Науковий керівник – асистент Рябіченко В.В.  
СумДУ, кафедра інфекційних хвороб*

Озонотерапія – немедикаментозний метод лікування; озон має протівірусну, імуномодулюючу, антигіпоксичну, дезінтоксикаційну дію.

Мета роботи – дослідити ефективність використання озонотерапії в лікуванні гострих вірусних гепатитів (гвг).

Проаналізовано клінічний перебіг гвг у 13 хворих, які в комплексному лікуванні отримували озонотерапію у вигляді озонованого фізіологічного розчину внутрішньовенно. Середній вік обстежуваних склав  $28,2 \pm 2,6$  років. Діагноз гострого вг було встановлено на підставі клініко-епідеміологічних та серологічних даних. У 7 хворих було діагностовано гострий вга, у 5 – гострий вгв, у 1 – вгв + с. Середньотяжкий перебіг зафіксовано у 11, тяжкий – у 2 хворих. Середній ліжко–день склав  $20,6 \pm 1,8$  днів.

При госпіталізації хворих загальний білірубін (збр) становив  $203,2 \pm 41,9$  мкмоль/л, прямий (пбр) –  $100,9 \pm 16,2$  мкмоль/л; рівень алат –  $1831,8 \pm 178,6$  од/л, асат –  $1454 \pm 177,8$  од/л, лужної фосфатази (лф) –  $399,8 \pm 35,3$  од/л,  $\gamma$  – глутамілотрансферази (ггт) –  $280,2 \pm 76,9$  од/л.

Вже після перших інфузій озонованого фізрозчину стан хворих покращувався, зменшувалась інтенсивність жовтяниці.

При виписуванні хворих лабораторні показники значно покращились і становили: збр –  $24,4 \pm 3,5$  мкмоль/л, пбр –  $9,9 \pm 1,6$  мкмоль/л; алат –  $190,6 \pm 41,4$  од/л, асат –  $129,5 \pm 28,3$  од/л, лф –  $220,3 \pm 21,6$  од/л, гГТ –  $127,4 \pm 17$  од/л.

Таким чином, застосування озонотерапії при вг покращує загальний стан хворих, біохімічні показники, скорочує терміни перебування хворого у лікарні.

## **КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛЕБСІЄЛЬОЗІВ**

*Наконечна Ю.А., студент 5-го курсу  
Науковий керівник – асистент Захлебаєва В.В.  
СумДУ, кафедра інфекційних хвороб*

Питання гострих кишкових інфекцій залишається досить актуальним, оскільки вони складають значну долю серед інфекційних захворювань. За даними літератури, у виникненні бактеріальних діарей зростає роль умовно патогенної флори.

Вивчались особливості клінічного перебігу ГКІ, викликаних *Kl.pneumoniae*. Під наглядом було 25 хворих у віці від 16 до 76 років, з них чоловіків - 56%, жінок – 44%. Гастритична форма діагностована у 1 (4%), гастроентероколітична - у 5 (20%), ентероколітична - у 6 (24%), колітична – у 1 (4%), ентеритична – у 6 (24%) і гастроентеритична – у 6 (24%) хворих, з них легкий ступінь тяжкості – у 2 (8%), середній – у 22 (88%) і тяжкий – у 1 (4%). З клінічних проявів нудота спостерігалась у 12 (48%) хворих, блювання – у 7 (28%), болі в епігастрії - у 12 (48%), мезогастрії - у 13 (52%), гіпогастрії - у 9 (36%), розлитого характеру - у 5 (20%). Частота стільця в середньому становила 4-5 разів на добу. У 23 (92%) відмічалось підвищення температури до  $37,6 \pm 0,2$ , збільшення печінки у 6 (24%), у 7 (28%) - спазмована сигмоподібна кишка. У гемограмі: анемія, помірний лейкоцитоз ( $7,8 \pm 1,4 \cdot 10^9$ /л), прискорення ШОЕ ( $12 \pm 2,2$  мм/год.) У копрограмі: слиз - у 20 (80%), неперетравлені м'язові волокна - у 16 (64%), клітковина - у 20 (80%). Інтегративні показники ендогенної інтоксикації: ЛШ -  $3,27 \pm 0,9$ , ГПШ -  $6,87 \pm 1,2$ .

Таким чином, ГКІ, викликані *Kl.pneumoniae*, характеризуються переважно гастроентеритичним і ентероколітичним синдромом з помірно вираженою інтоксикацією.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІДРОКОЛОНОТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ**

*Полов'ян К.С., Кмита О.П., студенти 5-го курсу  
Науковий керівник – асистент, канд. мед. наук Сніцарь А.О.  
СумДУ, кафедра інфекційних хвороб*



Гострі вірусні гепатити – актуальна проблема сучасної медицини. В комплексному лікуванні цих хворих останнім часом поряд з медикаментозними засобами ведеться активний пошук нетрадиційних методів детоксикації.

Метою даної роботи стало вивчення ефекту гідроколонотерапії (ГКТ), проведеної за допомогою апарата „HYDRO COLON” в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні протягом 2003 року.

Оцінка ефективності проводилась шляхом порівняння основної (базова терапія в комплексі з ГКТ) та контрольної (тільки базова терапія) груп хворих – по 13 чоловік. Групи співставимі. Використовували наступні критерії: суб'єктивні відчуття, дані об'єктивного, лабораторного та інструментальних обстежень. Результати дослідження: середня кількість ліжко-дня була нижчою в основній групі – 40 днів, в контрольній відповідно 45. Спостерігали позитивну лабораторну динаміку зниження досліджуваних показників. Середній показник загального білірубіна на 20 день лікування (після проведення одного-двох сеансів ГКТ) в основній групі склав 119,5 мкмоль/л, в контрольній – 121,4, прямого білірубіну – 52,3 та 67,4 мкмоль/л, АсАТ – 675 і 639 ОД/л, АлАТ – 856 та 959 ОД/л, лужної фосфатази – 307 і 293, -глутамілтрансферази – 194 та 196 ОД/л відповідно.

Таким чином, метод гідроколонотерапії виявився ефективним у комплексному лікуванні хворих на гострі вірусні гепатити і його доцільно рекомендувати для подальшого використання при даній патології.

### **ГРИБКОВА ІНФЕКЦІЯ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ**

*Черенько М.С., студ. 5-го курсу*

*Науковий керівник – канд. мед. наук Анастасій І.А.*

*Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця,  
кафедра інфекційних хвороб*

До генералізованої грибової інфекції у ВІЛ-інфікованих осіб відносять криптококову інфекцію. Найчастіше вражаються легені (криптококова пневмонія) та центральна нервова система (менінгоенцефаліт). Криптококовий менінгоенцефаліт характеризується гострим початком (фебрильна температура, менінгальні симптоми) і відсутністю характерних змін у лікворі (помірний цитоз, помірне підвищення білку). Основним захворюванням, з яким слід диференціювати криптококову інфекцію (як пневмонію, так і менінгоенцефаліт) є туберкульоз. Враховуючи тяжкість ураження, основним діагностичним критерієм є проведення антифунгальної терапії *ex juvantibus*, яка повинна призвести до швидкого клінічного ефекту у разі криптококової інфекції. Виділення збудника захворювання з харкотиння або ліквору можливе не більше ніж у 30% хворих.

Таким чином: криптокок є основною причиною менінгоенцефаліту у ВІЛ-інфікованих осіб.

### **SARS – НОВА ПРОБЛЕМА МЕДИЦИНИ**

*Арістов В.Л., Арістова Н.Г., Саміляк А.А., студ. 5-го курсу*

*Науковий керівник – Анастасій І.А.*

*Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця  
Кафедра інфекційних хвороб (зав.каф. – проф. Возіанова Ж.І.)*

На жаль, єдиної науково обгрунтованої схеми лікування досі не розроблено. Між тим добре керована ВОЗ наукова співпраця клініцистів та вчених світу дозволила розробити ряд підходів до фармакотерапії.

До загально застосовуваних схем входять такі групи препаратів, як антибіотики широкого спектру (через відсутність методів експрес-діагностики – до зняття інших діагнозів), антивіриотики (Рибавірин, інгібітор нейрамінідаз Озельтамевір, інгібітори протеаз Лопінавір та Ритонавір, препарати людського інтерферону, людський імуноглобулін), імуномодулятори (кортикостероїди, тимозин, етанерсепт, інфліксимаб).

Найкращі результати, при підсумку клінічної ефективності терапевтичних схем, було отримано в Китаї та Гонконзі. Головною їх відмінністю від інших було активне застосування пульс-терапії метилпреднізолоном та застосування комбінації Рибавірину з кортикостероїдами.

Найбільш ефективним засобом специфічної профілактики SARS повинна стати вакцина. В світових лабораторних центрах при розробці вакцин використовують такі підходи, як виготовлення вакцини з інактивованих віріонів SARS-CoV (Італія), вакцини з живими атенуйованими віріонами, субодичинної вакцини (переважно з S-глікопротеїну), генно-інженерне модифікування вірусного геному (Китай).

SARS виявився першою новою інфекцією XXI століття. І той рівень наукової інтеграції, яку людство продемонструвало від самої появи захворювання, дозволяє сподіватися, що світова наука з честю відповість на усі запитання, пов'язані з профілактикою, діагностикою та лікуванням SARS.

## **Неврологія та психіатрія**

### **ЛЕТАЛЬНІСТЬ ВІД МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ В СУМАХ ЗА ДАНИМИ РЕГІСТРУ 2001-2002 рр.**

*Коленко О.І., аспірант*

*Науковий керівник – проф. Міщенко Т.С.*

*Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України  
Сумський державний університет, курс нервових хвороб*

Летальність в гострому періоді мозкового інсульту (МІ) – актуальна проблема саме клінічній неврології. Важливим є обгрунтування та впровадження заходів щодо збереження життя хворих на цей недуг.

За даними нашого реєстру в 2001 та 2002 рр. загальна летальність при МІ склала 31,8% і 26,2% відповідно. Показники летальності чоловіків були вище. Аналіз даних в залежності від типу МІ констатував значне перевищення летальності при крововиливі в мозок, чим при його інфаркті: 76,3% і

18,6% - в 2001 р. і 76,0% і 15,5% - в 2002 р. ( $p < 0,01$  в обох випадках) незалежно від віку пацієнтів. Позалікарняна летальність перевищувала таку в спеціалізованому стаціонарі.

В 2001 р. на протязі оптимальних 6 годин від початку розвитку інсульту госпіталізовано 183 хворих, з них померло 57 чоловік (31,5%). У 2002 р. в зазначений термін госпіталізовано 217 хворих, з яких померло 70 осіб (32,3%). При аналізі летальності від МІ у випадку затримки початку лікування понад 6 годин показники мали наступний вигляд: з 241 хворого померло 39 (16,2%) у 2001 р., у 2002 р. з 245 хворих - 31 (12,7%) пацієнт. Висока летальність хворих в період „терапевтичного вікна” може бути обумовлена тим, що швидкої госпіталізації в першу чергу підлягали хворі в тяжкому стані – з порушенням свідомості, вираженими загальномозковими і осередковими неврологічними симптомами.

Таким чином, концепцію „6-годинного терапевтичного вікна” необхідно аналізувати у зв'язку з тяжкістю стану госпіталізованих пацієнтів.

## **КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ У ДІАГНОСТИЦІ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ ЗІ СПРИЯТЛИВИМ ПЕРЕБІГОМ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ**

*Коленко О.І., аспірант, Скульбеда А.Є., лікар*

*Науковий керівник - проф. Міщенко Т.С.*

*Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України*

*СумДУ, курс неврових хвороб, СОКЛ*

Проблема використання сучасних методів нейровізуалізації з метою верифікації характеру ураження мозку є однією з найпріоритетніших в вирішенні проблеми діагностики і адекватного лікування.

Проведене ретельне клініко-неврологічне і лабораторне обстеження 50 хворих в гострому періоді МІ. Перебіг хвороби був розцінений як сприятливий. Виявлені неврологічні симптоми вказували на можливі структурні зміни головного мозку. Томографічний аналіз включав загальну візуальну оцінку та кількісні показники (розміри, кількість і локалізацію вогнищевих змін, наявність гідроцефально-гіпертензивного синдрому та ін.). Як продемонстрував попередній аналіз, найбільші труднощі викликає клінічна діагностика паренхіматозних крововиливів без прориву в субарахноїдальні простори і які не мають виражених загальномозкових симптомів, а також інфарктів мозку з псевдотуморозним протіканням і тих, що супроводжуються утворенням декількох невеликих вогнищ в різних басейнах кровопостачання. Це демонструє необхідність проведення цього дослідження більшості хворим у призначені терміни.

Сприятливий перебіг, у незалежності від ступеня кінцевого неврологічного дефіциту, мали хворі у неважкому стані з невеликими інфарктами

(<20см<sup>3</sup>) без вираженого набряку мозку і зсуву серединних структур, з негативними томограмами, та хворі з внутрішньомозковими крововиливами (<40 см<sup>3</sup>) у вигляді обмежених гематом з відсутністю ознак прориву у ліквороносні шляхи, з мінімальним латеральним зсувом.

## **АНАЛІЗ ПРИЧИН ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБИГУ У МОЛОДИХ**

*Андрєєва Т.В., студ. 4-го курсу*

*Науковий керівник – аспірант Коленко О.І.*

*СумДУ, курс нервових хвороб*

Судинні захворювання нервової системи – одна з актуальних медико-соціальних проблем. Це зумовлено їх поширеністю, а також високими показниками смертності, інвалідності. Інсульт – хвороба осіб переважно середнього і похилого віку. В Україні найвищий приріст мозкового інсульту (МІ) реєструється у осіб 40-49 – річного віку, до 40 років приходиться лише 3% інсультів. Разом з тим спостерігається тенденція до „омолодження” МІ.

Нами проведено аналіз причин МІ у 46 пацієнтів: 28 чоловіків та 18 жінок. Середній вік був 40,7±0,7 років. У 32 випадків діагностовано ішемічний, у 14 випадків – геморагічний інсульт. Співвідношення крововиливів у мозок і інфарктів мозку становить 1: 2,3. Основні етіологічні фактори розвитку інсульту хворих: артеріальна гіпертонія (63%), гіперхолестеринемія (41%), спадкова схильність (34%), стресові ситуації гострі і хронічні (22%), зловживання алкоголем (19%), зловживання палінням (13%), іншими патологічними станами були цукровий діабет, патологія серця, аномалія судин. За нашими даними, найчастіше причиною мозкового інсульту є гіпертонічна хвороба. Артеріальна гіпертонія має безпосереднє відношення до розвитку серцевої патології, прискорює формування атеросклерозу, аритмії. Інтоксикації нікотинном внаслідок паління та зловживання алкоголем прискорюють розвиток судинних захворювань, призводять до виникнення МІ серед чоловіків. Серед жінок на формування мозкового інсульту впливають стресові ситуації, цукровий діабет. Частіше виявляли поєднання трьох і більше факторів. Спадкова схильність та стресові ситуації зумовлюють і спричиняють виникнення гострих порушень мозкового кровообігу.

## **ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОМАНИЕЙ**

*Гегешко В.В., студ. 6-го курса*

*Научный руководитель – доц. Кустов А.В.*

*СумГУ, курс психиатрии и мед. психологии*

Экспрессивное поведение - важный и еще недостаточно изученный аспект диагностики эмоционального реагирования личности, ее психологических характеристик и различных патологических состояний. Известно, что около 60 - 70% информации об окружающих людях мы получаем через экс-

пресивные комплексы, которые дают нам большую часть психологической информации в процессе общения. Изучение данного вопроса позволило выделить и описать экспрессивные признаки, характерные для всех видов наркоманий и специфичные для их отдельных форм.

Нами выделены и систематизированы экспрессивные признаки опьянения при приеме таких наркотических средств как препараты опия, барбитураты, препараты конопли, наркотические стимуляторы. Экспрессивные признаки наркотического опьянения имеют немало общего, напоминают состояние алкогольного опьянения, но при отсутствии запаха алкоголя изо рта. У больных отмечается беспричинное веселье, смешливость, болтливость или злобность, агрессивность, которые не соответствуют той ситуации, в которой они находятся, повышенная жестикуляция, моторная активность, неусидчивость, либо, наоборот, обездвиженность, вялость, расслабленность, стремление к покою. Их движения становятся размашистыми, резкими неточными. Отмечается неустойчивость при ходьбе и сидении. Кожа лица и всего тела становится бледной или, наоборот, покрасневшей, блестящие глаза, зрачки сильно сужены или расширены и слабо реагируют на свет. Появляется повышенное слюноотделение или, наоборот, сухость во рту. Речь может быть ускоренной, подчеркнута выразительной или замедленной, невнятной.

Были изучены типичные татуировки, свидетельствующие о злоупотреблении наркотиками: символ гашишизма - изображение полумесяца и трех звездочек, татуировки опиоманов включают, как правило, изображение головки мака иногда с надрезами, из которых сочится опиумное «молочко». Рисунки могут состояться из половинок корбочки мака и черепа, изображений инъекционных игл и шприцов с иглами. Лица, находившиеся на лечении по поводу наркомании в ЛТП, нередко в качестве татуировки выбирают изображение шприца, обвитого колючей проволокой. Встречаются также сложные «гербы», включающие изображения головки мака, скрещенные шприцы, полумесяцы, таблетки и пр.

## **ПРИЧИНИ СМЕРТІ ХВОРИХ НА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ**

*Ярова О.Д., Северіна О.С., студ. 4-го курсу*

*Науковий керівник – аспірант Коленко О.І.*

*СумДУ, курс нервових хвороб*

Інсульт належить до невідкладних медичних станів. Особливістю його клінічного перебігу є досить швидко виникаючі розлади свідомості та порушення функцій життєво важливих органів і систем, складні патобіохімічні процеси. Одним з важливих чинників, які визначають перебіг і наслідки захворювання є проміжок часу від початку інсульту до надання медичної допомоги ( „терапевтичне вікно” - перші 1-6 годин після розвитку інсульту).

Метою нашої роботи був аналіз причин смерті хворих з мозковим інсультом в залежності від строків надання невідкладної допомоги, виду і характеру розвитку хвороби, віку хворих, стану свідомості, наявності та термінів

виникнення супутньої патології, ускладнень процесу. Проаналізовано 40 історій хвороби померлих від інсульту віком 45-75 років. Значна доля померлих була від крововиливу. Співвідношення геморагій і ішемій 1:3. Стан хворих був важкий чи украй важкий. Важливою прогностичною ознакою фатальних наслідків був ступінь розладу свідомості, визначений у 50% хворих. Аналіз ситуації в різних вікових групах демонструє збільшення смертності з віком хворих, досягаючи найбільших значень після 60 років, що зумовлено обмеженням компенсаторних можливостей організму. Період 6-10 діб характеризується розвитком соматичних ускладнень, загострення хронічних захворювань: ішемічної хвороби серця, захворювання бронхів та легень з наростанням ступеню дихальної недостатності, захворювання нирок, цукрового діабету та інш. Основна причина смерті хворих - набряк головного мозку з розвитком дислокаційного синдрому з впливом на медіальні і стовбурово-каудальні структури, порушення вітальних функцій.

## **ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ ЗАКРИТИХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА**

*Козинець Ж.М., лікар-невролог 4-ї міської клінічної лікарні;  
Шевченко А.В., лікар-невролог 5-ї міської клінічної лікарні  
Науковий керівник – доц. Коленко Ф.Г.*

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є одним з найбільш частих та тяжких видів травматизму. Щорічно ЧМТ спостерігається у 4-5 осіб на 1000 населення. Основними чинниками ЧМТ є автодорожний та побутовий травматизм. Вважають, що віддалений період ЧМТ починається через 1-1,5 років після травми. Нами було проліковано 58 хворих з віддаленими наслідками ЧМТ: 45 (78%) чоловіків і 13 (22%) жінок віком 21-60 років. Серед основних причин виникнення ЧМТ були побутові – 38 (65%), падіння – 8 (14%), автодорожні – 6 (10%), спортивна – 1 (2%), травма на виробництві - 5 (9%). Всім пролікованим хворим були проведені спеціальні функціональні обстеження, а також за показанням краніографія, КТ (МРТ) головного мозку. У клінічній картині хворих слід відмітити 2 групи синдромів: з чітко окресленою нейроморфологічною основою (церебральний арахноїдит, післятравматична кіста головного мозку та гідроцефалія) і порушення, які не мають локально-вогнищевого характеру (лікворно-гіпертензійний, астенічний, вегето-судинний, вестибулярний та епілептиформний синдроми). У переважній більшості хворих (79%) зустрічається астенічний синдром в поєднанні з іншими синдромами (іпохондричний, депресивний, неврозоподібний, диссомні). На очному дні в більшості хворих (76%) виявлялися ознаки ангіопатії, атрофія зорового нерву (14%). На РЕГ - зниження кровонаповнення судин головного мозку, зміни тонуусу судин, порушення венозного відтоку. На ЕЕГ виявлені дифузні зміни БЕАГМ. ЕХО-ЕГ і краніографія виявляли ознаки під-

вищеного внутрішньочерепного тиску. КТ і МРТ підтвердили вищезазначені патологічні зміни.

## **АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ ЭНЦЕФАЛИТОВ**

*Бражник Л.Е., врач-невролог 4-й городской больницы*

*Научный руководитель - доц. Коленко Ф.Г.*

Вирусный энцефалит – тяжелое воспалительное заболевание центральной нервной системы, протекающее с выраженными общемозговыми и очаговыми симптомами, зачастую оставляя тяжелые последствия. Возбудителями энцефалита чаще всего являются вирус простого герпеса I, эпидемического паротита и арбовирусы. Смертность при герпетическом энцефалите достигает 10 – 40 %. Именно его диагностика вызывает трудности, особенно на раннем этапе заболевания, протекающего с нарушениями психики, сходными с проявлениями шизофрении. Последствиями часто бывают деменция, нарушения личности, снижение памяти, афазия.

Клинические случаи атипичного течения вирусного энцефалита являются подтверждением вышеизложенного. У пациентки У., 48 лет, на фоне общемозговых симптомов и нарушения сознания в течение недели нарастала неврологическая симптоматика – тетрапарез, миастенический синдром. В крови выявлен умеренный лейкоцитоз, температурной реакции не отмечено. Лишь серологические исследования и компьютерная томография констатировали наличие воспалительного процесса с локализацией в стволе головного мозга. Больная В., 37 лет, поступила в неврологическое отделение в состоянии возбуждения с галлюцинациями, бредом без воспалительного анамнеза и неврологического дефицита. На протяжении трех недель преобладала психопатологическая симптоматика. На глазном дне выявлен отек диска зрительного нерва. Серологические исследования подтвердили воспалительный характер процесса.

Раннее адекватное лечение привело к выздоровлению больных.

## **СПВІВІДНОШЕННЯ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ІНФАРКТА МОЗКУ**

### **І АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

*Животовський Р.В., лікар-невролог 4-ї міської лікарні*

*Науковий керівник – доц. Коленко Ф.Г.*

Серед основних факторів ризику інфаркту головного мозку ( ІМ) провідне значення належить артеріальній гіпертензії, тому адекватна гіпотензивна терапія до розвитку ІМ та тактика зниження артеріального тиску (АТ) у гострий період ІМ має одне з вирішальних значень у корекції неврологічного дефіциту.

Нами на протязі п'яти місяців проведено лікування 56 хворих інфарктом мозку, що поступили у важкому стані з підвищеним АТ (> 160/90 мм рт.ст.) і вираженим неврологічним дефіцитом (при більш вираженому неврологічному дефіциті спостерігались більш високі значення АТ). Всі хворі

отримували гіпотензивну терапію переважно інгібіторами АПФ, в результаті якої у них було знижено АТ на 10-15% від АТ при поступленні, і знаходились на ліжковому режимі 7-10 діб. У 39 хворих (70%) досліджуваної групи на 10-12 день хвороби було відмічено нормалізація АТ або різке його зниження без будь-якого погіршення з боку неврологічного та соматичного статусу. Рівень АТ у цих хворих істотно не змінився до виписки зі стаціонару навіть після розширення ліжкового режиму.

Отримані дані свідчать на користь припущення, що підйом АТ у гострий період ІМ носить компенсаторний гемодинамічний характер у відповідь на церебральну ішемію, тому вище наведена тактика гіпотензивної терапії із зниженням АТ на 10-15% від АТ при поступленні є найбільш раціональною.

## **СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ У ДІТЕЙ**

*Кмита О.П. студ. 5-го курсу*

*Наукові керівники – зав. курсом судової медицини*

*асист. Моїсеєнко О.С., зав курсом нейрохірургії*

*проф. Потапов О.О.*

Перебіг черепно-мозкових травм у потерпілих дитячого віку має свої особливості і ми поставили перед собою завдання визначити критерії експертної оцінки ступеня тяжкості тілесних ушкоджень. Дослідження проводилося по матеріалах судово-медичних експертиз Сумського обласного бюро СМЕ та історії хвороб. Нами було розглянуто 24 випадки черепно-мозкових травм у дітей, з яких в 13 випадках мав місце струс головного мозку, а в 11 випадках - забій головного мозку.

Було встановлено, що клінічний перебіг струсу головного мозку у дітей віком до 7 років характеризувався відсутністю розладів гемодинаміки та дихання, відсутністю порушень свідомості, вираженими нетривалими порушеннями поведінки дитини, нестійкою та швидкоплинною неврологічною симптоматикою ураження головного мозку у вигляді загально-мозкових симптомів, вестибулярно-стовбуровими порушеннями. Стабільне покращання стану та регрес описаної неврологічної симптоматики в основному спостерігається протягом 6-8 днів з моменту спричинення травми. Кваліфікуючою експертною ознакою в даних випадках є короточасний розлад здоров'я (більше 6, менше 21 дня).

Перебіг забою головного мозку за даними медичної документації у дітей дошкільного віку характеризується більш тривалими розладами поведінки дитини, короточасною втратою свідомості, більш вираженою неврологічною симптоматикою у вигляді вестибуло-стовбурових порушень, явищ пірамідної недостатності (пожвавлення або пригнічення сухожильних рефлексів, анізокорією), а також наявністю у 2 випадках ушкоджень кісток скеле-



піння черепа. Нами було виявлено, що при забої головного мозку легкого ступеню об'єктивна неврологічна симптоматика регресувала на 9-15 день, а при забої головного мозку середнього ступеня важкості на 19-21 день. Критерієм експертної оцінки забою головного мозку є тривалість розладу здоров'я. У двох випадках, які супроводжувалися переломами кісток черепа, експертним критерієм є небезпека для життя, що є ознакою тяжких тілесних ушкоджень.

Таким чином, експертна оцінка ступеня тяжкості тілесних ушкоджень залежить від характеру травми. В порівнянні з такими ж видами травми у дорослих, ЧМТ у дітей віком до 7 років в основному кваліфіковані як легкі тілесні ушкодження, що спричинили короткочасний розлад здоров'я.

## **ГІСТОЛОГІЧНІ ТА МОРФОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУПРАОПТИЧНОГО ТА ПАРАВЕНТРИКУЛЯРНОГО ЯДЕР ГІПОТАЛАМУСА НА ФОНІ ХРОНІЧНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА МОЗКУ**

*Пурденко Т.Й., аспірант*

*Науковий керівник – проф. Грицай Н.М.*

*Українська медична стоматологічна академія,  
кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії*

На сьогоднішній день велика увага приділяється вивченню ролі гіпоталамуса в формуванні цереброваскулярних порушень. Але опубліковані літературні дані є нечисленними і неоднозначними, дослідження морфофункціонального стану гіпоталамуса знаходяться на початковому етапі та не пов'язані з розвитком хронічної недостатності мозкового кровообігу.

Метою дослідження було вивчення гістологічного та морфометричного станів супраоптичного (СОЯ) та паравентрикулярного (ПВЯ) ядер гіпоталамуса при хронічній ішемічній хворобі серця та мозку на фоні загального атеросклерозу та гіпертонічної хвороби.

В результаті дослідження нейросекреторної активності СОЯ та ПВЯ у загиблих (контрольна група) нами встановлено, що нервові клітини СОЯ по морфометричним показникам переважно знаходяться в стадії спокою та синтезу, ПВЯ – в стадії спокою.

Проведені морфометричні та гістологічні дослідження СОЯ та ПВЯ у померлих від хронічної ішемічної хвороби серця та мозку свідчать про дифузні дистрофічні порушення в нейроцитах, які в СОЯ характеризуються вакуолізацією цитоплазми та виділенням нейросекрета, в ПВЯ – дегенерацією цитоплазми.

Отже, у померлих від хронічної ішемічної хвороби серця та мозку спостерігається дезорганізація фаз секреторного циклу та дисфункція ядер гіпоталамуса.

## **ДО ПИТАННЯ ТЕРАПІЇ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ**

*Шемберко Н.М., студ. 4-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Прокопів М.М.*

*Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,  
кафедра нервових хвороб, м. Київ*

Обстежено 68 хворих церебральною формою РС (14 чоловіків, 54 жінки.), віком від 16 до 55 років, тривалістю захворювання від 1 до 10 років, з ремітуючим перебігом захворювання, I-III ступенем тяжкості. Хворі були розділені на 3 групи. До I-ої групи увійшли 22 особи, котрі отримували базисну терапію. До II-ої групи віднесли 22 хворих, яким крім базисної терапії проводили премедикацію дексаметазоном за загальноприйнятною схемою. У 3-ю групу увійшли 24 пацієнти, які крім базисної терапії отримували лаферон за схемою (10-12 ін'єкцій в/м по 1-2 млн на добу, з подальшим прийомом препарату по 1 млн 1 раз на тиждень протягом 6 міс).

Клінічну ефективність лікування оцінювали за обсягом відновлення неврологічних функцій у балах за шкалою EDSS.

Результати клінічного обстеження хворих на РС після лікування показали, що у I-ій групі стан хворих покращився, але неврологічний статус суттєво не змінився. При лікуванні хворих 2-ої групи приріст індексу неврологічних порушень становив 0,5-1,5 бали. Найефективнішим виявилось лікування пацієнтів III-ї групи, у яких спостерігався значне неврологічне покращення (приріст 1,5-2 бали). Деякі хворі з тяжким перебігом стали соціально активними, почали ходити, обслуговувати себе самостійно в повсякденному житті.

Аналіз імунологічних показників після проведеного лікування свідчить про імуотропну дію препарату лаферон, що проявилось стабілізацією неврологічного статусу, показників гуморального імунітету.

Результати проведеного дослідження показали, що найефективнішою у лікуванні РС виявилася комплексна терапія із застосуванням дексаметазону з подальшим використанням імуномодулятора лаферона.

## **ВЛИЯНИЕ НИЗКОИОНИЗИРУЮЩЕГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ НА СОДЕРЖАНИЕ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА У БОЛЬНЫХ ТРУДНОКУРАБЕЛЬНОЙ ФОРМОЙ ЭПИЛЕПСИИ**

*Доля Е.В., аспирант*

*Научный руководитель - проф. Голубков О.З.*

*Запорожский государственный медицинский  
университет, кафедра психиатрии*

Многочисленными работами установлено иммунокорректирующее и биоэнергостимулирующее действие низкоионизирующего лазерного облучения (НИЛО). В литературе мы не обнаружили сведений о применении НИЛО при эпилепсии. При этом отметим, что многие стороны механизма лечебного действия НИЛО ещё неясны. Актуальной задачей является не только установ-

ление механизма лечебного действия НИЛО при эпилепсии, но и разработка соответствующих критериев качественной и количественной оценки НИЛО. В связи с этим в работе была поставлена цель исследовать клинически эффективность влияния НИЛО на больных с труднокурабельной формой эпилепсии. Обследованы 14 человек (6 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 20 до 40 лет. НИЛО кубитальной области осуществляли лазерным аппаратом «Орион». Каждый больной получил 10 сеансов. В динамике (исходный уровень, после первого сеанса терапии НИЛО и в завершении курса после 10 сеанса) исследовали ЭЭГ, отмечали изменения в клинической картине, определяли содержание церулоплазмينا в крови.

Содержание церулоплазмينا определяли в мг/% по окислению его р-фенилендиамином и дальнейшему определению церулоплазмينا по оптической плотности образующихся продуктов. Таким образом, исходное содержание церулоплазмينا в крови больных труднокурабельной эпилепсией находилось в пределах от 17,50 до 24,50 мг/%. Первое НИЛО не изменяло содержание церулоплазмينا в крови. После десятого НИЛО содержание церулоплазмينا в крови возросло в среднем на 19,00+ 0,07%. В клинической картине обнаружили уменьшение количества судорожных приступов и дисфории, нормализацию фона настроения.

## **ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ**

*Галась М.О.*

*Науковий керівник – канд. мед. наук Турчина Н.С.*

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця*

*м. Київ, кафедра нервових хвороб*

Впродовж довгого часу вважалось, що фізична активність у пацієнтів з розсіяним склерозом (РС) може спровокувати загострення захворювання, але на сьогодні доведено позитивне значення фізичних вправ у нейрореабілітації хворих на РС. Метою роботи є вивчення ефективності використання фізичних вправ у лікуванні та реабілітації хворих на РС для обов'язкового введення запропонованого комплексу вправ у лікувально-реабілітаційний процес. Комплекси фізичних вправ після клінічного обстеження були запропоновані 10 хворим 2-го та 3-го ступенів тяжкості з урахуванням неврологічного дефіциту. Запропонований базисний комплекс активних вправ з метою збільшення м'язової сили, попередження атрофії м'язів та дегенеративно-дистрофічних процесів у кістково-суглобовому апараті, у боротьбі з гіподинамією. З урахуванням виявленого центрального нижнього парапарезу кінцівок були запропоновані вправи направлені проти спастичності. Для боротьби з координаційними порушеннями були дані вправи на координацію та рівновагу. Всі хворі використовують гімнастику у повсякденному житті та визнають користь від занять. Хворі зразу після виконання вправ на розтягнення помічають зменшення гіпертонуса м'язів-згиначів, а активні вправи для різних груп м'язів

сприяють зменшенню втомлюваності протягом доби та профілактиці закріпів. На наш погляд, введення запропонованого комплексу вправ всім хворим РС з урахуванням неврологічної симптоматики, ступеня тяжкості захворювання та типу перебігу буде позитивно впливати на якість їх життя.

## **К ВОПРОСУ О СПЛОЧЕННОСТИ И АДАПТАЦИИ В СЕМЬЯХ ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИЕЙ В СТРУКТУРЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

*Ряполова Т.Л., Осокина О.И.*

*Донецкий государственный медицинский университет,  
кафедра психиатрии и медицинской психологии*

Было осуществлено обследование 21 женщины, находившейся на стационарном лечении в Медико-психологическом Центре областной психоневрологической больницы г. Донецка. В соответствии с МКБ-10, у обследованных женщин определялись неврологические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (18 чел. - 85,7%) и хронические изменения личности (3 чел. - 14,3%). Контрольную группу составили женщины без психических расстройств, имеющие семью (n=7). Специальными методами было выявлено 5 типов семей: гибко разобщенные, гибко разделенные, хаотично разобщенные, хаотично разделенные и структурно разделенные. В группе больных без депрессии (n=7) преобладали семьи хаотично разобщенные; у больных с субклинически выраженной депрессией (n=7) было выявлено 43% семей с хаотично разделенным типом, три семьи (43%) экстремально хаотично разобщенного типа, одна семья (14%) гибко разделенного типа. В группе больных с клинически выраженной депрессией (n=7) во всех семьях отмечался экстремально высокий уровень семейной адаптации. У 57% семей этой группы был средний, а у 43% семей - низкий уровень сплоченности. Таким образом, в отличие от контрольной группы, в семьях больных женщин преобладал экстремальный хаотично разобщенный тип, что может способствовать формированию психических расстройств как у женщин, так и у других членов семьи. Данные о семейной сплоченности и адаптации могут быть использованы при проведении психотерапии в семьях больных с депрессией в структуре аффективных расстройств.

## **Хірургія**

### **РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМ ПОРУШЕННЯМ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КРОВОБІГУ**

*Степанченко О.М., Голуб А.М., лікарі-інтерни  
Науковий керівник – проф. Кононенко М.Г.*

*СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

Гостре порушення мезентеріального кровообігу (ГПМК) – найбільш драматична патологія невідкладної хірургії. Летальність сягає 72 – 95 %.

Представлено аналіз лікування 172 пацієнтів двох хірургічних відділень 5 Сумської МКЛ за 1993 – 2003 рр. Чоловіків було 79, жінок 93. Вік хворих становив від 20 до 95 років, причому старше 60 років було 148 пацієнтів (86 %).

З 172 хворих прооперовано 135 (78,5 %), не оперовано 37 (21,5 %). Із 135 у 82 (60,7 %) пацієнтів проведені діагностичні і паліативні втручання. Радикальні операції виконані у 53 (39,3%).

З 172 хворих померло 128 (74,4 %), більшість з них в найближчі дні і години після госпіталізації чи операції. Із 135 прооперованих помер 101 (74,8 %), після радикальних операцій із 53 хворих померло 30 (56,6 %).

З 172 чоловік виписано 34, із яких у 26 вивчено віддалені результати лікування. У 12 пацієнтів симптомів ентеральної недостатності не було. Синдром вкороченого кишечника виник у 14 (53,8 %) хворих.

З 26 виписаних, за час, що минув від операції, померло 9 чоловік. Від ентеральної недостатності помер тільки один хворий (через 6 місяців після оперативного втручання).

Лікування пацієнтів з ГПМК потребує розроблення більш ефективних методів діагностики та лікування.

## **РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВЛЮВАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ У ЛІКУВАННІ ОНКОХВОРИХ**

*Майборода А.О., студ. 5-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Андрущенко В.В.*

*СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

**Вступ.** Відновлення післяопераційних дефектів у хворих з місцево-поширеними новоутвореннями не завжди можливо зробити місцевими тканинами, що приводить до необґрунтованого відмовлення від операції, або проведення її в нерадикальному варіанті. Формування аутоотсплантатів розширює можливості відновлення анатомо-функціонального дефекту і дозволяє проводити медичну і соціальну реабілітацію хворих.

**Мета дослідження.** Підвищити ефективність лікування хворих у III стадії пухлинного процесу шляхом застосування реконструктивно-відновних операцій.

**Матеріали та методи.** У хірургічних відділеннях Сумського обласного диспансера застосовували методику формування шкірно-м'язового трансплантата на фіксованій судинній ніжці, що переміщали під кутом 90 - 180° з метою пластичної реконструкції тканин. Усього було прооперовано 14 пацієнтів у віці від 32 до 60 років.

**Результати.** За період з 1998 по 2003 р. реконструктивно-пластичні операції з приводу розповсюдженого раку губи були проведені 6 хворим, відновлення дефекту шкіри чола і брови – 1. Заміну видалених тканин провели шкірно-м'язовим шматком із застосуванням кивального м'яза у 4 хворих, шкірно-м'язовий трансплантат на фіксованій ніжці з волокон великого грудного м'яза – у 1, підшкірному м'язові шиї – у 1. За період з 2000 по 2004 р. було зроблено 7 одночасних реконструкцій молочної залози після радикальної мастектомії. Відновлення молочної залози шкірно-жировим шматком на прямому м'язові живота здійснили 4 хворим, транспозицію шматка найширшого м'яза спини – 2 (з додатковим ендопротезуванням відновлених грудей). Одній хворій була зроблена радикальна мастектомія зі збереженням шкіри залози і розташуванням ендопротезу під великий грудний м'яз. Спостерігали 1 ускладнення через 3 міс. після реконструкції молочної залози шкірно-жировим шматком на прямому м'язові живота – частковий крайовий некроз підшкірної клітковини трансплантата.

**Висновки.** Аутотрансплантація тканин дозволяє не тільки розширити контингент оперованих хворих, але і вирішити проблему їх фізичної і психосоціальної реабілітації.

## **ВІДНОВЛЮВАЛЬНО-РЕКОНСТРУКТИВНІ ОПЕРАЦІЇ ПІСЛЯ ОБСТРУКТИВНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ЗА ГАРТМАНОМ**

*Пучков Б.О., Ковальчук О.В., студ. 3-го курсу  
Науковий керівник – доц. В.П. Шевченко*

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії*

Запропонована ще в 1921 році видатним французьким хірургом Henriу Hartmann обструктивна резекція товстої кишки залишається однією з найбільш уживаних операцій у невідкладній хірургії товстого кишечника. Негативною стороною її є інвалідизація, моральні і фізичні страждання хворих із-за наявності колостоми. Тому після ліквідації основного захворювання виникає проблема повторного оперативного втручання для відновлення природного пасажу по товстому кишечнику.

За останні 10 років (1993-2003) в хірургічному відділенні СОКЛ виконано 47 відновлювально-реконструктивних оперативних втручань (ВРОВО) на товстому кишечнику. До цього хворим були проведені операції, які закінчилися накладанням колостоми. Обструктивна резекція товстої кишки за Гартманом проведена у 26. Більшість хворих раніше оперовані з приводу ускладненого колоректального раку, інші - з приводу травм і запальних хвороб товстої і прямої кишок. Серед оперованих хворих чоловіків було 12, жінок – 14. Середній вік хворих -  $52 \pm 2,6$  років. Оперативні втручання виконувались у різні терміни після першої операції: більшість (20) оперовані повторно через 6-12 місяців, 3 – через 3 місяці, у 3-х – цей термін перевищував рік. Проведені такі операції: накладення колоректального анастомозу – у 24 хворих; лівобічна геміколонектомія з накладанням колоректального анасто-

мозу – 1, експлоративна лапаротомія виконана у 1 хворого у зв'язку з наявністю віддалених метастазів. У післяопераційний період ускладнення переважно гнійно-септичного характеру спостерігались у 46% хворих. Летальності не спостерігалось. Середній ліжко-день після операції склав 18,5.

## **ДЕЯКІ ПИТАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПРИ БОЛЯХ У ХРЕБТІ**

*Кондрачук О.С., студ. 6 –го курсу;*

*Сорока Т.Д., студ. 4-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Кондрачук С.О.*

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії*

**Вступ.** Біль у хребті, зокрема в попереці, є актуальною проблемою через високу розповсюдженість, значні втрати працездатності та часті рецидиви. Основною причиною болів вважають остеохондроз.

**Мета дослідження.** Розробити раціональну схему рентгенологічного дослідження при болях у хребті.

**Матеріали та методи.** Досліджена та вивчена медична документація 2150 пацієнтів віком від 15 до 78 років, з яких 54,2% склали чоловіки, 45,8% - жінки. Рентгенологічне дослідження виконували на сучасному апараті “Medicor” в 2000-2003 роках.

**Обговорення результатів.** В групі пацієнтів, старших за 20 років (9/10 старші за 40 років), остеохондроз був виявлений у 87,9%, патології не було виявлено у 6,4%. Злоякісні пухлини, метастази, туберкульозний спондиліт та остеомієліт не було виявлено жодного разу. В переважній більшості пацієнтів рентгенологічне дослідження призначалось при першому звертанні до лікаря, хоча в багатьох країнах рекомендують пацієнтам без так званих “сигнальних симптомів” відстрочене використання рентгенографії.

**Висновки.** Рентгенологічне дослідження хребта при першому звертанні до лікаря слід призначати лише при наявності сигнальних симптомів. Пацієнтам без зазначених симптомів, рентгенографію призначають лише при неефективності консервативної терапії протягом 4-6 тижнів. Подібна схема дослідження зменшить навантаження на рентгенодіагностичні кабінети, дозволить зменшити дозові навантаження пацієнтів, матиме економічний ефект, що особливо важливе в умовах роботи лікарських кас та страхової медицини.

## **ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТИХ ПОШКОДЖЕНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ В ПОЄДНАННІ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ**

*Сокіл О.В., Дегтяренко І.О., студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Шевченко В.П.*

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії*

Проблема поєднаної травми (ПТ) набула значної актуальності у зв'язку з її ростом, складністю діагностики і високою летальністю. Множинність

джерел болю і кровотечі, пошкодження головного мозку, коматозний стан зменшують тонус м'язів, чутливість, пошкоджують центральну регуляцію діяльності внутрішніх органів, що приводить до спотворення або повної відсутності класичних симптомів і значно затруднює діагностику пошкоджень органів черевної порожнини. Більшість постраждалих знаходиться у стані шоку, або без свідомості, збирання анамнезу, аналіз скарг у них, втрачають своє значення із-за неможливості продуктивного контакту з ними. Проаналізовані результати лікування 43 постраждалих з тяжкою поєднаною краніоабдомінальною травмою (ПКТ), госпіталізованих у реанімацію СОКЛ за період 2002-2003 рік. Чоловіків – 34 (79,1%), жінок – 9 (20,9%). Середній вік  $37,2 \pm 2,9$  років. Найбільш частою причиною (55,8%) була автомобільна травма, кататравма – у 13,9%, бійки – 30,3%. Алкогольне сп'яніння зафіксоване у 48% постраждалих. Ступінь порушення свідомості оцінювали за коматозною шкалою Глазго (КШГ). 20 (46,5%) – госпіталізовано в стадії ступора, тяжкість пошкодження відповідала 11-13 балів за КШГ. 23 (53,5%) – у стані сопора і коми – КШГ 10 балів і нижче. У постраждалих пріоритет надавався об'єктивним методам обстеження: оглядова рентгенографія, УЗД черевної порожнини, лапароцентез (у 18). У 6 хворих отримано патологічний вміст, що явилось показанням для екстренної лапаротомії. Із 43 постраждалих із політравмою померло 28, летальність – 65%. Причиною смерті була тяжка черепно-мозкова травма, травматичний шок.

## **КІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ДОСВІД ЇХ ЛІКУВАННЯ**

*Кобилецька Н.А., студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник – асистент П'ятикоп Г.І.*

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії*

Одним з актуальних питань оперативної панкреатології є хірургічне лікування кістозних утворень підшлункової залози. За останніми даними частота кіст – 3% серед усіх гострих хірургічних захворювань та продовжує зростати.

Проведено аналіз хірургічного лікування кіст підшлункової залози за матеріалами хірургічного відділення Сумської обласної клінічної лікарні: починаючи з 1990 року проліковано 75 хворих з непаразитарними кістами підшлункової залози.

Для інструментальної діагностики були застосовані УЗ-сканування та комп'ютерна томографія.

Метод зовнішнього дренирування кіст застосували у 28 (37,7%) хворих. Показаннями до цієї методики була наявність одного з ускладнень кісти та несформована капсула кісти. При кістах зі сформованою капсулою підшлункової залози виконували один з видів внутрішнього дренирування кісти.

В результаті проведеної роботи було виявлено значне зростання кількості кіст підшлункової залози за останні роки в порівнянні з попередніми.



Особливу увагу привертає той факт, що більшість хворих – люди працездатного віку (40-60 років).

Аналізуючи результати хірургічного лікування кіст підшлункової залози треба відмітити, що методи зовнішнього, а особливо внутрішнього дренирування є ефективними для санації кістозних утворень підшлункової залози, мають добрі результати і тому є методом вибору при лікуванні кіст підшлункової залози.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ УСКЛАДНЕНОЇ КРОВОТЕЧОЮ У ЖІНОК**

*Шкіра О.В., студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Шевченко В.П.*

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії*

Виразковою хворобою (ВХ) шлунка хворіє близько 10-15% дорослого населення. Незважаючи на успіхи консервативного лікування ВХ, кількість ускладнень не має тенденції до зменшення. Особливо небезпечним є шлунково-кишкова кровотеча (ШКК), що спостерігається у 15-25% хворих. Чоловіки хворіють ВХ на багато разів частіше, ніж жінки. Ще С.С.Юдін в своїх «Етотах желучной хирургии» зазначав, що на 3 тис. хворих оперованих з приводу ускладненої ВХ жінок було всього 50 (1,6%). Ця трьохтисячна статистика виключає елемент випадковості і пояснити цей беззаперечний факт можливо лише причинами гормонального характеру. Вважається, що жіночі статеві гормони в якійсь мірі протидіють ульцерогенезу.

Ми проаналізували частоту розвитку ВХ, ускладненої кровотечею у жінок в залежності від активності гормональної функції. Пацієнтки розділені на дві групи: I - віком 45-50 років із збереженою менструальною функцією (середній вік  $40,2 \pm 1,8$ ) і II – після 50 років (середній вік  $65 \pm 2,6$ ) у менопаузі. Всього за 2002-2003 роки госпіталізовано 671 хворих з ШКК. Жінок було 222 (33,1%), чоловіків у два рази більше. При цьому жінок репродуктивного віку було всього 75 (11,2%), а в менопаузі – 147 (21,9%). В залежності від ступеню кровотечі у жінок I групи - середня і важка ступінь спостерігалась у 28%, у пацієнток II групи – у 29%. Всього оперовано за 2 роки з приводу ШКК 93 хворих. Жінок із них було 11 (1,6%), це ёмайже у 9 разів менше ніж чоловіків. При цьому жінок I групи було у 2,6 разів менше. Таким чином є підстави для ствердження, що жіночі статеві гормони не тільки протидіють розвитку ульцерогенезу і ускладнень ВХ, але і позитивно впливають на перебіг захворювання і загоєння виразок.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ КВАМАТЕЛА У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ, УСКЛАДНЕНОЮ КРОВОТЕЧОЮ**

*Зубко О.М., студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Шевченко В.П.*

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії*

Шлунково-кишкові кровотечі (ШКК) ускладнюють перебіг виразкової хвороби (ВХ) у 15-30% хворих і є провідною причиною їх летальності. В основі ульцерогенезу лежить порушення рівноваги між факторами агресії і захисту слизової оболонки. Успіхи консервативної терапії ВХ пов'язані з використанням нових активних антисекреторних препаратів. Нами вивчена ефективність кваматела у 671 хворого із ВХ, ускладненою кровотечею, що лікувались у центрі ШКК за період 2002-2003 роки. У 362 (53,9%) причиною була ВХ 12-палої кишки. У 107 (15,9%) ВХ шлунка, II і III тип виразки за Johnson, були у 33 хворих. Патогенетична терапія, спрямована на зниження рівня кислотності, проведена 395 хворим з ШКК. Серед них 112 (28,4%) отримували квамател, інші антацидні препарати (рантак, ранбакс, ранітидин) – 283 хворих. Всім хворим проводились загальноклінічні лабораторні дослідження, визначення Нt, ОЦК, ДЦК з метою оцінки тяжкості крововтрати, екстренна ЕГДС, динамічне ендоскопічне дослідження - на 1-2 і 7-10 добу для контролю за гемостазом і процесом загоєння вразки. Перші 3 доби квамател вводили внутрішньовенно по 20 млг 3-4 рази на добу на фоні адекватної трансфузійно-інфузійної терапії. При досягненні стабільного гемостазу продовжували введення по 20 млг внутрішньовенно 2 рази на добу. Серед цих хворих оперовано 14 (12,5%) у зв'язку з рецидивом кровотечі, що майже в 2 рази менше по зрівнянню з пацієнтами, що лікувались іншими антацидними препаратами (оперовано 59 хворих – 20,8%). Таким чином, квамател зарекомендував себе більш ефективним по зрівнянню з іншими антацидними препаратами у хворих з ВХ, ускладненою ШКК.

## **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТИРЕОТОКСИЧНОЇ ЕНТЕРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ ТОКСИЧНИЙ ЗОБ**

*Артеменко А.О., студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник – асистент П'ятикоп Г.І.*

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії*

Північний регіон України, до якого відноситься Сумська область з історичних давен вважається ендемічним. Тому проблема захворювань щитоподібної залози для нас є особливо актуальною.

Нами проведений аналіз хірургічного лікування та тривалості передопераційної підготовки хворих на тиреотоксичний зоб. Всього обстежено 86 хворих. Серед них – жінок 74, чоловіків – 12. Вік хворих становив від 23 до 68 років. Середня тривалість захворювання складала 2,4 роки.

Хворим проводилося загально-клінічне обстеження, УЗД щитоподібної залози, визначення рівню гормонів Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>, ТТГ, Ат до тироглобуліну у сироватці крові.

Внаслідок проведених досліджень встановлено, що у хворих, окрім серцево-судинних проявів захворювання, змін з боку нервової системи, відмічаються ентеральні порушення, які виявлено у 53% хворих.

Тиреотоксична ентеропатія має відповідну симптоматику і характеризується розладами стільця у вигляді проносів, схуднення, харчовими інтолерантностями, здуттям живота, нудотою, блюванням. Медикаментозна корекція виявлених порушень, до якої окрім загальноприйнятої тиреотоксичної терапії входять ферментні препарати, фенобарбітал, імодіум, есенціале, солкосеріл, дозволяє зменшити клінічні прояви малдигестії та малабсорбції і досягти еутироїдного стану в терміни на 10-14 діб коротші при зменшених дозах тиреостатичних препаратів.

## **РАЦІОНАЛЬНА ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТІВ ДО ТРАДИЦІЙНИХ ПРОМЕНЕВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ (РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ТА УЛЬТРАЗВУКОВИХ)**

*Дегтяренко І.О., студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Кондрачук С.О.*

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії*

Підготовка пацієнтів до рентгенологічного та ультразвукового дослідження (УЗД) є однією із заporук успішної діагностики. В той же час значна частина пацієнтів та лікарів, в тому числі лікарів-радіологів не приділяють увагу ретельній підготовці пацієнтів через ряд об'єктивних та суб'єктивних причин, що веде до погіршення візуалізації внутрішніх органів та неминучих діагностичних втрат. В роботі дається аналіз причин недостатньої підготовки пацієнтів до іригоскопії, урографії, рентгенографії поперекового відділу хребта, кісток миски та УЗД органів черевної порожнини. Запропоновані схеми оптимальної підготовки пацієнтів до зазначених досліджень, що має практичне заняття в умовах функціонування лікарняних кас та страхової медицини, та допоможе зменшити променеве навантаження на пацієнта. Наводиться перший досвід використання препарату «Фортранс» для підготовки до іригоскопії. Висвітлені деякі економічні аспекти підготовки пацієнтів до рентгенологічного дослідження та УЗД.

## **СУЧАСНІ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНІ РЕЧОВИНИ ТА ДЕЯКІ ПРОБЛЕМИ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ ПРИ РУТИННИХ ОСЛІДЖЕННЯХ**

*Решетнік Н.Ю., студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Кондрачук С.О.*

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії*

Контрастні речовини використовують при виконанні комп'ютерної томографії, ангіографії, магнітно-резонансної томографії та, відносно недавно, ультразвукового дослідження (УЗД). Найбільша кількість досліджень з контрастними речовинами належить до традиційних, так званих рутинних методів рентгенологічного дослідження: внутрішньовенна урографія, дослідження шлунка, кишківника та ряд інших.

В роботі наведені дані про переваги та недоліки рентгеноконтрастних речовин (РКР), які використовують в лікарняних закладах м.Суми. Підсумко-

ваний досвід впровадження сучасного РКР “БАР-ВІПС” на основі сульфату барія в поліклініці СНВО ім.Фрунзе, наведені дані по недолікам при використанні іонних йодомістких РКР при виконанні внутрішньовенних урографій. Наводяться рекомендації по медикаментозному захисту пацієнта від можливих алергічних реакцій на йодомісткі РКР та дані про економічні аспекти використання сучасних РКР, що є актуальним питанням в умовах оплати їх через лікарняну касу або заклад медичного страхування.

## **СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ**

*Шевченко В.В., студ. 5-го курсу,*

*Яковенчук О.М., студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Шевченко В.П.*

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії*

Цукровий діабет (ЦД) одне з найпоширеніших захворювань, зустрічається у 4-5% населення з тенденцією щорічного росту на 5-7%. Більш ніж у 80% хворих ЦД ускладнюється синдромом діабетичної стопи (СДС), що у 40% є причиною ампутації нижніх кінцівок. Післяопераційна летальність досягає 13-25%. Через 2-3 роки майже у 30% цих хворих виконується ампутація і другої нижньої кінцівки. Покращити результати лікування СДС можливо шляхом використання сучасних лікарських препаратів, впровадження нових хірургічних технологій. Проаналізовані результати лікування 186 хворих із СДС віком від 48 до 81 року (середній вік -  $56 \pm 4,5$ ) за період з 2001 по 2003 рік. Чоловіків було 126, жінок – 60. Тривалість захворювання від 2 до 25 років. Нейропатична форма СДС - у 72 (38,7%), нейроішемічна - у 88 (47,3%), ішемічна - у 6 (3,2%). Комплексне лікування включало: антибіотики широкого спектру дії (цефалоспоринового ряду, фторхінолони) з препаратами імідазолу (метрагіл, метронідазол). Для покращання мікроциркуляції - реополіглокін, даларгін, вазопростан, алопростан, трентал, пентоксифілін; для лікування нейропатії – берлігтон, есполіпон. У 66 хворих використовувалась оксібартотерапія. Хірургічні втручання мали органозберігаючу спрямованість - етапні некректомії - 86, ампутації пальців 38, економічні ампутації ступні 26, ампутація гомілки 18, високі ампутації на рівні стегна - 18. Післяопераційна летальність – 2,2%. Таким чином використання сучасного комплексного лікування СДС дозволило зменшити число високих ампутацій до 11% і обмежитися економічними ампутаціями у 25% хворих.

## **ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ГЛИБОКИХ ФЛЕГМОНАХ ШИЇ**

*Вакулішина Н.О., Товстенко Ю.В., студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Шевченко В.П.*

### *Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії*

Серед гнійно-запальних процесів глибокі флегмони шиї (ГФШ) займають особливе місце в зв'язку із складними анатомічними взаємовідношеннями, близькістю магістральних судин і органів шиї, можливістю розповсюдження гною по глибоким клітковинним просторам у середостіння. Основним методом лікування ГФШ є хірургічний. Для досягнення позитивного результату операції хірург повинен досконально знати топографічну анатомію шиї, на що звертав увагу класик гнійно-септичної хірургії В.Ф.Войно-Ясенецький. При проведенні оперативного втручання велике значення має вибір раціонального розрізу на шиї, який дозволяє найбільш коротким шляхом відкрити гнійний процес і запобігає ятрогенному пошкодженню магістральних судин та органів шиї, що в умовах гнійної інфільтрації оточуючих тканин являє велику небезпеку. Нами проаналізовані результати лікування ГФШ у хворих, оперованих у хірургічному відділенні СОКЛ з 2001 по 2003 рік. Всього оперовано 22 хворих. Чоловіків - 12 (54%), жінок – 10 (45%). Середній вік -  $47 \pm 1,7$  років. Локалізація ГФШ була наступна: бокова поверхня шиї в зоні судинно-нервового пучка – 15 (68%), підшелепна область – 4 (18%), передні нижні відділи шиї – 4 (18%). У 2 пацієнтів ГФШ ускладнилась розвитком гнійного медіастиніту. Оперативні доступи залежали від локалізації флегмони. При ГФШ бокової поверхні шиї використовувався широкий розріз вздовж кивального м'яза з розсічення фасції Ріше і проникненням в клітковинний простір і дренажування його рукавичково-трубчатим дренажом. Виздоровлення досягнуто у 21 хворого (95%). 1 хворий помер із-за розвитку гнійного медіастиніту і сепсису.

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГІГАНТСЬКОЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ВЕНТРАЛЬНОЇ ГРИЖІ З ВИКОРИСТАННЯМ АЛОТРАНСПЛАНТАНТА**

*Шевченко Т.В., студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Шевченко В.П.*

### *Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії*

Актуальність проблеми післяопераційної вентральної грижі (ПВГ) зумовлена поширенням її і частим виникненням рецидивів. В США з приводу рецидивної грижі щорічно виконується до 100 тис. операцій. Особливі труднощі виникають при лікуванні гігантської ПВГ. При використанні класичних методів герніопластики (Мейо, Сапезко) зменшується об'єм черевної порожнини з підвищенням внутрішньочеревного тиску, що спричиняє розвиток у післяопераційному періоді дихальної і серцево-судинної недостатності. Використання поліпропленової сітки дозволяє уникнути цих ускладнень. Ще Т.Вілрот висловив думку, що проблема грижі черевної стінки буде повністю вирішена тільки після створення ідеального пластичного матеріалу. Такий матеріал синтезували лауреати Нобелівської премії G.Natta і K.Zigler. Проаналізовані результати лікування ПВГ у 140 хворих віком 35-78 років (серед-

ній вік  $52,5 \pm 4,9$ ) за період 2001-2003 рік. Чоловіків - 24 (17,2%), жінок – 116 (82,6%). Найбільш частими попередніми операціями були холецистектомія (35,7%), акушерсько-гінекологічні операції (17,2%). Гігантська ПВГ за класифікацією Shevrel –W<sub>4</sub> – спостерігалась у 18 хворих. У 16 – виконані рутинні операції з натяжінням, у 2 – використано безнатяжний спосіб (tension free) з використанням поліпроленового алотрансплантанта за методикою Я.П.Філештинського. У хворих після рутинних оперативних втручань спостерігалось порушення дихальної і серцево-судинної системи в післяопераційному періоді, одна хвора померла. При використанні герніопластики з поліпроленовим алотрансплантантом таких ускладнень не було.

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ**

*Бойчунь А.О., Матлай О.І., студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник – асистент П'ятикоп Г.І.*

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії*

В наш час, коли спостерігається погіршення екологічної ситуації, відмічається зниження матеріального забезпечення населення і соціальних умов життя, шкідливі звички та інші негативні фактори можуть призводити до виникнення цілої низки захворювань і, перш за все, органів травлення, до яких належить і підшлункова залоза (ПЗ). Зробивши ретроспективний аналіз 49 історій хвороб пацієнтів із захворюваннями підшлункової залози нами було отримано наступні результати. У 37 (76%) хворих було встановлено діагноз - гострий панкреатит (ГП); у 12 (24%) – захворювання ускладнилося виникненням гострого холецистопанкреатиту. Серед обстежених 27 (55%) було чоловіків і 22 (45%) – жінок. Панкреонекроз розвинувся у 4 (8%) хворих, у решти пацієнтів була діагностована набрякова форма ГП. Цікавим є той факт, що переважна більшість хворих – 17 (35%) мали А (II) Rh (+) групу крові; 12 (25%) О (I) Rh (+); 9 (18%) – В (III) Rh (+); 5 (10%) – А (II) Rh (-); 3 (6%) В (III) Rh (-); 2 (4%) – 0 (I) Rh (-); 1 (2%) – АВ (IV) Rh (+) групи крові. Тобто можна висловити припущення, що ці захворювання є генетично детермінованими. Під час УЗД у 36 (73%) хворих були виявлені морфологічні зміни в ПЗ; у 9 (18%) пацієнтів ПЗ була не змінена і у 4 (9%) – ПЗ не візуалізувалась через виражений метеоризм. При ФЕГДС у 29 (59%) хворих були виявлені патологічні зміни у шлунку та 12-палій кишці. Лейкоцитоз спостерігали у 22 (45%) хворих; збільшення рівня амілази крові – у 25 (50%); підвищення діастази сечі – у 17 (35%) пацієнтів. 43 (87%) хворих проліковані консервативно. 6 (13%) пацієнтам виконане оперативне втручання. Таким чином, ГП є тяжким захворюванням і вимагає своєчасної діагностики та проведення багатокомпонентної терапії.

## **ПОШКОДЖЕННЯ СЕЧОВОГО МІХУРА**

*Брага Т.В., студ. 5-го курсу,*

*Брага І.В., студ. 2-го курсу*

**Науковий керівник – професор М.Г. Кононенко**  
**СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії**

Травма сечового міхура є досить частою ургентною патологією – закриті пошкодження зустрічаються у 3-16 %.

Нами проведено ретроспективний аналіз 14 історій хвороб пацієнтів з травмою сечового міхура за період 1993 – 2003 рр. Чоловіків було 9, жінок – 5 віком від 19 до 77 років. Жителів міста було 12, села – 2.

Серед механізмів травми можна виділити: удар у живіт – 7, падіння – 3, без травми в анамнезі – 4. В стані алкогольного сп'яніння знаходилось 8 чоловік, один вживав невідомий яд.

При направленні та при госпіталізації пошкодження сечового міхура ні в кого не було розпізнане. Перед операцією травма сечового міхура була запідозрена у 3 хворих, у інших діагноз внутрішньочеревинного розриву сечового міхура встановлено інтраопераційно. Тому урологічне обстеження не проводилося.

Усім хворим виконане оперативне втручання під ендотрахеальним наркозом. У 12 хворих проведена середньо-серединна лапаротомія, у одного верхньо-серединна з розширенням донизу і лише у одного – нижньо-серединна. У всіх травмованих зашито дефект сечового міхура, у 12 пацієнтів накладена епіцистостома, а в 2 у сечовий міхур введено постійний катетер. Виписано 13 хворих, один пацієнт переведений в урологічне відділення СМКЛ №1.

Діагностика пошкодження сечового міхура, без підозри на нього, представляє певну трудність, проте лікування не представляє особливих проблем.

**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СИНДРОМ**  
**“ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ”**

**Бурковський А.Е., студ. 4-го курсу**

**Науковий керівник – доцент Бугайов В.І.**

**СумДУ, кафедра госпітальної і факультетської хірургії**

Наведено аналіз комплексного лікування 202 хворих з синдромом “Діабетичної стопи” третьої і четвертої стадії за Wagner, що лікувались в МКЛ № 5 м. Суми за період 1998 – 2003 рр. Чоловіків було 97, жінок 105 віком від 46 до 83 р. I тип діабету був у 48, II – у 154 хворих. Виразково-некротичне ураження пальців відмічені у 55 пацієнтів, флегмона ступні – у 89, флегмона ступні з розповсюдженням на гомілку – у 16, волога гангрена ступні – у 33, волога гангрена ступні і дистальної треті гомілки – у 9. Хворих з флегмоною ступні оперували ургентно проводилось широке розкриття запального вогнища з мінімальною травматизацією тканин і адекватним висіченням кісткових утворень. Ранова поверхня велась відкрито. При необхідності повторні некректомії виконувались тільки за абсолютними показаннями. Хворим з сухою відмежованою гангrenoю проводили консервативну терапію до появи чіткої лінії демаркації, потім виконували поетапну некрек-

тому. Після очищення ран накладали вторинні шви, цинк-желатинові пов'язки, виконували аутодермопластику. У 42 хворих з вологою гангреною за життєвими показаннями виконана ампутація кінцівки на рівні верхньої третини стегна. Комплекс хірургічних і консервативних заходів у 147 (92,5%) із 160 хворих з виразково-некротичним ураженням пальців, флегмоною стопи і гомілки дозволило ліквідувати гнійно-некротичний процес. У 13 (7,5%) хворих терапія була неефективною, що потребувало виконання ампутації в верхній третині стегна. Із 202 хворих померло 14 (6,2%): від серцево-судинної недостатності (8), тромбоемболії легеневої артерії (3), гострого порушення мозкового кровообігу (2), інфаркту міокарда (1).

## **МЕТОДИ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЗУПИНКИ КИШКОВО-ШЛУНКОВИХ КРОВОТЕЧ**

*Гольченко Н.О., лікар-інтерн*

*Науковий керівник – канд. мед. наук, головний хірург УОЗ*

*М.М. Кобилицький*

*СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

Ендоскопічні методи є найбільш інформативними для діагностики патології кишково-шлункового тракту особливо кровотеч. Нами проведено аналіз даних ендоскопічного кабінету на базі центра кишково-шлункових кровотеч за період 2002 – 2003 рр.

За ці роки із загальної кількості 7705 ендоскопічних досліджень в центрі ШКК 3432 (44,5 %) ендоскопій проведено з приводу кишково-шлункових кровотеч. В структурі захворювань при кишково-шлункових кровотечах основну групу складають кровотечі виразкової етіології – у 2230 (65,0%): виразка ДПК – у 1707 (76,5 %), виразка шлунка – у 368 (16,5 %), пептична виразка анастомозу – у 161 (7,2 %). Ендоскопічні дослідження на висоті виразкової кровотечі (Форест 1) виконані у 176 (6,8 %), з нестабільним гемостазом (Форест 2) – у 1260 (57,5 %), з стабільним гемостазом (Форест 3) – у 719 (36 %) від загальної кількості при виразкових кровотечах.

Шлунково-кишкові кровотечі невиразкової етіології були у 1202 (35 %). Найчастіша причина їх - ерозійні гастродуоденіти – у 561 (46,6 %), варикоз вен стравоходу та шлунка – у 267 (22,2 %), синдром Мелорі-Вейса – у 214 (17,8 %), рак шлунка – у 51 (4,2 %), поліпи шлунка – у 26 (2,2 %), рак Фатерезового соска – у 1 (0,8 %), інші причини – у 36 (3,3 %).

Таким чином, ендоскопічна діагностика та зупинка КШК є методом вибору при лікуванні хворих.

## **ЗАКРИТІ ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК**

*Горбасьов В.В., лікар-інтерн*

*Науковий керівник - проф. Кононенко М.Г.*

*СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії*



Актуальність травми нирок полягає в тім, що вона серед пошкоджень органів черевної порожнини та заочеревинного простору у дітей на першому місці, а у дорослих, після травм печінки та селезінки - на третьому. Таких травмованих госпіталізують, як правило, в урологічні відділення.

За період 1993-2002 рр, у двох хірургічних відділеннях 5-ї міської клінічної лікарні м. Суми лікувалось 6 хворих (5 чоловіків і одна жінка) з закритою травмою нирок.

Відомо, що при травмі нирки виявляється тріада симптомів: біль, гематурія, урогематома. Усі хворі скаржились на біль у поперековій ділянці, крім того, у двох біль був по всьому животу. Макрогематурія спостерігалася у двох травмованих, у 4 – лише мікрогематурія. Припухлість у поперековій ділянці відмічена у кожного другого. У двох пацієнтів діагностовано (клінічно і рентгенологічно) перелом IX-XI ребер. Живіт приймав участь в акті дихання, черевна стінка була не напруженою, але спостерігалися слабопозитивні симптоми подразнення очеревини. В зв'язку з цим, для виключення пошкодження органів черевної порожнини, у трьох травмованих проведено лапароцентез. При цьому, у двох із них, через пошуковий катетер отримано серозно-геморагічну рідину. Екскреторна урографія проведена одному хворому. Ультразвукове дослідження не проводилося, оскільки травмовані були госпіталізовані в нічний час.

Консервативне лікування призначено трьом хворим і трьом оперовано. У двох виконана нефректомія, у одного – дренивання навколониркової гематоми. Виписано 5 хворих, 1 помер на другу добу після оперативного втручання від тромбоемболії легеневої артерії.

## **ЗАОЧЕРЕВИННІ КРОВОВИЛИВИ**

*Горбасьова І.В., лікар – інтерн*

*Науковий керівник – проф. Кононенко М.Г.*

*СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

При травмі живота, заочеревинні крововиливи зустрічаються у 25 – 38% випадків, частіше ( у 2/3 потерпілих ) при переломах кісток таза і рідше – при пошкодженні заочеревинно розташованих органів (розриви магістральних судин, поперекових вен ).

Заочеревинні крововиливи, які утворилися внаслідок переломів кісток таза, супроводжуються травматичним та геморагічним шоком з відповідною клінікою.

Під час обстеження загальний стан хворих тяжкий, або середньої ступені важкості. Скарги на постійний тупий розлитий біль у животі без чіткої локалізації, з ірадіацією в спину, поперекову ділянку. Майже завжди спостерігається рефлекторний метеоризм, припухлість в поперековій ділянці, виражено напруження м'язів передньої і задньої черевної стінки під час пальпації. Симптоми подразнення очеревини, якщо немає пошкоджень органів черевної порожнини, слабко виражені або відсутні. Напруження м'язів

живота, як правило, спостерігається при переломах кісток таза. З діагностичних заходів проводять: для виключення пошкоджень органів черевної порожнини – лапароцентез, для виключення або підтвердження переломів кісток таза – оглядову рентгенографію живота і таза, УЗД нирок, сечоводів та сечового міхура.

Заочеревинні крововиливи залишаються актуальною і досить складною проблемою. З елементами діагностики, як і з основами лікувальної тактики, повинен бути обізнаний лікар незалежно від фаху. Лише за таких умов можна розраховувати на своєчасне та кваліфіковане надання допомоги.

## **ЗАКРИТІ ПОШКОДЖЕННЯ ТОНКОЇ КИШКИ**

*Добронос А.В., студ. 5-го курсу*

*Науковий керівник – професор Кононенко М.Г.*

*СумДУ, кафедра госпітальної і факультетської хірургії*

Представлено аналіз 44 історій хвороб з пошкодженням порожнистих органів живота (12-ти палючої кишки у – 2, тонкої кишки – у 42) за період 1999 – 2004 рр.

Найбільш частим видом травм були побутові (39 хворих) і ДТП (5). Серед побутових травм побой – у 18, падіння – у 6. Чоловіків було 41, із яких 20 знаходилися в стані алкогольного сп'яніння. Характерно, що в перші 6 годин після травми до лікаря звернулося лише 16 чоловік (36,4%).

При обстеженні: тяжкий стан травмованих констатовано у 25 чоловік, середньої тяжкості – 19. На розлитий біль у животі скаржилися 30 хворих. Блідість шкіри з ціанозом була у 48, сухий обкладений язик – у 25. Пальпаторно виявлялась болючість черевної стінки і виражений дефанс – у 30, позитивні симптоми подразнення очеревини – у 41. Різьке ослаблення, або відсутня перистальтика – у 19. 6 хворим з діагностичною метою виконано лапароцентез.

Не оперовано 1 травмованого, який помер від астматичного статусу до втручання. Хірургічне лікування проведено у 43 хворих: ушивання рани тонкої кишки – у 39, резекція тонкої кишки – у 6. Ці втручання доповнені інтубацією кишкового тракту у 15 хворих (13 трансназально, у 2 – через цекостому).

Померло 10 (22,7%) травмованих: один – від ТЕЛА, 9 – від інтоксикації і серцево-судинної недостатності за рахунок занедбаного розлитого чи загального перитоніту (6 із них госпіталізовано після 24 годин з моменту травми). Виписано з видужання 34 чоловіка.

## **ПОЄДНАНІ ПОШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ**

*Кмита О.П., Бутенко С.П., студ., 5-го курсу*

*Науковий керівник – професор Кононенко М.Г.*

*СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

Проведено аналіз 39 карт стаціонарних хворих. З моменту травми в першу годину доставлено 21 (54%) хворого, в перші 3 години – 11 (28%), до

12 годин – 3 (8%), до кінця першої доби – 3 (8%), на третю добу – 1 (2%). Відкрита проникаюча травма черевної порожнини з ушкодженням органів була у 30 (77%) хворих, закриті пошкодження органів черевної порожнини до операції (з наступним інтраопераційним підтвердженням) виявлено у 9 (23%) постраждалих, поєднана торакоабдомінальна травма – у 3 (8%) хворих. Під час інтраопераційної ревізії з'ясовано, що пошкодження двох органів було у 25 (64%) постраждалих, трьох – у 11 (28%), чотирьох – у 3 (8%) хворих. У 27 хворих діагностовано пошкодження кишечника, у 17 – великого сальника, травма шлунка, підшлункової залози та брижі – по 10, печінки – у 7, жовчного міхура – у 6, селезінки – у 4, судин черевної порожнини і однієї нирки – по 3, ушкодження сечового міхура і діафрагми – по 1 випадку. Всім хворим було проведено термінове оперативне втручання: лапаротомія з ревізією органів черевної порожнини, інтраопераційний лаваж та післяопераційне дренування. Уши-вання ран кишечника виконано у 18 хворих, резекція кишки – у 4, уши-вання ран шлунка – у 10, великого сальника – у 15 (2 резекції), печінки – у 7, підшлункової залози – у 6, холецистектомію виконано 4 постраждалим, спленектомію – у 3, ушивання поранень діафрагми, сечового міхура, капсули селезінки – по 1. Померло 9 хворих від гострої серцево-судинної недостатності з набряком легень, головного мозку і інтоксикації при перитоніті, пневмонії, ТЕЛА, ДВС синдромі із значною крововтратою.

## **ПОШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ**

*Лукавенко І.М., студ., 5-го курсу*

*Науковий керівник – професор Кононенко М.Г.*

*СумДУ, кафедра госпітальної і факультетської хірургії*

Проаналізовано 44 історії хвороби з відкритими (36) і закритими (8) пошкодженнями печінки. Переважали чоловіки (37), жінок було 7 віком від 17 до 69 років, найбільше (24) від 20 до 29 років. Механізм відкритих пошкоджень – ножові поранення (34), та вогнепальною зброєю (2), закритих – падіння чи удар (об руль автомобіля, кулаком, копитом тварини). Торакоабдомінальні пошкодження були у 3. Характерно, що при відкритих пошкодженнях переважна більшість травмованих (24) звернулася на протязі першої години, і ще 7 – до 2 годин, при закритих пошкодженнях – значно пізніше (від 4 до 48 годин). Живіт в акті дихання не приймав участі лише у поодиноких травмованих (9), ригідність всієї черевної стінки була у 4, симптоми подразнення очеревини чітко вираженими були у 10, притуплення перкуторного звуку в пологих місцях визначалося у 7 хворих. Шок I-II ст. діагностовано у 9. Кількість Ер. нижче  $3,0 \times 10^{12}/л$  відмічено у 8, Нв нижче 100 г/л – у 10, Нт нижче 0,3 – у 11.

Усі травмовані оперовані. З'ясовано, що права частка печінки була пошкоджена у 27, ліва – у 15, обидві – у 2. Гемоперитоніум до 200 мл виявлено у 16, до 500 мл – у 11, до 1000 мл – у 7, до 1500 мл – у 5, до 2000 мл – у

1, до 2500 мл – у 1, до 3000 мл – у 1. У 3 хворих при торакотомії гемоторакс був 200 мл, 300 мл, 700 мл. Реінфузія проведена у 11 пацієнтів.

У всіх хворих рана чи розрив печінки зашито кетгутом окремими П-чи 8- подібними швами. Ускладнення виникли у 5 (11,4%) хворих: пневмонія – у 2, рання (на 5 – 6 добу) тонкокишкова непрохідність – у 2, легенева недостатність при торакоабдомінальному пошкодженні – у 1 (хвора померла).

## **ОЦІНКА СИМПТОМІВ СПАЙКОВОГО СИНДРОМУ, ЯК ФАКТОР ДІАГНОСТИКИ**

*Панько Н.О., студ. 4-го курсу*

*Науковий керівник - асистент Пак В.Я.*

*СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

Діагностика спайкової хвороби (СХ) і гострої спайкової кишкової непрохідності (ГСКН), особливо в ранньому періоді, досить складна. Диференціювання проводили порівнюючи показники питомої ваги (J) симптомів спайкового синдрому: при СХ (процес розрішився консервативно у 134 хворих) і ГСКН (прооперовано 88 хворих).

Дані динамічного спостереження свідчать, що ГСКН частіше розвивалася в осіб чоловічої статі (J= -0,169), у середньому віці (J= -0,067), особливо після травматичних операцій

(J= -0,628). Симптомом комплекс СХ характеризувався ростом позитивного індекса. Насамперед зворотній розвиток стосувався болювого прояву (J= +2,15), особливо переймоподібного болю (J= +1,91), зникає блювання (J= +1,65), симптом “шуму плеску” (J= +1,28), зовсім зникла дефанс і симптом Щоткіна–Блюмберга. Практично протилежна картина була при ГСКН, тобто прогресуванні кишкового стазу. Це стосується у першу чергу симптому “шуму плеску” (J= -1,04), блювання (J= -0,77), затримки дефекації і метеоризму (J= -0,7 і -0,62 відповідно). СпХ рентгенологічно проявляється розрідженням кишкового стазу, що супроводжується зменшенням числа випадків складок Керкрінга (J= +1,08), у два рази (J= +0,68) знижується частота чаш Клойбера.

Зворотня картина при ГСКН: складки Керкрінга при госпіталізації спостерігалися у 16,5%, через 6 – 9 годин у 70,3%

(J= -0,602). Барієва суміш депонувалася у всіх петлях тонкої кишки, а в товстій – тільки незначні сліди.

Підсумок свідчить, що розроблений алгоритм диференціювання спайкового синдрому, може полегшити своєчасність діагностики ГСКН.

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ТРАВМОЮ СЕЛЕЗІНКИ З УРАХУВАННЯМ ЇЇ АНГІОАРХІТЕКТОНІКИ**

*Полторацький В.А., студент 6-го курсу*

*Науковий керівник – асистент Пак В.Я.*

*СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

Нами вивчено результати оперативного лікування 87 хворих з ушкодженням селезінки. Спленектомію виконано у 73, з них у 10 проведена гетеротопічна аутотрансплантація шматочків селезінки в сальник. Спленорафію вдалося провести у 11 хворих, субтотальну резекцію – у 3. Після спленектомії 3 пацієнти потребували релапаротомії для додаткового гемостазу, 7 померло внаслідок поєднаної травми і ДВЗ-синдрому.

Мета нашого дослідження : вивчення архітектоніки судин воріт і паренхіми селезінки для обґрунтування методик органозберігаючих операцій.

Для цього виготовлено, шляхом заливки в артерію і вену селезінки самозатвердіваючої пластмаси «Евікріл», корозійні препарати судинного русла .

У процесі корозії встановлено, що внутрішньоорганне галудження судин тісно пов'язане зі стромальною конструкцією селезінки. Венозна система за кількістю і калібром судин переважає артеріальне русло. Саме тому внутрішньоорганні вени є основним джерелом кровотеч при ушкодженнях селезінки. Між окремими зонами та сегментами не існує морфологічних меж-сітка судин густо анастомозує між собою.

Отже, для попередження прорізування швів і виникнення вторинних кровотеч, шви потрібно накладати перпендикулярно до напрямку судин і ходу колагенових волокон строми.

Резекцію селезінки слід проводити, розсікаючи і розшаровуючи паренхіму за ходом судин. Можливе екстраорганне перев'язування зональних артерій, що полегшить спленорафію.

## **ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ЗАЦЕМЛЕНИХ ГРИЖ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ**

*Солопчук О.Д., Москаленко Р.А., студ. 4-го курсу*

*Науковий керівник – доцент Кащенко Л.Г.*

*СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

Вивчені результати лікування 233 хворих віком 23 – 89 років із зацемленими грижами черевної стінки. Чоловіків було 119 (51,5%), жінок – 114 (48,5%), жителів міста – 178 (76,4%), села – 55 (23,6%). Найбільше пацієнтів (64,4%) поступило в робочий час (8° - 17°). 104 (44,6%) хворих доставлені в стаціонар через 2 – 6 годин з початку захворювання, 19 (8,1 %) – через 24 години і більше. Основними характерними симптомами були: постійний біль у животі у 218 (93,5%), переймоподібний – у 138 (59%), нудота у 122 (52,3%), блювота – у 77 (33%), здуття живота у 28 (12%), наявність болючого неpravимого грижового вип'ячування – у 78 (33,5%), посилена перистальтика – у 19 (8,1%). Пахова грижа діагностована у 123 (52,8%) хворих, пупкова – у 38 (16,3%), післяопераційна вентральна – у 36 (15,0%), стегнова – у 26 (11,1%). Час перебування хворого у стаціонарі до операції: до 2 годин – 169 (78,9%), протягом 2 – 6 годин та 6 годин і більше - 24 (11,2%) та 21 (9,8%) відповідно. Останні дані і зумовили до певної міри показання до резекції кишки чи сальника, що виконано у 43

( 20,1%). Вмістом грижового мішка тонка кишка була у 86 (41,9%), сальник – у 61 (29,7%), сальник і тонка кишка у 40 (19,5%).

При транспортуванні хворих у стаціонар чи з приймального відділення до палати у 19 (8,1%) грижа самовправилась. У одного з них через 6 годин з'явилися симптоми подразнення очеревини і він був оперований. Виконана резекція 40 см. тонкої кишки, дренивання черевної порожнини.

## **КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ КРОВОТЕЧЕЮ**

*Чубун Д.А., лікар – інтерн*

*Науковий керівник – канд. мед. наук,  
головний хірург УОЗ Кобилецький М.М.*

*СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

Шлунково-кишково кровотеча (ШКТ) при виразковій хворобі і до теперішнього часу залишається однією з важливих і небезпечних ускладнень. Про актуальність проблеми свідчить летальність, яка складає 12 – 20 %.

В хірургічне відділення СОКЛ за 2002 – 2003 рр. було госпіталізовано 672 хворих з шлунково-кишковою кровотечею виразкової етіології.

У багатьох хворих спостерігалась така симптоматика: блювання кров'ю, дьогтеподібні випорожнення з неприємним запахом, кровотечі інколи передувало посилення болю, і диспектичні явища, які зникали після появи кровотечі, і ознаки постгеморагічного стану (прогресуюча загальна слабкість, запаморочення, блідість шкіри, сухість у роті, часте дихання, частий пульс слабого наповнення й напруження, зниження артеріального тиску).

При підозрі на кровотечу, а також для контролю, хворим проводилось ендоскопічне дослідження. Всього виконано 2230 фібро-гастроскопій при кровотечах виразкової етіології.

Прооперовано 93 хворих: резекція шлунку у 46, органозберігаючі втручання у 42. Серед прооперованих хворих померло 6.

Ускладнення виразкової хвороби шлунка чи 12 палкої кишки кровотечею треба розглядати як критичну ситуацію, яка загрожує життю хворого та потребує від хірурга рішучих і негайних дій для уточнення причин кровотечі й вибору тактики лікування

## **ЗАКРИТІ ПОШКОДЖЕННЯ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ**

*Язиков О.В., Білоус І.М., студ. 4-го курсу*

*Науковий керівник – професор Кононенко М.Г.*

*СумДУ, кафедра госпітальної та факультетської хірургії*

Нами вивчено результати діагностики і лікування 294 хворих з закритою травмою передньої черевної стінки – чоловіків 208 (71%), жінок – 86 (29%) за період 1994 – 2003 рр. До 30 років було 47,3% хворих, середнього віку – 39,4%, пенсійного віку – 15,3%. У всіх травмованих при госпіталізації

були множинні скарги: болі в животі – у всіх, слабкість – у 73 (24,8%), диспептичні явища – у 24 (8,1%). Свідомість втрачали 7 (2,3%) пацієнтів.

Діагностика розпочиналась з фізикального обстеження. У 206 (70%) виявлені симптоми ушкодження передньої черевної стінки: біль при її напруженні – у 153 (74,3%), вона не приймала участі в акті дихання – у 12 (5,8%), рефлекторне здуття живота – у 30 (15%), симптом Романцева (гематома між сухожилковими перетинками прямого м'язу живота) – у 6 (3%), симптом Карнета (біль при пальпації розслабленої черевної стінки) – у 17 (8%), симптом Бушакура (зникнення відчуття гематоми при пальпації напруженої черевної стінки) – у 8 (3,5%) хворих. При ознаках травмування передньої черевної стінки в першу чергу необхідно виключити пошкодження органів черевної порожнини та заочеревинного простору. Для цього проведені дослідження: УЗД – у 90 (30,6%), оглядова рентгенографія – у 106 (36%), лапароскопія – у 46 (15,6%), діагностична лапаротомія – у 20 (7%) хворих. Майже всім хворим проводилась консервативна терапія (гемостатики, холод, та ін.). Оперативні втручання з метою видалення гематом і попередження нагноєнь виконані у 17 (5,7%). Усі травмовані виписані.

## **ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЯИЧЕК**

*Шевченко М.Ю., Шевченко Ю.А.*

*Научный руководитель – Овечкин В.С.*

*Сумская областная детская клиническая больница*

Под острыми заболеваниями яичек подразумевается следующие нозологии: острые поражения гидатид яичка и придатка (ОПГЯП), заворот яичка (ЗЯ), травма органов мошонки (ТОМ), острый неспецифический орхоэпидидимит (ОНО).

С 2000 – 2003 год в хирургическом отделении СОДКБ под нашим наблюдением находилось и прооперированно 142 мальчика с ОЗЯ. Операции проведены мошоночным доступом в 85,2%, паховым – 14,8%, с дренированием оболочек яичка – 54,2%, с удалением некротизированного яичка – 0,7%.

Хирургическому лечению чаще подвергались дети в возрасте 4-15 лет (90,8%). Поражения слева отмечалось больше чем в половине случаев (57,7%). По характеру поражения заболевания распределялись следующим образом: ОПГЯП – 79,6%, ОНО – 9,2%, ЗЯ – 5,6%, ТОМ – 5,6%, неблагоприятный исход (некроз яичка) единичен – 0,7%.

Исходя из данных нашего наблюдения мы считаем, что методом выбора в лечении больных с ОЗЯ является активная хирургическая тактика. В комплекс хирургического лечения необходимо включать антибиотико – и витаминотерапию.

## **ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО**

## ОТДЕЛЕНИЯ СОДКБ

*Овечкин Д.В.*

*Научный руководитель – зав. курсом детской хирургии Овечкин В.С.  
Сумская обласная детская клиническая больница*

Под нашим наблюдением с 1990 по 2003 год находилось 223 ребенка, перенесших острый гематогенный остеомиелит (ОГО). Новорожденных 23 (10,3%), до 1 года – 18 (8,8%), до 3-х лет – 14 (6,3%) – младшая возрастная группа, детей 4-х лет и старше 168 (75,3%) – старшая возрастная группа. Из общего количества больных преобладали мальчики 138 (61,8%) и 85 (38,2%) были девочки, однако такое соотношение наблюдалось с 4-х летнего возраста, 64,6% детей были жители села.

Наиболее часто ( $p < 0,001$ ) остеомиелит развивался в костях нижних конечностей  $56,5 \pm 3,3\%$ , реже верхних –  $15,2 \pm 2,4\%$ . На нижних конечностях наиболее часто поражались длинные трубчатые кости. Остеомиелит бедренной кости встречался у  $32,7 \pm 3,1\%$  детей, большеберцовой –  $20,6 \pm 2,7\%$ , малоберцовой –  $3,1 \pm 1,1\%$ . На верхних конечностях наиболее часто поражалась плечевая кость –  $12,1 \pm 2,1\%$  больных, реже лучевая –  $3,1 \pm 1,1\%$ . В младшей возрастной группе остеомиелит поражал бедро в  $43,6 \pm 6,7\%$  случаев ( $p < 0,05$ ), на втором месте по частоте очаг локализовался в плечевой кости  $30,9 \pm 6,3\%$ , на третьем – большеберцовая ( $16,4 \pm 5,0\%$ ,  $p < 0,05$ ).

У 8,5% детей тяжелое течение остеомиелита протекало с генерализацией инфекции и развитием сепсиса. Токсическая форма – 2,2%, септикопиемическая – 17,5%, локальная – 80,3% случаев. Тяжелые формы ОГО (токсическая и септикопиемическая) встречались достоверно ( $p < 0,01$ ) чаще у новорожденных – 6,7% и детей старше 7 лет – 8,5%.

В посевах отделяемого из раны чаще всего высевали *St. aureus* (39,7%), ассоциированная микрофлора определялась в 6,8%, *St. epidermitis* – 4,7%. Большое количество (34,6%) отрицательных посевов у больных с ОГО дает основание предполагать, что применяемые методики выявления возбудителя заболевания в настоящее время не адекватны.

Таким образом, ОГО несмотря на широкое применение антибиотиков, у ряда детей протекает на фоне сепсиса с образованием множества гнойных очагов. Среди больных перенесших тяжелые формы ОГО преобладают новорожденные и дети от 6 до 12 лет. Наиболее часто поражаются длинные трубчатые кости (73,1%). Остеомиелит нижних конечностей встречается чаще ( $p < 0,001$ ), чем верхних. На фоне проведения противовоспалительной терапии возможно атипичное течение ОГО, характеризующееся стертой клинико-рентгенологическими признаками.

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ

*Овечкин В.С., Крупкина Л.А.*

*Сумская обласная детская клиническая больница*



Инвагинация кишечника (ИК) является наиболее часто встречающимся видом приобретенной кишечной непроходимости (до 70%). В 80% случаях ИК определяется у детей в возрасте от 3 мес. до 1 года.

За 5 лет в хирургическое отделение СОДКБ с подозрением на инвагинацию кишечника поступило 39 больных. Из них у 58,9% диагноз ИК был исключен, у 16 (41,0%) – диагноз подтвердился. Из 16 детей с ИК мальчиков было 62,5%, девочек – 37,5%. В возрасте от 1 до 3 мес. был 1 ребенок (6,2%), 3-6 мес. – 4 (25%), 6-9мес. – 3 (18,7%), 9-12 мес. – 1 (6,2%), детей в возрасте старше 1 года было 7 (43,7%).

До 6 часов от начала заболевания были госпитализированы 4 детей (25%), через 6 – 12 часов 5 детей (31,2%), через 12 – 18 часов 2 ребенка (12,5%), через 18 – 24 часа – 1 ребенок (6,2%). Более 24 часов – 4 (25%).

В данной группе детей у 13 больных (81,2%) причиной инвагинации явилось введение нового продукта, органическая патология обусловила развитие заболевания у 3 пациентов (18,7%), причем все трое были старше 1 года.

При поступлении применялись следующие диагностические манипуляции: пальпация живота – всем пациентам, медикаментозный сон – 7 (17,9%), ректальный осмотр – 12 (30,7%), УЗИ – 4 (10,2%), обзорная рентгенография брюшной полости – 7 (17,9%), взвесь бария перорально – 8 (20,5%).

В лечении больных консервативная дезинвагинация применялась в 8 случаях (50%). Оперативная дезинвагинация проводилась 9 пациентам (56,2%). В 2 случаях (12,5%) наблюдались послеоперационные осложнения.

С диагностической целью всем пациентам необходимо проводить пальпацию живота, ректальный осмотр, более широко использовать УЗИ. В ранние сроки (до 12 ч.) от начала заболевания в лечении применять метод консервативной дезинвагинации.

## **СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ ДИСПАНСЕРНОЇ ГРУПИ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

*Овечкін В.С., Гуменюк Л.В., Овечкін Д.В.*

*Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Метою диспансеризації являється виявлення та лікування ранніх форм захворювання.

Ми рекомендуємо та проводимо з 2000 року диспансеризацію при слідуючих захворюваннях і станах:

1. Килах всіх локалізацій;
2. Захворюваннях прямої кишки;
3. Норицях різних локалізацій;
4. Вроджених аномаліях кишечника, аноректальної ділянки, епітеліальних куприкових заглибленнях та тератоїдних утвореннях;
5. Доброякісних новоутвореннях різних локалізацій;
6. Захворюваннях зовнішніх статевих органів;

- 7.Хронічних запальних процесах (хронічні лімфаденіти, хронічний гематогенний остеомієліт);
- 8.Цирозах печінки, синдромі портальної гіпертензії;
- 9.Злукової хвороби;
- 10.Станах після перенесеної деструктивної пневмонії, струмектомії, після операцій з приводу перитоніту.

В кожному конкретному випадку визначається ціль диспансеризації, частота оглядів, терміни спостереження, призначається приблизні терміни оперативного лікування. Зняття з обліку проводиться після повного одужання та проходження термінів пізніх ускладнень (рецидивів).

За нашими даними при своєчасному виявленню хірургічної патології у дітей, відповідному лікуванню ефективність диспансеризації достатньо висока і дає позитивний результат в 90 – 100% випадків.

## **ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЁЛЧНЫХ ПРОТОКОВ (ВЖП) ПРИ ИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

*Гайдаржи Е.И., студ.6-го курса*

*Научный руководитель – доц. Завгородний С.Н.*

*Запорожский государственный медицинский университет*

*Кафедра госпитальной хирургии*

Целью настоящего исследования была разработка метода, минимизирующего повреждение ВЖП при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

Ключевым моментом нашей методики является субсерозная коагуляция мелких ветвей пузырной артерии.

За период с 1998 г. по 2003 г. методом субсерозной диатермокоагуляции ветвей пузырной артерии ЛХЭ произведена у 257 пациентов. Показанием к операции был хронический калькулёзный холецистит – у 237 (92,28%) больных, острый калькулёзный холецистит – у 20 (7,72%). В возрасте от 40 до 70 лет оперировано 177 (68,87%) больных. У 35 (13,62%) пациентов было осложнённое течение ЖКБ. Наиболее часто встречались: перипузырный инфильтрат – 23 (8,95%), эмпиема жёлчного пузыря – 9 (3,5%). Сопутствующие заболевания выявлены у 155 (60,31%). В 240 (93,39%) случаях данные УЗИ подтверждались интраоперационно. У 5 пациентов выполнено двухэтапное лечение с использованием эндоскопической папиллосфинктеротомии.

У всех пациентов, перенесших ЛХЭ, предоперационный койко-день составил  $1,17 \pm 0,33$ , а длительность пребывания в стационаре –  $4,67 \pm 0,26$  суток. Послеоперационной летальности не было.

Таким образом, ЛХЭ, выполняемая по предложенной нами методике, является безопасной операцией и должна стать методом выбора при хирургическом лечении больных с ЖКБ и её осложнениями.

## **МІКРОБІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖОВЧІ, ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ЕКСУДАТУ ТА ПОРОЖНИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ЖОВЧНОМУ ПЕРИТОНІТІ**

*Коломоєць О.М., Курулюк Р.С.*

*Науковий керівник – асист., канд. мед. наук Карлійчук О.О.  
Буковинська державна медична академія, кафедра загальної хірургії  
(зав. кафедри – д-р мед.наук, проф.Кулачек Ф.Г.)*

З метою вивчення патогенезу жовчного перитоніту, проведено вивчення видового та кількісного складу мікрофлори жовчі – 160, перитонеального ексудату – 53, порожнини та оболонки товстої кишки – 55 у хворих з даною патологією. Встановлено, що в розвитку перитоніту біліарного генезу суттєву роль відіграють порушення мікробного пейзажу кишечника та його колонізаційної резистентності. Отримані результати дозволили розробити та апробувати в експерименті та клініці патогенетичний метод колоносанації, для комплексного лікування та профілактики жовчного перитоніту.

Мікробний фактор є провідною ланкою патогенезу строгого жовчного перитоніту. Основними збудниками перитоніту є умовно патогенні мікроорганізми *E.coli*, *Bacteroides spp.*, *Staphylococcus spp.*, *E.Faecalis*, умовно патогенні ентеробактерії, що, як правило, контамінують порожнину та слизову оболонку товстої кишки. Основним джерелом мікрофлори, яка підтримує розвиток жовчного перитоніту є порожнина товстої кишки, транслокація мікрофлори з якої стає можливою в наслідок порушення колонізаційної резистентності її слизової оболонки та порушенні її міліарної герметичності. Розвиток та перебіг всіх форм жовчного перитоніту супроводжується суттєвим порушенням мікробіоценозу порожнини та слизової товстої кишки, що приводить до виникнення дисбактеріозу: I-го ступеню у 25,46% хворих, II-го ступеню у 43,64%, III-го ступеню у 30,91%.

## **АУТОДЕРМАЛЬНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ**

*Драгомерецкий М.Н., студ. 5-го курса*

*Научный руководитель – доц. Брежнев В.П.*

*Луганский Медицинский Университет, кафедра общей хирургии*

Несмотря на обилие методов герниопластики, частота рецидивов остается довольно высокой и, по некоторым данным, достигает 51% (Мазин Салах, 1986). Перспективным путём лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) является аутодермальная герниопластика.

Аутодермальная герниопластика (АДГП) выполнена нами у 254 больных с ПОВГ. Большинство составили ПОВГ больших и гигантских размеров (72,5%) и со срединной локализацией (69,8%) патологического процесса.

Важным моментом при аутодермальной пластике является деэпителизация кожного лоскута. В клинике разработан и внедрён в практику способ односторонней термической обработки аутодермального трансплантата

(А.С.1718835). При ньому викроєний із області операційного полякожний лоскут з підкової клітчаткою поміщається на стерильну салфетку епідермальною поверхнею вгору. На лоскут зверху накладається стерильна салфетка, смочена фізіологічним розчином. На неї на 3-5 секунд поміщається награвательний пристрій у формі металічної пластини з температурою робочої поверхні  $140 \pm 20^\circ\text{C}$ . Після видалення епідерміса, трансплантат поміщається на 15-20 хв у розчино 0,04% хлоргексидина.

При зближенні грыжевих воріт без натяження перфорований трансплантат фіксувався між парієтальною брющиною і м'язово-апоневротическими пластинами з прилеганієм з останнім сітчастим шаром. Краї грыжевих воріт шилися поліспастними швами.

По нашим даним лічення ПОВГ по описаній методикі дозволяє зменшити частоту рецидивів після АДГП до 0,8%.

## **ВАРІАНТИ ВИКОРИСТАННЯ АНТРУМЕКТОМІЇ З ВАГОТОМІЄЮ В ЛІКУВАННІ ВИРАЗОК ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ЩО КРОВОТОЧАТЬ**

*Щербина М.В., Смерека А.В.*

*Науковий керівник – проф. Фомін П.Д.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,  
кафедра факультетської хірургії № 2*

Проведено ретроспективний аналіз операційних втручань 296 пацієнтів з застосуванням АЕ+ВТ за період часу з 1992 по 2003 р., виконаних на базі міського центру шлунково кишкових кровотеч. Використано методи загальноклінічного, ендоскопічного, ультразвукового досліджень, застосовано титраційно-аспіраційний метод для визначення секреторної активності шлунку, статистичне опрацювання даних. З метою профілактики дуоденогастрального рефлюксу, нами розроблено новий «Спосіб хірургічного лікування дуоденальних виразок, що кровоточать» (Деклараційний патент України № 34345). Суть способу складається у утворенні дуплікатури верхньої стінки анастомозу за Білрот 1 шляхом проведення додаткових серо-серозних швів при його формуванні. З метою запобігання еногастрального рефлюксу при виконанні антрумектомії по типу Білрот-2 при кровоточивих та стенозуючих виразках дванадцятипалої кишки розроблено спосіб клапанного гастроентероанастомозу, який виконується за допомогою клапанних швів, доповнюється дуоденоєюностомією та СВ (Спосіб хірургічного лікування стенозуючих дуоденальних виразок, що кровоточать. Деклараційний патент України № 41517А). Розподіл за віковим складом показав, що АЕ+ВТ виконується у хворих середнього та похилого віку, в той час, як СПВ застосовується у хворих молодшого віку. При застосуванні АЕ+ВТ кількість післяопераційних ускладнень та летальність достовірно менша, ніж при застосуванні резекції шлунку. В групі хворих, яким виконувалась АЕ+СВ, відсутні незадовільні результати в післяопераційному періоді.

## **КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

*Бараннік А.С., студ. 5-го курсу*

*Науковий керівник – канд. мед. наук, асист. Барвінський В.М.  
Дніпропетровська медична академія, кафедра хірургічних хвороб*

Захворюваність на гострий панкреатит посідає третє місце серед гострих захворювань органів черевної порожнини та найчастіше виникає у пацієнтів у віці від 30 до 60 років, при цьому частіше переважає гострий некротичний панкреатит, який вимагає невідкладного хірургічного втручання, має до 78% гнійно-септичних ускладнень та сепсису, що є причиною післяопераційної летальності

Метою роботи було вивчити клінічну ефективність використання препарату цефоперазон-КМП в комплексній терапії хворих на гострий панкреатит.

Ефективність дії препарату вивчена у 42 хворих на гострий панкреатит. Серед них чоловіки склали групу із 20 хворих, жінки - 22. Вік хворих від 25 до 84 років. Хворі отримували традиційну адекватну терапію у повному обсязі, за показаннями виконували адекватне оперативне втручання. Препарат призначали у рекомендованому дозуванні (по 1,0-2,0 x 2 р. на добу внутрим'язово протягом 7-10 діб). Результати лікування (клінічний перебіг, зміни лабораторних показників) фіксували в спеціальних протоколах дослідження і аналізували. Враховуючи, що пацієнти в основному (до 70%) потрапляли до стаціонару протягом перших годин та діб від початку захворювання, призначення препарату протягом першої доби лікування у стаціонарі дозволило уникнути у них розвитку гострого деструктивного процесу у підшлунковій залозі, купірувати гостре запалення та уникнути оперативного втручання. Оперовано 3 чоловіків, з них 2 потрапили до стаціонару через 48 та 96 годин від початку захворювання з уже вираженими клінічно явищами деструкції у залозі і були прооперовані протягом першої доби після госпіталізації. Призначення їм препарату дозволило ефективно санірувати вогнище деструкції, купірувати основні явища запалення протягом перших 3 і 4 діб, запобігти можливості повторних саніруючих оперативних втручань. Тільки у одного пацієнта, який отримував лікування цефоперазоном-КМП через 10 діб виникла необхідність оперативного втручання з приводу дренивання вогнища деструкції та видалення секвестрованих некротичних ділянок залози, при цьому відзначено добре сформоване гнійно-некротичне ложе без ознак розповсюдження процесу.

Раннє призначення препарату цефоперазон-КМП (до переходу захворювання у стадію запальних та місцевих гнійно-деструктивних змін) дозволяє не тільки попередити перехід захворювання у гнійно-деструктивну стадію, але й у випадку розвитку деструкції отримати чітко відмежовану зону некро-

тичних змін, усунути небезпеку розповсюдження деструкції, запобігти повторних оперативних втручань.

Особливо ефективним може стати використання препарату в комплексі з методами екстракорпоральної детоксикації (УФО крові, гемосорбція, плазмаферез), препаратами, що поліпшують мікроциркуляцію у підшлунковій залозі та суміжних органах а також гепатотропною терапією.

## **ГЕПАТОРЕНАЛЬНИЙ СИНДРОМ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ**

*Родинська Г.О., магістр*

*Науковий керівник – д-р мед.наук Баранник С.І.*

*Дніпропетровська медична академія, кафедра хірургічних хвороб*

Гострий холецистит посідає друге місце серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, на долю якого припадає 25,6% всіх ургентних оперативних втручань. Багаточисельні форми ураження нирок при патологічних процесах у печінці, накладають певний відбиток на перебіг захворювання і постійно привертають увагу дослідників.

Метою роботи було вивчити функціональний стан печінки і нирок при гнійно-деструктивній формі гострого холециститу.

Проведено обстеження 130 хворих на гострий холецистит, які перебували на стаціонарному лікуванні у клініці хірургічних хвороб міського центру невідкладної медичної допомоги. Серед них було 70 жінок та 60 чоловіків. Вік пацієнтів складав від 21 до 74 років. Серед них оперовано 92 пацієнти (73,6%), при цьому гнійно-деструктивні ураження жовчного міхура були відзначені у 75% пацієнтів. Перебіг захворювання за “септичним” типом відзначався більш суттєвими та вираженими змінами функціонального стану печінки та нирок. Так, відзначено збільшення вмісту білірубіну у крові до  $30,81 \pm 1,03$  мкмоль/л (у 1,5 рази), а у 4 випадках до 80-132 мкмоль/л (пацієнти із явищами холестазу та холангіту), підвищенням показників АСТ і АЛТ на  $25 \pm 4\%$ . Відзначено також порушення ниркового кровотоку із зменшенням клубочкової фільтрації на  $18,3 \pm 3,4\%$  та канальцевої реабсорбції - на  $6,4 \pm 1,2\%$ . З боку ниркового комплексу відзначено підвищення азотистих шлаків на  $76 \pm 12,5\%$ . Вивчення методом реографії динаміки змін кровотоку у 46 хворих на гострий холецистит, яким було виконано оперативне втручання (холецистектомія), показало, що у всіх пацієнтів віком до 60 років рівень печінкового кровотоку був знижений в середньому у 1,5 рази, а у хворих віком понад 60 років - у 3 рази порівняно із контрольною групою.

**Висновки.** Гнійно-деструктивні форми гострого холециститу, які найчастіше супроводжуються септичним перебігом, значно відбиваються на функціональному стані печінки і нирок, до нервово-рефлекторного механізму приєднується токсичний вплив на органи виділення. Порушення кровотоку у печінці при гнійно-деструктивних формах гострого холециститу тривають протягом 7 діб у післяопераційному періоді, що також негативно впливає на

функційний стан печінки і нирок. Отримані дані, дають підставу для включення до комплексної терапії пацієнтів із гострим холециститом, поряд із дезінтоксикаційними заходами, препаратів, які поліпшують печінковий і нирковий кровотік, а у випадках призначення антибактеріальної терапії - виключати призначення нефротоксичних препаратів.

## **РОЛЬ АУТОЛЕЙКОЦИТАРНОЇ ПЕРФУЗІЇ ЛІКІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ**

*Дмитренко С.С., мол.наук.спів.*

*Науковий керівник - директор, професор Бойко В.В.*

*Харківського інституту невідкладної та загальної хірургії*

Для корекції ендотоксикозу, прискорення очищення ран і профілактики ампутацій кінцівок у 60 хворих із синдромом діабетичної стопи (СДС) використано новий спосіб лікування (Патент №46394-А), в якому здійснюється аутолейкоцитарна перфузія інсуліну, цефтріаксону, гепарину та даларгіну у стегневу артерію з боку ураження. Лейкоцити використовуються як контейнери для доставки ліків у осередок запалення, забезпечують тривалий терапевтичний ефект.

Встановлено, що зазначена методика лікування скорочує терміни загоєння гнійно-некротичних ран на 10-13 днів. Знайдено покращення показників кровоплину. Так, плечо-щиколотковий індекс та реографічний індекс на гомілках дівстав норми через 20 діб у хворих з нейропатичною стопою та на 30 добу лікування за наявності у пацієнтів нейроішемічної стопи, відповідно у групі контролю на 30 та 43 добу лікування. Крім того, зазначений спосіб лікування значно скорочує кількість ін'єкцій на добу лише одну), скорочує вартість лікування на 40-50 відсотка за рахунок використання недорогих препаратів і зменшення їх кількості (разова доза стає добовою). Зменшення кількості добових ін'єкцій знижує травматичність лікування.

Отже, з точки зору запобігання ампутації кінцівок у пацієнтів із СДС застосування аутолейкоцитарної перфузії ліків є стратегічно важливим і економічно оправданим і є одним із завдань, намічених Сент-Вінсентською Декларацією.

## **Анестезіологія та травматологія**

### **ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ХІРУРГІЧНОЇ ШИЙКИ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ**

*Полторацький В.А., студ. 6-го курсу*

*Науковий керівник – Шищук В.Д.*

*СумДУ, кафедра анестезіології та реаніматології*

Діагностика та лікування переломів хірургічної шийки плеча часом

викликають труднощі у лікарів. Ці переломи найбільш часто зустрічаються в осіб працездатного та похилого віку. Недіагностовані переломи і неправильно проведене лікування призводять до деформації верхньої третини плеча, не повного об'єму рухів в плечовому суглобі та зниженню працездатності. Переломи хірургічної шийки плеча зустрічаються у 6,6% хворих.

Ми спостерігали 206 хв., що знаходились на лікуванні в І міській лікарні в період з 2001 року по 2003 рік, які склали 12,3% від усіх хворих з переломами верхніх кінцівок і 23,3% від хворих з переломами плечової кістки.

112 (54,3%) хв. отримали амбулаторне і 94 (45,6%) стаціонарне лікування. За віком хворі розподілялися так: від 21р до 30 р. 29(14%), від 31 до 40 р. 37(17,9%), від 41 до 50 р. 25(12,1%), від 51 до 60 р. 22(10,6%), від 61 і більше 93 (45,1%).

Переломи хірургічної шийки плечової кістки виникли при падінні з різної висоти у 142 хв., після транспортної травми у 54 хв., при виконанні с/х робіт у 10 хв.. Абдукційний перлом спостерігався у - 117 хв., аддукційний у - 62 хв., вколочений у - 27 хв.. У всіх випадках переломів проводили місцеве знеболення та одномоментну ручну репозицію кісткових відламків. Торакобрахіальну пов'язку застосовували у 168 хв., відвідну шину у - 12 хв.. У людей похилого віку (26) пошкоджену кінцівку фіксували за допомогою косинкової пов'язки. З 94 стаціонарних хворих у 52 проведене оперативне лікування. Фіксацію відламків спицями Кіршнера проводили у 35 хв., стержнем Богданова у 17 хв.. Зовнішня іммобілізація гіпсовою лонгеткою пов'язкою складала 4-6 тижнів. Велика увага приділялась фізіотерапевтичним методам лікування та ЛФК.

У 86 хворих після консервативного і у 47 після оперативного лікування вивчені віддалені результати.

## **ПРОВОДНИКОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

*Новицкая М.А., студ. 6-го курса*

*Научный руководитель – доцент Шишук В.Д.*

*СумГУ, кафедра анестезиологии и травматологии*

В настоящее время при операциях на опорно-двигательном аппарате применяется как местная, так и общая анестезия. Целесообразным видом обезболивания при операциях на конечностях является проводниковая анестезия, которая способна не только обезболить, но и расслабить мышцы.

Нами было произведено 102 анестезии: на верхней конечности 79, а на нижней 23. Для анестезии мы применяли новокаин. Наиболее оптимальным для анестезии и релаксации является двухпроцентный раствор, применённый нами у 90 больных. Для удлинения действия и уменьшения токсических явлений от применения новокаина к раствору добавляли адреналин. Перед инъекцией анестетика у 43 больных получена однократная, у 40 – двукратная, у 11 – трёхкратная парестезия. Не было получено парестезии у 8 больных. Скры-



тый период от 5 до 10 минут был у 54, от 11 до 15 минут – у 40, от 16 до 20 минут - у 9 больных.

Длительность анестезии в зависимости от цели операции, количества и концентрации анестетика, наличия адреналина в растворе была различной: до 45 минут – у 4, от 46 до 60 – у 33, от 61 до 75 – у 18, от 76 до 90 – у 16, от 91 до 120 и более минут – у 10 больных. Удовлетворительная анестезия была у 19, хорошая – у 81 больного. Расслабление мышц наступило у 94, релаксации не было у 8 больных, которым вводили 1% раствор ново-каина. Побочных явлений от проводниковой анестезии мы не наблюдали. Но во время анестезии наблюдалось учащение пульса на 5-10 ударов в минуту и повышение АД на 10-20 мм рт.ст

Анализ эффективности проводниковой анестезии у травматологических больных показывает, что этот вид анестезии является наиболее целесообразным при операциях на конечностях, обеспечивая как анестезию, так и релаксацию.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

*Лыхобаба Н.П., студ. 5-го курса*

*Научный руководитель – доц. Шишук В.Д.*

*СумГУ, кафедра анестезиологии и реаниматологии*

Около 10 % всех травм опорно-двигательной системы составляют травмы позвоночника. Среди всех повреждений позвоночника наибольшую группу представляют переломы в нижнегрудном (Th<sub>9</sub> – Th<sub>12</sub>) и поясничном (L<sub>1</sub> – L<sub>5</sub>) отделах позвоночника 80 – 87,5 %.

Проведен анализ лечения переломов нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника у 56 пациентов находившихся в областном ортопедо-травматологическом центре за 2003 год. Мужчин было 42 (75%), женщин – 14 (25%). Возраст пострадавших колебался от 17 до 65 лет. Чаще всего травмировались лица до 35 лет – 44 (78,5%) человек.

У обследованных нами больных наиболее часто повреждался I поясничный – у 19 (34 %) и XII грудной позвонки – 15 (26,8%), L<sub>2</sub> позвонок был травмирован у 8 (14,3 %), Th<sub>12</sub> – у 5 (9 %), L<sub>3</sub> – у 3 (5,4%); одинаково часто встречался перелом L<sub>4</sub> и L<sub>5</sub> позвонков – по 2 (3,6 %), а также - Th<sub>10</sub> и Th<sub>9</sub> позвонков - по 1 (1,8 %).

Консервативная терапия была проведена у всех пациентов. Из консервативных способов лечения мы применяли укладку пострадавших на функциональную койку со щитом, на реклинатор, блокаду мест переломов, активное

физио-терапевтическое воздействие, проводили симптоматические мероприятия.

## **КОНСЕРВАТИВНЫЕ И ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧА**

*Гоман А.В., студ. 6-го курса*

*Научный руководитель – доц. Шишук В.Д.*

*СумГУ, кафедра анестезиологии и реаниматологии*

Традиционные консервативные и оперативные методы лечения диафизарных переломов плеча имеют большое количество недостатков и осложнений. Консервативные методы лечения иммобилизацией гипсовой повязкой двух суставов трудно переносятся больными, особенно пожилыми и тучными.

Оперативные методы требуют значительного материального обеспечения, риск осложнений при них значительно выше.

В то же время, можно добиться тех же результатов излечения с помощью консервативно-функционального метода, при этом отсутствуют осложнения, вызванные длительной иммобилизацией суставов гипсовой повязкой или операционные и послеоперационные осложнения остеосинтеза. В данной работе проанализирован опыт лечения больных с диафизарными переломами плечевой кости консервативно-функциональным методом в условиях ортопедо-травматологического отделения ЦГКБ №1.

## **ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ СРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ**

*Змысля И.Ф., клинический ординатор*

*Научный руководитель – доц. Шишук В.Д.*

*СумГУ, кафедра анестезиологии и реаниматологии*

В большинстве случаев переломы среднего отдела стопы являются внутрисуставными. При этих переломах часто нарушаются анатомические соотношения в суставах Лисфранка и Шопара, что в дальнейшем ведет к таким серьезным нарушениям, как ограничение прокации, супинации, приведения и отведения стопы, к длительной хромоте, болям, потере трудоспособности, а иногда и к инвалидности.

Классификация:

- переломы ладьевидной кости (встречаются в 2,2 – 2,5% от всех переломов костей стопы);
- переломы клиновидных костей (изолированные переломы встречаются крайне редко, чаще всего сочетается с вывихами плюсневых костей в суставе Лисфранка);
- переломы кубовидной кости (являются ключом к наружному своду стопы и ломаются очень редко).

**Клиника.** В зависимости от локализации травмы (одной кости, сочетанные повреждения, переломовывихи )

**Лечение.** Консервативное – чаще при переломах без смещения или если имеются противопоказания к оперативному лечению.

Оперативное лечение – при переломах со смещением, при сочетанных травмах.

**Прогноз.** При своевременной диагностике и лечении - благоприятный в отношении восстановления трудоспособности.

## **ПЕРЕЛОМЫ ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА**

*Ступин А.Б., клинический ординатор*

*Научный руководитель – доц. Шишук В.Д.*

*СумГУ, кафедра анестезиологии и реаниматологии*

Частота переломов локтевых отростков 0,85 - 1,5% по отношению ко всем переломам. За 2002 - 2004 г.г. в травматологическом пункте 1-й городской клинической больницы зарегистрировано 37 больных с этой патологией. 14 из них было направлено в стационар для оперативного лечения.

Механизм травмы: прямой удар – следствие падения на локоть или удара по локтевому отростку при согнутом предплечье.

Степень смещения отломков зависит от характера разрыва бокового связочного аппарата.

Переломы локтевого отростка, кроме отрывных, как правило, являются внутрисуставными.

Амбулаторно консервативно лечатся отрывы незначительных костных фрагментов верхушки отростка, переломы без смещения и с незначительным диастазом между отломками (до 1 мм). Фиксация задней гипсовой шиной, в положении сгибания предплечья до  $90^0$  -  $100^0$  и супинации на 4–5 недель.

Переломы со смещением лечатся оперативно; чаще используют металлоостеосинтез по Веберу (двумя спицами и серкляжем) или МОС винтом.

При своевременной диагностике и адекватном лечении прогноз благоприятный, функции в локтевом суставе восстанавливаются полностью.

## **ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТОВ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМОЙ**

*Попадюк С.П., студ. 5-го курса*

*Научный руководитель – доц. Шишук В.Д.*

*СумГУ, кафедра анестезиологии и реаниматологии*

Цель данной работы – показать целесообразность и эффективность применения методов внеочаговой фиксации костных отломков на ранних этапах оказания врачебной помощи у больных с политравмой, для профилактики возникновения тромбоэмболических осложнений и дальнейшего лечения.

Технократический путь развития общества ведет к неуклонному росту травматизма и придает все большую актуальность всем аспектам проблемы травматической болезни. От тяжелых осложнений травматической болезни погибает от 15 до 20% пострадавших с политравмой. Одним из этих ослож-

нений являється синдром жирової емболиї (СЖЭ).

Рання оперативна стабілізація переломів являється важливим заходом для профілактики жирової емболиї після скелетної травми. Поєднання необхідності як можна раніше провести малоінвазивний остеосинтез

Переваги методу: стійкість фіксації переломів, мінімальна травмація м'яких тканин, можливість одночасної репозиції сміщених отломків при діафізарних переломах, відносна простота техніки накладання апарату, низький відсоток інфекцій пов'язаної з фіксацією апаратом, легко здійснюваний доступ до м'яких тканин при комбінованих ураженнях. Стабільна фіксація апаратом і швидкість накладання дозволяють звести до мінімуму ризик виникнення СЖЭ.

Наш досвід показав, що використання даних апаратів для лікування і профілактики СЖЭ, особливо у хворих з політравмою, виявилася ефективною, що дозволило рекомендувати їх до більш широкого застосування в травматологічній практиці.

## **КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ГІПЕРМОБІЛЬНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ**

*Брага Т.В., студ. 5-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Шишук В.Д.*

*СумДУ, кафедра анестезіології і реаніматології*

Гіпермобільний синдром (ГМС) – один з головних проявів дисплазії сполучної тканини, характеризується підвищеною амплітудою рухів в суглобах, їх нестабільністю в поєднанні зі змінами суглобової і м'язової систем. ГМС може бути причиною багатьох патологічних синдромів ураження опорно-рухового апарату і таких хвороб як хронічні артрити, остеоартроз, анкілозуючий спонділіт і ін.

Представлений аналіз обстеження 27 дітей і підлітків з ГМС в віці від 4 до 16 років. Хлопчиків було 16, дівчаток – 11.

Хворі пред'являли скарги на біль в суглобах, переважно колінних і гомілковоступневих (51,9 %). У переважній більшості – 18 (66,7 %) пацієнтів артралгії ні з чим не були пов'язані, у п'яти (18,5 %) – біль виникав після фізичних навантажень, у чотирьох (14,8 %) – біль в суглобах пов'язаний зі зміною погоди.

Припухання суглобів під час артралгії виникало у восьми (29,6 %) хворих. У семи (26 %) обстежених дітей мав місце грубий хруст в колінних суглобах. У п'яти (18,5 %) пацієнтів була диспластична конфігурація колінних суглобів. У всіх пацієнтів з ГМС відмічались різного ступеня вираженості стигми дизембріогенезу.

Серед обстежених дітей легка ступінь ГМС виявлена у 6 (22,2%), виражена – у 18 (66,7 %), генералізована – у 3 (11,1 %). Найбільш важкі зміни

були в суглобах верхньої кінцівки. Виражена і генералізована ступені ГСМ зустрічалися в віці до 11 років.

ГСМ відносно нова нозологія і потребує подальшого дослідження.

**АНАЛІЗ ЗАХВОРИЮВАНOSTІ ЖИТЕЛІВ М. СУМИ НА  
СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ ПО МАТЕРІАЛАМ МІСЬКОГО  
УРОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ СУМСЬКОЇ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ  
ЗА 5 РОКІВ (1999-2003РР.)**

*Алі Хасан Самман, клін. ординатор; Ніколаєнко В.О., зав. урологічним відділенням; Бавикін Е.М., Романюк К.А., Каушан С.С., студ. 5-го курсу  
Наукові керівники: доц. Шищук В.Д., Фоменко В.І.*

*СумДУ, кафедра травматології та ортопедії, курс урології*

За 5 років в урологічному центрі м. Суми лікувалось 2712 хворих із сечокам'яною хворобою, що складає на 100 000 населення 112,4%. А з приводу ниркової коліки на ґрунті сольового діатезу лікувалось 655 хворих. Кількість хворих з кожним роком в відділенні зростає на 20%. Більшість складають хворі в віці 45-60 років. В структурі захворюваності основну частину складають хворі з каменями сечоводів (1436 чоловік).

До 30% були хворі з ускладненнями: гострий пієлонефрит, апостематозний пієлонефрит, карбункул нирки, бактеріємійний шок, олігурія та анурія. Особливо тяжкими хворими були хворі на камені нирок, камені обох нирок, 26% їх було прооперовано. 33% хворих з каменями однієї нирки були оперовані. 14% цих хворих були направлені на дистанційну літотрипсію в м. Київ. Камені сечоводів лікувались в основному консервативно, якщо не було ускладнень. В 8% хворих була проведена літоекстракція із тазового відділу сечоводу петлею.

Більше 21% хворих з каменями нирок і сечоводів була показана літотрипсія, але невиконана по матеріальним і соціальним причинам. Оперативні методи лікування склали 24,9%. Під час операції і в післяопераційному періоді хворим проводилась антибактеріальна терапія внутрішньовенно (Зінацеф, Тіенам, і подібне), що дало змогу провести післяопераційний період без ускладнень, скоротивши ліжко/день на 24%. Ускладнення після операції: 1 випадок тромбозу маленьких гілочок легеневої артерії з видуженням. Смертності не було.

Ми масмо вже достатній результат проведення протирецидивної терапії (метафілактики) сечової хвороби, яка проводиться індивідуально.

Висновки:

1. Кількість хворих з сечокам'яною хворобою та її ускладненнями зростають.

2. При умові проведення інтенсивної антибактеріальної терапії під час операції та в післяопераційному періоді, внутрішньовенно, дозволило скоротити ліжко/день, уникнути летальності.

3. При умові проведення індивідуальної протирецидивної терапії сечокам'яної хвороби % рецидивів знижується.

4. Наявність в м. Суми апаратів літотрикторів зумовить зменшення кількості оперативних втручань на сечових шляхах шляхах та дасть змогу уникнути утворенню кораловидних каменів.

## **СИНДРОМ «СУХОГО ОКА»: ХВОРОБА ЦИВІЛІЗАЦІЇ**

*Синенко С.О., лікар-інтерн, СОКЛ*

*Науковий керівник – Якубовська Т.В.*

*СумДУ, кафедра травматології та ортопедії, курс офтальмології*

Протягом останніх років все більшої актуальності щодо практичної медицини набуває проблема діагностики і лікування синдрому «сухого ока» (ССО). Зацікавленість даною патологією зросла у зв'язку зі збільшенням кількості етіологічних чинників, що викликають захворювання. В першу чергу до них належить широке розповсюдження комп'ютерної техніки, кондиціонерів, котрі сприяють розвитку так званого «очного офісного і моніторного» синдрому. З розвитком офтальмохірургії окремо виділяють післяопераційний транзиторний синдром «сухого ока».

ССО – комплекс ознак явного чи латентного рогівкового або рогівково-кон'юнктивального ксерозу, патогенетично обумовленого тривалим порушенням стабільності слізної плівки.

Діагностичний процес стосовно пацієнтів із ССО в умовах ВМХО СОКЛ включає наступні етапи:

- цілеспрямований розпит хворого;
- «прицільна» біомікроскопія переднього сегменту очного яблука з використанням вітальних барвників;
- Постановка проб по M.S. Norn, O. Schirmer, L.T. Jones.

У лікуванні хворих використовувались препарати «штучної сльози» на основі гідрофільних полімерів: «Офтагель» («Santen»), «Tears Naturale» («Alcon»), «Lacrisifi».

Під час аналізу результатів комплексного лікування хворих ССО з призначенням «Tears Naturale» зроблено наступні висновки:

1. Штучна сльоза доповнює об'єм рідини в кон'юнктивальній порожнині, якого бракує; взаємодіє з компонентами природньої сльози, утворюючи стабільний шар на поверхні рогівки.
2. Препарат фізіологічно сумісний.
3. Штучна сльоза підвищує зволоженість рогівки, стабільність слізної плівки, що підтверджує такий показник, як час розриву слізної плівки.

## **ОЦЕНКА БОЛИ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ КОКСАРТРОЗЕ III СТЕПЕНИ МЕТОДОМ МНОГОМЕРНОЙ СЕМАНТИЧЕСКОЙ ДЕСКРИПЦИИ**

**Баклаенко Д.И., студ. 5-го курса; Синегубов Д. А., аспирант  
кафедры травматологии и ортопедии  
Научный руководитель - проф. Лоскутов А.Е.  
Днепропетровская государственная медицинская академия,  
кафедра травматологии и ортопедии**

Заболевания и повреждения тазобедренного сустава по уровню инвалидизации пациентов и тяжести функциональных нарушений стоят на первом месте в структуре ортопедической патологии. По данным Гайко Г.В. (2000), в Украине ежегодно регистрируется 330 тыс. заболеваний опорно-двигательной системы, среди которых патология тазобедренного сустава составляет 60%. Болевой синдром является неотъемлемой частью синдрома комплекса патологии тазобедренного сустава. В ряде случаев боль преобладает в клинической картине заболевания, являясь показанием к оперативному лечению.

Степень проявления боли индивидуальна и зависит от характера нозологии, уровня порога болевой чувствительности, психо-эмоционального статуса пациента и других факторов. В связи с этим возникает необходимость в объективной оценке боли у конкретного больного. Для реализации этой задачи применяются различные системы оценки. Так, например, разделение уровня боли по баллам входит в известные ортопедам авторские системы оценки функции тазобедренного сустава. По шкале Harris боль оценивается от 0 до 40 баллов, в шкале Marle D'Aubigne, Judet боль имеет оценку от 0 до 6 баллов. Универсальной, максимально упрощенной, но в то же время не лишенной многих недостатков, является Визуальная Аналоговая Шкала (ВАШ) представляющая собой прямую линию с нанесенными на нее делениями от 0 до 10. Начальная точка обозначает отсутствие боли, конечная - невыносимую боль. Для независимой оценки многомерного болевого феномена R. Melzack и W.S. Torgerson составили опросник, получивший название "Мак-Гилловский болевой опросник" (McGill Pain Questionnaire - MPQ). Обработка данных сводится к получению показателей: ранговый индекс боли (РИБ) и числа выбранных слов (ЧВС). В.В. Кузьменко и соавт. (1986) разработали адаптированный вариант Мак-Гиллового опросника. Последний вместе с ВАШ и был применен в нашем исследовании.

Проведено исследование болевого синдрома у 26 пациентов: 6 мужчин и 20 женщин. Возраст пациентов от 54 до 72 лет, (в ср. 63 года). У всех пациентов диагностирован двусторонний коксартроз III степени. Всем пациентам выполнена операция тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Оперировался сустав с более выраженной болевой симптоматикой и функциональными нарушениями. По Мак-Гилловскому опроснику и ВАШ перед операцией для оперируемой конечности РИБ составлял от 10 до 61 (в ср. 39), ЧВС от 4 до 20 (в ср. 15), по ВАШ от 4 до 10 (в ср. 7,35), для неоперируемой конечности РИБ от 0 до 58 (в ср. 26,6), ЧВС от 0 до 20 (в ср. 11), по ВАШ от 0 до 10 (в ср. 4,85), для поясницы РИБ от 0 до 58 (в ср. 32,6), ЧВС от 0 до 20 (в ср. 13), по ВАШ от 0 до 10 (в ср. 4,54). Через 3 месяца после операции паци-

енты не отмечали боли в оперированном суставе, в неоперированном суставе РИБ составил от 0 до 68 (в ср. 34,45), ЧВС от 0 до 20 (в ср.12), по ВАШ от 0 до 10 (в ср. 6,72), для поясницы РИБ от 0 до 60 (в ср. 24,54), ЧВС от 0 до 20 (в ср. 10), по ВАШ от 0 до 7 (в ср. 4,3).

Таким образом, у больных с двухсторонним коксартрозом III степени операция тотального эндопротезирования тазобедренного сустава позволяет устранить боль в оперированном суставе, снизить болевой синдром в поясничной области; после операции болевой синдром в контролатеральном суставе усиливается, что в свою очередь является показанием к оперативному лечению.

### **ЗНЕБОЛЮВАННЯ КЕТОРОЛАКОМ ПРИ ПОЛІТРАВМІ У ДІТЕЙ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ**

*Лапін П.В., Гончар В.В., Стариченко С. М., Шевченко Т.С.,  
Покотцька О.Б., Костюкова Д.М., студенти 4-го курсу; Русанюк В.Ю.  
Науковий керівник – доц. Ярославська С.М.*

*Національний медичний університет, кафедра анестезіології та  
реанімації (зав. каф. – проф. Глумчер Ф.С.)*

Проведена оцінка клінічної ефективності та безпечності знеболюючого ефекту ненаркотичного анагетика кетанова (кеторолака трометаміну) у 89 дітей з політравмою віком від 6 до 15 років в післяопераційному періоді. Інтенсивність больового синдрому оцінювали протягом 24 годин за вербальною аналоговою шкалою, індексу болу за шкалою Хосслі-Бергмана. Проводили неінвазивний моніторинг артеріального тиску, пульсоксиметрію, частоту серцевих скорочень. Кеторолак вводили внутрішньом'язово від 0,5 мг/кг до 1 мг/кг маси тіла, за 20 хвилин до закінчення оперативного втручання. У 8 дітей, враховуючи вихідний рівень патології ЦНС, кетанов комбінували з сибазоном (0,2 мг/кг маси тіла).

Повне знеболнення отримали у 39 (43,8%) дітей, добре – у 28 (31,4%), задовільне – у 15 (16,8%), незадовільне – у 7 (8%).

Кетанов (кеторолака трометамін) має високу клінічну ефективність при лікуванні больового синдрому в післяопераційному періоді. В багатьох випадках кетанов може замінити введення наркотичних анальгетиків. Дія кетанова пролонгується бензодіазепіновими препаратами.

### **ВИКОРИСТАННЯ АНЕКАЇНА В АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

*Солозуб Г.Є., Криворучко В.С., Гуцол О.М., Богославская І.В.,  
студенти 4-го курсу; Мельник О.П.*

*Науковий керівник – доц. Ярославська С.М.  
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця*



***Кафедра анестезіології та реанімації  
(зав. кафедрою проф. Глумчер Ф.С.)***

Спінальна анестезія – метод вибору у пацієнтів похилого віку з супутньою патологією і з протипоказаннями до проведення наркозу.

Було проведено 38 спінальних анестезій 0,5% анекаїном (бупівакаїном) у пацієнтів 58 – 69 років, що оперувались з приводу перелому шийки стегнової кістки. За 45 хв до проведення спінальної анестезії виконувалась внутрішньом'язева премедикація, на операційному столі безпосередньо перед операцією вводився сибазон в кількості 2, 5 мл, що необхідно для створення психоемоційного комфорту. Спінальна анестезія анекаїном проводилась між 3 і 4 поперековими хребцями, в кількості 7 -12 мл, ефективність визначалась за суб'єктивними враженнями хворого. Тривалість анестезії складала 3 -3,5 години, анальгетичний ефект зберігався протягом 2 годин після проведення операції. Для попередження гіпотензії під час анестезії вводилось 500 – 800 мл фізіологічного розчину.

Під час проведення операції підтримувався безперервний контакт з пацієнтом. Проводився неінвазивний моніторинг показників пульсу, артеріального тиску, ЕКГ, частоти дихання, що дозволяло своєчасно визначити ускладнення та провести їх корекцію.

**ВІДНОВЛЕННЯ ОПОРНОЇ ФУНКЦІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК ПРИ  
ДЕЯКИХ ФОРМАХ КОКСАРТРОЗУ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО  
ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ**

***Зуб Т.А., Шинкаренко М.М., Носивець Д.С.***

***Науковий керівник – Синегубов Д.А.***

***Дніпропетровська державна медична академія, Україна***

***Кафедра травматології та ортопедії***

***(зав. – д-р мед. наук, проф. Лоскутов О.Є.)***

**Мета:** Вивчити динаміку відновлення функції опори кінцівки у хворих на диспластичний та ідіопатичний коксартроз III ст після тотального ендопротезування.

**Матеріали та методи.** Використовувався метод статометрії з одними підлоговими вагами та двома підставками за методом Гурфінкеля- Сисіна, яка базується на реєстрації навантаження на нижні кінцівки, а також на передні та задні відділи стопи. Кожне вимірювання проводилося на протязі 2 хвилин, результати фіксувалися кожні 15 секунд. Визначалися середні значення розподілу навантаження на кожную кінцівку залежно від проценту маси тіла пацієнта.

Було обстежено 2 групи пацієнтів з диспластичним (ДК) та ідіопатичним (ІК) коксартрозом, яким проводилося однобічне тотальне ендопротезування кульшового суглоба. З діагнозом ДК було обстежено 17 пацієнтів, з них чоловіків 2 (11,7%), жінок 15 (88,3%), середній вік в групі склав 44 роки. З діагно-

зом ІК було обстежено 16 пацієнтів, з них чоловіків 6 (35%) жінок 10 (65%), середній вік в групі був 57 років.

**Результати та їх обговорення.** До проведення операції в групі ДК середнє навантаження на уражену кінцівку склало  $43,76 \pm 6,6\%$ , через два тижні після операції ендопротезування кульшового суглобу -  $26,07 \pm 5,12\%$ , через два місяці -  $41,08 \pm 6,58\%$ , через 6 місяців -  $47,3 \pm 1,73\%$ .

У групі хворих на ІК до операції середнє навантаження на уражену кінцівку склало  $45,22 \pm 6,13\%$ , через два тижні після операції -  $21,96 \pm 6,02\%$ , через два місяці -  $32,09 \pm 6,5\%$ , через півроку  $38,43 \pm 8,72\%$ .

**Висновки.** Таким чином, в групі хворих на ДК, відмінно від групи хворих на ІК, відновлення опорної функції оперованої кінцівки має більш сприятливі умови завдяки молодому віку, меншому залученню у патологічний процес інших ланок ланцюга "поперек – нижні кінцівки". При ІК частіше спостерігається ураження інших суглобів нижніх кінцівок та поперекового відділу хребта, що впливає на динаміку відновлення опорної функції нижньої кінцівки.

## ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБЩЕГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА БОЛЬНЫХ СТРИКТУРАМИ УРЕТРЫ

*Кривобок А.Г., аспирант*

*Научный руководитель – проф. Гузенко В.Н.*

*Донецкий медицинский университет им. М. Горького,  
кафедра урологии и оперативной нефрологии*

Стриктуры мочеиспускательного канала – хроническая форма заболевания, характеризующаяся адаптивными сдвигами в различных системах гомеостаза, особенно иммунной. По нашим данным, реакции иммунной системы у больных со стриктурами мочеиспускательного канала четко коррелируют с развитием и степенью тяжести патологического процесса. Интенсификация деятельности иммунной системы начинает отмечаться в начальных стадиях развития болезни. При неосложненных стриктурах в периферической крови появляются в большом количестве активированные клетки с ассоциирующими акроцентрическими хромосомами, являющиеся вторичными малыми лимфоцитами. Увеличивается уровень интерлейкинов и фактора некроза опухолей, участвующих в регуляции иммунного ответа. С нарастанием тяжести заболевания у больных с осложненными стриктурами мочеиспускательного канала регистрируется развитие вторичного иммунодефицита по смешанному типу. У больных в крови происходит перераспределение частот активированных и неактивных лимфоцитов в сторону снижения количества активированных. Уменьшается субпопуляционный состав лимфоцитов, угнетается функциональная активность Т-хелперов/индукторов и В-клеток. Происходят адаптивные сдвиги на уровне целостного организма, препятствующие ликвидации неблагоприятных факторов. Возникает замкнутый круг, жизнедеятельность организма переходит на новый уровень хронизации патологиче-

ского процесса. В этом случае самостоятельное выздоровление больного невозможно, что требует искусственной синхронизации функций систем гомеостаза.

## **Профілактична дисципліна**

### **АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ СУМСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Аль-Таххан И.Г., студ. 6-го курса*

*Руководитель – Павлычева С.В.*

*СумГУ, кафедра социальной медицины*

В 2003 г. при показателе младенческой смертности (МС) в Сумской области 10,8 %о (n = 15943) наблюдалось значительное колебание уровня этого показателя по сельским районам. Белопольский: 23,6 %о, n=394; Буринский: 7,9 %о, n=236; В.-Писаревский: 5,6 %о, n=178; Глуховский: 6,2 %о, n=472; Конотопский: 9,9 %о, n=813; Краснопольский: 19,4 %о, n=220; Кролевецкий: 21,2 %о, n=353; Лебединский: 5,3 %о, n=383; Л.-Долинский: 12,3 %о, n=171; Недригайловский: 5,5 %о, n=185; Ахтырский: 10,0 %о, n=630; Путивльский: 0,0 %о, n=201; Роменский: 7,3%о, n=714; С.-Будский: 28,4 %о, n=164; Сумский: 15,2 %о, n=498; Тростянецкий: 11,2 %о, n=277; Шосткинский: 7,6 %о, n=674; Ямпольский: 14,6 %о, n=254.

Таким образом, показатель колебался от 0,0 %о в Путивльском р-не до 28,4 %о в С.-Будском р-не. Такие значительные колебания, возможно, обусловлены сравнительно небольшими статистическим совокупностями, из которых рассчитан данный показатель (n колеблется от 164 до 813). Поэтому нашей целью было определить достоверность разности показателей МС в сельских районах с показателем МС в целом в области.

Оказалось, что различия статистически не достоверны ( $t < 2,0$ ;  $p > 0,05$ ) для всех сельских районов. Таким образом, значительные колебания младенческой смертности по регионам Сумской области обусловлены сравнительно небольшим числом живорожденных в сельских районах в течение года. Поэтому для анализа смертности детей до года недостаточно пользоваться только показателем МС, а необходимо проводить экспертную оценку каждого случая умершего ребёнка.

## **ТЕНДЕНЦИЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ НА СУМЩИНЕ (1994 – 2003 гг.)**

*Звягельская О.В., студ. 4-го курса*

*Научный руководитель – Павлычева С.В.*

*СумГУ, кафедра социальной медицины*

В 2003 г. наблюдалось повышение младенческой смертности (МС) в Сумской области в сравнении с 2002 г. В связи с этим возникла необходимость выяснить является ли это повышением тенденций в динамике МС или отражает случайные колебания. В связи с этим целью нашей работы было выявить тенденцию в изменении показателей МС в Сумской области за последние 10 лет. Для выявления тенденции использовались механические методы выравнивания (расчёт групповой средней за 2 и 5 лет; скользящей средней) и аналитический метод выравнивания по параболе I порядка (Ут).

МС (‰): 1994 г. – 15,1; 1995 г. – 15, 2; 1996 г.- 14,0; 1997 г.- 14,9; 1998 г.- 12,0; 1999 г.- 12,9; 2000 г.- 12, 09; 2001 г.- 10,97; 2002 г.- 9,97; 2003 г.- 10,8.

Групповая средняя за два года: 1994/95 гг. – 15,15; 1996/97 гг. – 14,45; 1998/99 гг. – 12,45; 2000/01 гг. – 11,94; 2002/03 гг.- 10, 38.

Групповая средняя за пять лет: 1994/98 гг. – 14,2; 1999/2003 гг. – 11,5.

Скользящая средняя: 1995 г. – 14,8; 1996 г.- 14,7; 1997 г.- 13,6; 1998 г.- 13,2; 1999 г.- 12,6; 2000 г.- 12, 3; 2001 г.- 12,3; 2002 г.- 10,58.

Ут: 1994 г. – 13,5; 1995 г. – 12,92; 1996 г.- 12,34; 1997 г.- 11,76; 1998 г.- 11,18; 1999 г.- 10,6; 2000 г.- 10,02; 2001 г.- 9,45; 2002 г.- 8,86; 2003 г.- 8,28.

Таким образом, все используемые методы выравнивания динамического ряда показывают, что за последние 10 лет имеется тенденция к уменьшению показателей МС в Сумской области. Метод выравнивания по параболе первого порядка позволяет сделать прогноз на ближайшие годы. Показатели МС будут иметь тенденцию к уменьшению (2004 – 7,7; 2005 – 7,12; 2006 – 6,54).

## **ИЗ ИСТОРИИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ИМПЕРАТОРСКОГО ХАРЬКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРОФ. Н.К. КУЛЬЧИЦКОГО: ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Г.А. МАСЛОВА (1862-1925)**

*Васильев К.К., Павлычева С.В.*

*СумГУ, кафедра социальной медицины*

До сих пор не освещена деятельность гистологической школы Н.К. Кульчицкого (1856-1925) и, в том числе, ее представителя Григория Алексеевича Маслова.

В 1889 г. он окончил Императорский Харьковский университет (ИХУ) и в 1894 г. стал работать в лаборатории проф. Кульчицкого. Результатом явилась докторская диссертация под заголовком «Материалы к вопросу морфологии и развития кровяных телец» (Харьков, 1896, 176 с.), успешно

защищенная им на медицинском факультете ИХУ в 1896 г. Буквально после окончания диспута проф. Кульчицкий предложил Г.А. Маслову остаться при его кафедре стипендиатом для приготовления к профессорскому званию. Г.А. Маслов дал согласие и в течение последующих двух лет занимался в лаборатории кафедры гистологии ИХУ. За это время он провел исследование и написал монографию о клеточном центре мегакариоцита костного мозга («К учению о центральных тельцах» /Харьков, 1899, 147 с./). В 1898 г., по истечении двухлетнего срока оставления при кафедре, он уволился из ИХУ. С 1919 г. и до конца жизни проф. Г.А. Маслов заведующий кафедрой одонтологии Харьковского университета (с 1920 г. Харьковский медицинский институт).

В диссертационном исследовании Г.А. Маслов описал процессы формирования клеток эритроцитарного и лейкоцитарного ряда, большое внимание уделив исследованию гранулоцитов и характерных для них видов зернистости. Он показал, что зернистость образуется внутри самой клетки и является выражением ее секреторной деятельности. Он первый детально описал специфический вид гранул лейкоцитов крови птиц и некоторых млекопитающих (кошки).

Логическим продолжением этой работы явилась вторая монография Г.А. Маслова, в которой он дал обзор учения о клеточном центре и привел собственные исследования. Он предложил модификацию способа окраски Генденгайна для выявления центриолей. Он показал, что клеточный центр является нормальной постоянной структурой, присутствующей во всех фазах жизненного цикла клетки. Центросомы всех типов клеток идентичны между собой и имеют два обязательных элемента – центриоли и центросферу. Источником их образования служит центросома материнской клетки. Функцию оргanelлы ученый видел в ее участии в образовании нитей веретена деления.

## **К ИСТОРИИ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ ПРОФ. Н.К. КУЛЬЧИЦКОГО (1856-1925)**

*Павлычева С.В.*

*Научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Васильев К.К.*

*СумГУ, кафедра социальной медицины*

За период с 1892 по 1899 гг. из гистологической лаборатории Императорского Харьковского университета (ИХУ), возглавляемой Н.К. Кульчицким, вышло 15 диссертационных работ.

Ведущим направлением деятельности лаборатории было изучение центральной и периферической нервной системы.

Две диссертации были посвящены способам окраски центральной нервной системы (ЦНС). М.А. Трахтенберг (1893) изучал возможности метода Гольджи для исследования тонкого строения спинного мозга, а А.М. Левковский (1898) способа Ниссля для исследования клеточных элементов ЦНС.

Исследования Н.И. Мухина (1892), М.Н. Попова (1893) и А.О. Попова (1896) были посвящены строению ядер и нейроглии ромбовидного мозга. Диссертация В.А. Павлова (1895) рассматривала строение среднего мозга.

Несколько диссертационных работ были посвящены изучению периферической нервной системы. Е.А. Незнамов (1892) исследовал нервные клетки сетчатки, А.Г. Глинский (1892) – нервные окончания пищевода, Б.Г. Пржевальский (1896) - нервные окончания предстательной железы, А.А. Чугаев (1896) - распространение нервных элементов в органах дыхания.

Последней работой фактически было начато второе направление деятельности гистологической школы проф. Кульчицкого – изучение характера распределения эластических элементов в органах и системах. А.А. Чугаевым описаны эластические волокна трахеи, бронхов и легких. Л.И. Чаусов (1898) исследовал топографию эластических элементов в органах пищеварения, а А.П. Ножников (1899) – в сосудах головного мозга.

Кроме того, в гистологической лаборатории ИХУ в отмеченный период был выполнен ряд других исследований, которые не укладываются в выделенные направления: Г.А. Маслова (1896) – о вопросах кроветворения, В.И. Зарубина (1897) – о строении и функции слизистых клеток клоачного эпителия акулы и выводных протоков бульбоуретральных желез свиньи, а М.В. Типцева (1897) – о тонком строении почки.

## **ЗАПОЧАТКУВАННЯ АКАДЕМІКОМ В.Г. ДРОБОТЬКО ДОСЛІДЖЕНЬ АНТИБІОТИЧНИХ РЕЧОВОН ВИЩИХ РОСЛИН**

*Берегова Ю.М., аспірант*

*Науковий керівник – д-р іст.наук Руда С.П.*

*Центр досліджень науково-технічного потенціалу та  
історії науки ім. Г.М. Доброва*

Під керівництвом відомого вітчизняного вченого-мікробіолога, академіка В.Г. Дроботька і за його безпосередньою участю було одержано, випробувано і впроваджено у медичну практику ряд нових антибіотиків із вищих рослин. Перш за все це Іманін (1947), вилучений із звіробою, дуже поширеної в Україні рослини, збір та заготівля якої не пов'язані з жодними ускладненнями. Засіб одержання лікувального препарату /до 100 г. за 1 кг сухої маси рослини/, розроблений співробітником інституту Н.І. Киселем, простий та дешевий. У клінічному випробуванні препарату активну участь брали київські медики: доцент Н.А. Іванова з хірургічної клініки Київського медичного Інституту та професор О.І. Коломійченко з отоларингологічної клініки Київського Інституту удосконалення лікарів. Препарат виявився ефективним при лікуванні абсцесів, флегмон, інфікованих ран. Так у висновку професора О.І. Коломійченка зазначено:

“... ми отримали потужний засіб боротьби з отоларингологічними захворюваннями. Випробуваний препарат, на нашу думку, значно ефек-

тивніший, ніж мікроцид і навіть пеніцилін /мова йде про місцеве застосування/, і повинен бути широко впроваджений у клінічну практику". По одержанні перших позитивних результатів у клініці за пропозицією Міністерства охорони здоров'я УРСР було випробувано іманін у 10 лікувальних установах Києва. У 1957р. група науковців і медиків України отримала авторське свідоцтво на засіб виготовлення нового лікувального препарату .

Іманін як новий лікувальний засіб набув незабаром заслуженого визнання. Більше 20 років він використовувався у практиці при лікуванні зовнішніх гнійних процесів, особливо ефективно - при лікуванні важких опіків і пластиці ран шкірним трансплантатом.

Через декілька років В.Г.Дроботько із співробітниками запропонували нову, поліпшену форму Іманіну-новоіманін(1966). Антибактеріальна активність новоіманіну у 10 разів вища від Іманіну. Особливо цінним виявився новоіманін при лікуванні гнійних захворювань у дітей раннього віку /А.Т.Слабоспицька, П.С.Волосовець/.

Започаткований ним науковий напрямок –одержання антибіотичних речовин з вищих рослин і сьогодні не тільки не відвертає уваги фармакологів світу, а і широко використовується при розробці нових препаратів природного походження.

## **І.В.БАЗИЛЕВИЧ - ВИДАТНИЙ УКРАЇНСЬКИЙ ТЕРАПЕВТ І ГЕРОНТОЛОГ**

*Доцент Н.П., аспірантка*

*Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. Дупленко Ю.К.  
Центр досліджень науково-технічного потенціалу та  
історії науки НАН України, м. Київ*

Досліджено та опрацьовано життєвий та творчий шлях видатного українського лікаря, доктора медицини, професора Івана Вікторовича Базилевича (1899-1965), соратника ушлявлених вчених, академіків О.О.Богомольця та М.Д.Стражеско. Закінчивши у 1922 р. Київський медичний інститут, отримав спеціальність терапевта і працював на кафедрі факультетської терапії під керівництвом відомого терапевта, академіка Т.Г.Яновського. У 1928 р. він захищає дисертацію на ступінь доктора медицини на тему "Поверхневий натяг сечі та його клінічне значення".

З 1934 р. І.В.Базилевич працює на кафедрі клінічної медицини (завідувач акад. М.Д.Стражеско) в Інституті клінічної фізіології (директор інституту акад. О.О.Богомольць). У 1936 р. видавництво Академії Наук України публікує українською мовою монографію доктора медицини І.В.Базилевича "Нариси клінічної ферментології", в якій автор показав себе досвідченим клініцистом і зрілим науковцем. Книга отримала схвальну оцінку академіка М.Д.Стражеска, який вважав її необхідною для кожного лікаря і науковця. Проблеми старіння організму людини займали провідне місце у роботі інституту. І.В.Базилевич очолював у ньому "групу старості". У 1937 -

1938 рр. було організовано дві експедиції до Абхазії, для вивчення здоров'я довгожителів, котрі очолював І.В.Базилевич. В інституті була організована т. зв. "клініка старості" для лабораторних досліджень довгожителів. Наприкінці 1938 р. у Києві була проведена конференція з проблем старіння, на якій І.В.Базилевич виступив із доповіддю "Синдром нормальної старості", положення якої є актуальними і сьогодні. Науковий доробок І.В.Базилевича складає понад 50 статей, монографій, тощо.

## **ОСНОВНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ БІОЛОГІЧНОЇ ТА МЕДИЧНОЇ КІБЕРНЕТИКИ**

*Гороховатська О.Я., аспірантка*

*Науковий керівник – д-р іст.наук. Руда С.П.*

*Центр досліджень науково-технічного потенціалу та  
історії науки ім. Г. М. Доброва НАН України*

Як відомо, біологічна та медична кібернетика є напрямками кібернетики, що вивчають відповідно закони зберігання, переробки та передавання інформації в біологічних системах, а також займаються створенням статистичних моделей захворювань і використанням їх для діагностики, прогнозування та лікування тощо.

Біологічна кібернетика сформувалася в колишньому СРСР у 50-х р.р. ХХ ст. під впливом ідей та робіт М.М.Амосова зі співробітниками. Розвиток біологічної кібернетики здійснювався в декількох напрямках, пов'язаних з вивченням різних біологічних систем та їх окремих функцій: медична, фізіологічна та психологічна кібернетика, нейрокібернетика та біоніка. Фізіологічна кібернетика вивчає та моделює функції клітин, органів і систем в умовах норми та патології з перспективою використання моделей для медицини. Нейрокібернетика моделює процеси переробки інформації в нервовій системі. Психологічна кібернетика моделює психічні функції на базі вивчення цілісної поведінки людини.

Медична кібернетика досить швидко відокремилася в самостійну галузь, де були отримані практичні результати. У 1956-1957 р. р. було створено моделі діагностичної електронної машини та керованої мозком людини штучної руки. Напрями розвитку медичної кібернетики пов'язані з:

- 1) клінічною медициною (розробка теорії та принципів побудови інформаційно-пошукових систем, що забезпечують лікувальний процес);
- 2) проблемами профілактичної медицини та управління в галузі охорони здоров'я.



**ПРИМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ КРИТИЧЕСКОЙ КОНТРОЛЬНОЙ  
ТОЧКИ ПРИ АНАЛИЗЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИЧЕСКИХ  
ФАКТОРОВ РИСКА В ОБЩЕСТВЕННОМ ПИТАНИИ  
(к вопросу профилактики острых кишечных инфекций  
и бактериальных пищевых отравлений)**

*Ванханен В.Д., Выхованец Т.А., Гончаров Г.Я., Лытко С.Б.,  
Салоникиди А.И., Усенко А.Д., Черенков В.М.*

*Донецкий государственный медицинский университет  
им. М. Горького, кафедра гигиены*

Концепция критической контрольной точки (ККТ) при анализе санитарно-эпидемических факторов риска (ФР) в общественном питании (ОП) разработана как система, обеспечивающая предупреждение острых кишечных инфекций (ОКИ) и бактериальных пищевых отравлений (БПО) среди питающихся. В ОП выделено 24 санитарно-эпидемических ФР, в числе которых 13 ККТ. ККТ – уязвимое место (стадия), на котором(ой) возможно осуществление контроля и которое(ая) имеет важное значение для предотвращения возникновения ОКИ и БПО или уменьшения риска их возникновения до приемлемого уровня. Санитарно-эпидемический фактор риска – любое нарушение санитарных норм и правил в ОП, способствующее возникновению ОКИ и БПО. Наиболее уязвимым в санитарно-эпидемическом отношении звеном (стадий) в ОП является технологический процесс изготовления и реализации пищи. Нарушения правил кулинарной обработки пищевых продуктов, реализации и хранения готовой пищи (8 ФР) представляют наибольшую потенциальную опасность возникновения ОКИ и БПО, превосходя эпидемиологическую значимость всех остальных 16 факторов риска ОКИ и БПО вместе взятых. ФР в ОП выявляются сенсорно-инструментальным методом, изучение дополняется санитарно-бактериологическими анализами кулинарной продукции и смыслов.

**СПОСОБИ НОРМАЛІЗАЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЛЮДЕЙ,  
ЯКІ ПІДЛЯГАЮТЬ ВПЛИВУ ОХОЛОДЖУЮЧОГО МІКРОКЛІМАТУ**

*Солдак І.І., Небесна В.В., Брюханова С.Т., Сімакопуло В.А.*

*Донецький державний медичний університет, кафедра гігієни*

*Донецька державна академія управління,  
кафедра фізичної культури*

Відомо, що у осіб, які працюють на відкритих промислових майданчиках і у неопалюваних виробничих приміщеннях в холодну пору, у спеціальних низькотемпературних камерах тощо, знижується холодова стійкість і працездатність, на високому рівні тримається захворюваність, особливо органів дихання.

Для нормалізації функціонального, а саме теплового стану, нами проводились сеанси термічних процедур з урахуванням індивідуальної терморективної мобільності (ТРМ) людини. Тип ТРМ (мобільний, змішаний, торпідний) визначали за часом відповідної реакції на холодний подразник.

Після визначення типів ТРМ обстежувані були поділені на дві групи. Обстежуваним однієї групи на поверхню тіла в області грудини впливали дискретними чергуючими тепловими ( $46 \div 48^{\circ}\text{C}$ ) і холодовими ( $0 \div -2^{\circ}\text{C}$ ) конвекційними подразниками одночасно. Обстежуваним іншої групи впливали тільки холодовими ( $2 \div 5^{\circ}\text{C}$ ) дискретними кондуктивними подразниками.

Час одиничного термічного впливу залежав від типу ТРМ і складав  $1500 \div 3000$  мс, тривалість однієї процедури -  $5 \div 10$  хвилин, а весь курс -  $10 \div 12$  днів. У осіб, яким проводились процедури в холодний період року значно покращився функціональний (тепловий) стан, підвищилась фізична працездатність, знизилась захворюваність з тимчасовою втратою працездатності органів дихання.

## Дерматологія

### ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ПОХІДНИХ АРАХІДОНОВОГО КАСКАДУ ПРИ ПСОРИАЗІ

*Муат Алавінх*

*Науковий керівник – проф. Бочаров В.А.*

*СумДУ, кафедра дерматовенерології*

Псоріаз відноситься до хронічних дерматозів з рецидивуючим характером перебігу.

Незважаючи на багаточисленні методи лікування, що розроблені у всьому світі, не завжди вдається досягти тривалої ремісії захворювання. Одним з важливих ланцюгів патогенезу псоріазу можуть бути порушення в системі ейкозаноїдів, що диктує необхідність призначення відповідної коригуючої терапії.

Під наглядом знаходилося 80 хворих на псоріаз. При обстеженні радіоімунним методом за допомогою реактивів фірми Amersham у них виявлено достеменне підвищення рівня у плазмі крові простагландинів E2 (у 2,3 рази), F2 $\alpha$  (у 1,5 рази), лейкотриєну B4 (у 2,1 рази) у порівнянні з нормою ( $p < 0,05$ ). У залежності від методики лікування усі хворі були розподілені на 4 групи, репрезентативні за основними ознаками (стать, вік, давність та форма захворювання). Першій групі призначалась традиційна терапія з використанням кортикостероїдних мазей (15 пацієнтів); другій – на фоні комплексного лікування призначали індометацинову мазь (15 пацієнтів); третій – призначали сіган по 1 таблетці тричі на день і кортикостероїдну мазь (25 пацієнтів); четвертій – сіган та індометацинову мазь (25 пацієнтів).

Аналіз динаміки клінічного перебігу захворювання показав найбільш добрі результати в 3-й та 4-й групах (у порівнянні з 1-ю та 2-ю,  $p < 0,05$ ). Незважаючи на те, що в групах хворих, де використовувались кортикостероїдні мазі, більш раніше регресували запальні ознаки псоріатичної висипки, в подальшому не відмічалось достеменною різниці перебігу захворювання ( $p > 0,05$ ) від відповідних порівняльних груп, де кортикостероїди не призначались. Найбільш наявна тенденція до нормалізації показників ейкозаноїдів у плазмі крові після лікування також відмічалась в 3-й та 4-й групах ( $p < 0,05$ ), причому – вона мало відрізнялась між цими двома групами ( $p > 0,05$ ).

Таким чином, використання в системі комплексної терапії хворих на псоріаз нестероїдних протизапальних препаратів (сіган, індометацинова мазь) забезпечує усунення функціональних порушень ейкозаноїдної системи у пацієнтів, що позитивно впливає на клінічний перебіг захворювання і при цьому не потребує обов'язкового використання кортикостероїдних мазей.

## **СИСТЕМА ВТОРИННИХ ПОСЕРЕДНИКІВ У ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ**

*Мухейсін Ваєл Юсеф*

*Науковий керівник – проф. Бочаров В.А.*

*СумДУ, кафедра дерматовенерології*

Вугрова хвороба (ВХ) є одним з найпоширеніших дерматозів в пубертатному віці.

Важливим патогенетичним чинником, що впливає на розвиток запалення шкіри при ВХ, є функціональна неповноцінність мембран себоцитів і інших клітинних систем, і як наслідок цього – накопичення в організмі хворих продуктів перекисного окислення ліпідів. Велике значення для розвитку подальших біохімічних змін в цих клітинах має також функціональний стан їх систем других посередників (цАМФ, цГМФ,  $Ca^{++}$  та інш.).

Під наглядом знаходилось 40 хворих на ВХ, яким проводилось комплексне традиційне лікування (антибіотики, вітаміни, місцева терапія) – 20 з цих пацієнтів призначався також сироп солодкового кореня (по 1 десертній ложці 3 рази на добу після їжі). До та після лікування у хворих радіоімунним методом визначались рівні в плазмі крові циклічних нуклеотидів (цАМФ, цГМФ) та кальцію ( $Ca^{++}$ ). Виявлені достеменні (у порівнянні з нормою) зміни вищезазначених показників системи других посередників ( $Ca^{++}$  - збільшення у 1,4 рази, цАМФ – у 1,1 рази, цГМФ - у 1,2 рази).

Аналіз ефективності лікування показав, що у хворих, лікованих комплексно з використанням солодкового кореню, в більш ранні терміни (на 4-6 днів) наступав регрес запальних акне, ніж в порівняльній групі ( $p < 0,05$ ). Відмічалась також більш виразна тенденція до нормалізації показників вмісту у крові вищезазначених других посередників у пацієнтів, що одержували сироп солодкового кореню (у 75%), ніж в порівняльній групі хворих (60%).

Таким чином, призначення сиропу кореня солодки в більшій мірі сприяє забезпеченню позитивного клінічного ефекту від комплексного лікування та нормалізації системи других клітинних посередників. За сучасними даними це може пояснюватись мембраностабілізуючої дією цього фітопрепарату, особливо в імунокомпетентних клітинах, оскільки під його впливом змінюється упаковка молекул фосфоліпідів в ліпідному бішарі та білково-ліпідні взаємодії, зменшується мікров'язкість, збільшується рухомість молекул та активність мембранних структур. Все це впливає на протікання важливих внутрішньоклітинних біохімічних реакцій.

## **ЦИТОКІНОВИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ**

*Куц Л.В.*

*Науковий керівник – проф. Бочаров В.А.*

*СумДУ, кафедра дерматовенерології*

Захворюваність на atopічний дерматит в усьому світі щорічно зростає. Традиційна терапія здійснює нестійкий позитивний клінічний ефект, що супроводжується доволі частими рецидивами дерматозу. Одним з аспектів підвищення ефективності лікування хворих на atopічний дерматит може стати урахування фізіологічних біоритмів діяльності систем організму та нових даних про значення цитокінів в патогенезі захворювання.

Під спостереженням знаходилось 45 хворих на atopічний дерматит. Імуноферментним методом до та після лікування у них досліджувався вміст у крові інтерлейкінів 1 та 6. У залежності від методики використання місцевої терапії хворі розподілялись на 3 групи (по 15 осіб в кожній), репрезентативних за основними ознаками.

До лікування у всіх хворих виявлено достеменно ( $p < 0,05$ ) підвищення рівней у крові інтерлейкінів 1 (у середньому у 2 рази) та 6 (у середньому у 2,5 рази) у порівнянні з нормою. Першій групі хворих для місцевої терапії призначали мазь кортонітол (тричі на день), другій – індометацинову мазь (тричі на день), третій – вранці кортонітол, вдень і ввечері – індометацинову мазь.

У всіх групах хворих традиційна терапія включала призначення антигістамінних, гіпосенсибілізуючих, седативних препаратів, вітамінів.

Призначення кортикостероїдної мазі (кортонітол) тільки вранці відповідає фізіологічному біоритму гормонів надниркових залоз, що дає підставу зазначити таку методику лікування як хронотерапія.

Аналіз динаміки клінічних показників і результатів лабораторного обстеження свідчив про найбільшу ефективність методики лікування, що була використана в третій групі хворих. У більшості пацієнтів цієї групи (80%) спостерігалось клінічне одужання та нормалізація досліджених показників цитокінової системи (67%). Добрі результати також спостерігались в 1-й групі хворих (відповідні результати у 73% та 60%), дещо гіршими вони були в 2-й групі (67% та 47%).

Таким чином, використання місцевої терапії з урахуванням фізіологічного біоритму секреції гормонів кори надниркових залоз (вранці – кортикостероїдна мазь, вдень та ввечері – нестероїдна протизапальна мазь) в найбільшій мірі забезпечує корелятивно зв'язану нормалізацію показників клінічного стану хворих і цитокінової системи.

## **ЕНТЕРОСОРБЕТНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ ТА НЕЙРОДЕРМІТ**

*Тарнопольська С.М.*

*Науковий керівник – проф. Бочаров В.А.*

*СумДУ, кафедра дерматовенерології*

Незважаючи на багаточисленні дослідження патогенезу екземи та нейродерміту у дітей ця проблема залишається актуальною не тільки в дерматології, але й в практиці лікарів-алергологів, імунологів, педіатрів. Особливо важливою обставиною стали останні дослідження світової імунології та педіатрії, які свідчать про значущість неімунологічних стимуляторів вивільнення медіаторів запалення.

Під спостереженням знаходилось 30 дітей, хворих на екзему та нейродерміт. До та після лікування у них радіоімунним методом визначались рівні нейропептидів в крові. Результати радіоімунного обстеження до лікування показали значне підвищення рівня бета-ендорфіну (у 1,5 рази), мет-енкефаліну (у 2,1 рази), субстанції Р (у 3,1 рази) у хворих в порівнянні з нормою. 15 хворих (1-ша група) одержували традиційне лікування (антигістамінні, седативні препарати, вітаміни, місцева терапія), іншим 15 (2-га група) на фоні такого ж лікування призначався діосмектит (у відповідності з інструкцією до цього препарату) на протязі 7 днів.

Порівняльний аналіз результатів лікування свідчив про більш ранні терміни (на 4-5 днів) регресу свербіжності шкіри та запальних проявів висипки на шкірі у хворих 2-ї групи, ніж в першій. В цій же групі хворих достеменно частіше спостерігалась нормалізація показників систем нейропептидів у крові (відповідно у 73% і 53%).

Одержані дані можуть свідчити про те, що призначення діосмектиту, позитивно впливаючи на функціональний стан клітинних систем органів травлення сприяє також нормалізації маркерів ноци- (субстанція Р) та антиноцицептивних систем (бета-ендорфін та мет-енкефалін).

За сучасними даними субстанція Р є не тільки маркером системи ноцицепції, але й в значній мірі сприяє дегрануляції тучних клітин (неімунний механізм дегрануляції), а підвищення рівней бета-ендорфіну та мет-енкефаліну може розглядатись, з однієї сторони як прояв компенсаторної реакції організму на цей процес, а з іншої – як компенсаторний механізм на загальну стрес-реакцію, що спостерігається у хворих на екзему та нейродерміт (інтенсивний свербіж шкіри, порушення психофізіологічного стану, розлади сну). В біосинтезі цих важливих біосполук велике значення має функціональний стан

клітинних систем органів травлення.

## **МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ЕКЗЕМАТИЗАЦІЇ ПРИ МІКОЗАХ СТУПНІВ**

*Аль-Хатіб Омар*

*Науковий керівник – проф. Калюжна Л.Д.*

*Кафедра дерматовенерології КМАПО*

Мікози ступнів є розповсюдженим захворюванням, особливо серед чоловіків. Одним із важливих аспектів протікання цього дерматомікозу в останні роки є розвиток мікробної екземи. Серед багатьох чинників, що призводять до проявів загальної сенсибілізації організму, недостатньо вивченими залишаються механізми впливу на цей процес функціональних порушень нейроендокринної та ейкозаноїдної систем.

Під спостереженням знаходилось 30 хворих на мікози ступнів з екзематизацією. До та після лікування у них радіоімунним методом досліджували вміст у плазмі крові АКТГ, кортизолу, простагландинів E2 та F2 $\alpha$ . Всім пацієнтам призначалась традиційна медикаментозна терапія, а 20 з них проводилась рефлексотерапія (10 – традиційна, 10 – біоритморефлексотерапія).

Аналіз результатів лікування свідчив про найбільш виразну позитивну динаміку клінічних ознак захворювання (зникнення свербіжності та симптомів емоційної лабільності, регрес проявів екзематизації та мікозу) у хворих, що лікувались комплексно з проведенням біоритморефлексотерапії.

Нормалізація показників кортикоадреналової системи та простагландинів також найбільш часто спостерігалась в групі хворих, що одержували аурикулярну рефлексотерапію вранці (в порівняльних вищезазначених групах відповідно у 8, 6 та 2-х пацієнтів).

Таким чином, проведення біоритморефлексотерапії можна вважати одним з методів хронотерапії, оскільки це в більшій мірі відповідає фізіологічному біоритму секреції гормонів кори надниркових залоз та “сон-бадьорість”, що позитивно впливає на функціональний стан нейроендокринної та ейкозаноїдної систем і забезпечує регрес проявів захворювання в більш ранні терміни.

## **НОВІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕМОДИКОЗ ТА ACNE ROSACEA**

*Сулім А.Г.*

*Науковий керівник – проф. Бочаров В.А.*

*СумДУ, кафедра дерматовенерології*

Розацеа відноситься до хронічних рецидивуючих дерматозів, який частіше спостерігається у жінок, особливо після 40 років. Незважаючи на багаточисленні дослідження етіології та патогенезу захворювання, багато аспектів цієї проблеми залишаються недостатньо з'ясованими.

Під наглядом знаходилось 20 жінок у віці від 40 до 55 років, хворих на розацеа. У 10 з них в пустульозних елементах на шкірі обличчя знайдено *Demodex folliculorum*. Звертала на себе увагу наявність телеангіектазій, гіперемії та набряку шкіри в області висипки. У 80% хворих спостерігались різноманітні захворювання органів травлення, порушення оваріально-менструального циклу. Практично усі пацієнтки відмічали у себе ті чи інші прояви загальної нервозності. У 2-х хворих спостерігалась тенденція до розвитку *Rinofimae*.

Слід зазначити, що незважаючи на важливість для патогенезу захворювання наявності демодикозу, гастроентерологічної патології, ендокринних розладів та психоемоційних порушень, ще недостатня увага приділяється судинному компоненту розвитку розацеа. В той же час саме ендотеліоцити посткапілярних венул (у тому числі шкіри обличчя) можуть виконувати важливу регуляторну роль у розвитку запалення при цьому захворюванні. Ця обставина потребує детального вивчення функціонального стану судинної системи хворих на розацеа. В системі комплексного лікування хворих крім місцевої терапії призначались гепатопротектори, вазоактивні та седативні препарати, що дозволило одержати добрі найближчі клінічні результати та відсутність рецидивів у 80% пацієнтів.

## **ОСОБЛИВОСТІ РІВНЯ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ У ЖІНОК ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ**

*Кунцевич Ю.П., Тригуб О.В., студ. 4-го курсу*

*Науковий керівник – асист. Стасюк Г.М.*

*Українська медична стоматологічна академія,  
кафедра шкірних та венеричних хвороб*

Вчення про екзему має багатовікову історію. За цей період неодноразово обговорювалися та аналізувалися різні аспекти етіології та патогенезу екземи, що було підкріплено даними клінічних та лабораторних досліджень вітчизняних та зарубіжних вчених. Велика кількість клінічних проявів у перебігу екземи найчастіше обумовлена, як особливостями порушень гомеостазу організму, так і впливом супутніх патологічних станів. Нашу увагу звернула на себе окрема категорія пацієнток у віці від 45 до 55 років, які перебувають у так званому перименопаузальному віці. Під нашим спостереженням знаходилось 58 жінок перименопаузального віку ( 34 жінки хворі на різні форми екземи та 24 жінки, котрі не мають шкірної патології – група контролю ). У всіх обстежених жінок спостерігалась природна клінічна картина клімактеричного синдрому. Оцінку психоемоційних і вегетосудинних порушень проводили методом визначення менопаузального індексу Купермана в мо-

дифікації Уверової (МПП). У жінок хворих на екзему відмічається підвищення рівня гонадотропних гормонів ЛГ і ФСГ у порівнянні з контрольною групою. Таким чином, корекція гормонального фону є досить доцільною в лікуванні екземи у жінок перименопаузального віку.

## **ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩЕГОСЯ ЛИНЕЙНОГО ВАРИАНТА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ**

*Зубченко Н.Л., студ. 4-го курса*

*Научный руководитель – канд. мед. наук Святенко Т.В.*

*Днепропетровская государственная медицинская академия,*

*кафедра кожных и венерических болезней*

*(зав. каф., д-р мед. наук, проф. Федотов В.П.)*

Красный плоский лишай (КПЛ) – хронический дерматоз, особенностью которого является появление зудящих папулезных высыпаний с преимущественной локализацией на сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, половых органах, слизистых оболочках. Различные концепции возникновения заболевания отражают в основном его патогенетическую сущность. Существует множество клинических вариантов КПЛ. Одной из редких клинических форм КПЛ является линейный (зостериформный) вариант, при котором высыпания располагаются в виде полос, линий, как правило, асимметрично, чаще на конечностях в проекции нервно-сосудистого пучка, могут группироваться аналогично пузырьковым высыпаниям при опоясывающем лишае. Приводим описание клинического случая: больная Ш., 30 лет, жительница области, направлена на кафедру кожных и венерических болезней ДГМА для консультации с диагнозом опоясывающий лишай. Считает себя больной в течение 3 месяцев, когда впервые появились высыпания на голени. Возникновение высыпаний связывает со стрессом. Обращалась к дерматологу по месту жительства. Получала лечение по поводу опоясывающего лишая, без эффекта. Объективно при осмотре: на коже правой нижней конечности по ходу проекции нервно-сосудистого пучка в виде линии отмечаются полигональные папулезные высыпания, фиолетово-красного цвета, чётко очерченные, имеют тенденцию к слиянию. Элементы плоские, с блестящей поверхностью, в центре определяется пупкообразное вдавление, местами везикулы, чешуйки и геморрагические корки. На поверхности элементов определяется сетка Уикхема. Изоморфная реакция Кебнера положительная. Больная была обследована общеклиническими методами – патологии не выявлено. При патогистологическом исследовании биоптата кожи: гиперкератоз с гранулезом, акантоз, вакуольная дистрофия базального слоя, в сосочковом слое дермы диффузный инфильтрат, представленный лимфоцитами, гистиоцитами, эозинофилами, пролиферация мелких сосудов. На основании проведенного обследования был выставлен диагноз: линейный (зостериформный) вариант красного плоского лишая и назначено соответствующее лечение. В ходе проведенного лечения патологический кожный процесс ре-



грессирует. Описанный случай позволяет сделать вывод о важности патогистологического метода исследования для верификации диагноза дерматологическим больным.

## З М І С Т

### **ТЕОРЕТИЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА**

*Галинська С. А., СумДУ*

Функціонально-динамічний підхід до оцінки стану вегетативної нервової системи..... 3

<i>Кобилецька Н.А., СумДУ</i>	
В. Ю. Чаговець – засновник електрогастрографії.....	3
<i>Козинець А.І., СумДУ</i>	
Роль апоптозу в патогенезі судинних патологій .....	4
<i>Наумко Р.Ф., СумДУ</i>	
Динаміка змін активності антиоксидантних ферментів та вмісту продуктів пероксидного окиснення ліпідів у стінці кровоносних судин тварин за умов гіперадреналінемії.....	5
<i>Павлюченко В.В., СумДУ</i>	
Фізичний статус дітей-дзюдоїстів на препубертатній стадії онтогенезу..	6
<i>Геґешко В., СумГУ</i>	
Значимість разработки тестов для измерения и оценки двигательной подготовленности .....	6
<i>Липовська В.В., СумДУ</i>	
Особливості мікробіоценозу товстої кишки у хворих на сальмонельоз та асоційовану інфекцію.....	7
<i>Яковенчук О.М., Даниленко О.О., Базін М.Є., СумДУ</i>	
Антибіотикограма патогенних стафілококів, що виділені від носіїв .....	8
<i>Калуцька Н. Г., член МАН</i>	
Носійство грибів роду <i>candida</i> у новонароджених дітей.....	9
<i>Лобанов О.О., член МАН</i>	
Частота та динаміка виявлення віл-інфікованих серед донорів крові.....	9
<i>Любчак В.В., СумДУ</i>	
Класифікація та термінологія процедур забору крові та її компонентів.	10
<i>Любчак В.В., СумДУ</i>	
Деякі приклади клінічної ефективності плазмаферезу(пф) при лікуванні бронхіальної астми БА .....	11
<i>Любчак В.В., СумДУ</i>	
Плазмаферез як імунотропна процедура та особливості використання її в нашій державі.....	12
<i>Кияненко В.А., СумДУ</i>	
Вивчення функціональної асиметрії мозку у студентів 2-го курсу... 12	
<i>Висоцький І.Ю., Гребеник Л.І., СумДУ</i>	
Регуляція рівня sh- і –s-груп в печінці щурів при гострій інтоксикації епоксидми.....	13
<i>Прімова Л.О., СумДУ</i>	
Ліпідний склад біомаси мукорового гриба <i>blakeslea trispora</i> при культивуванні його на апівсинтетичному поживному середовищі.....	14
<i>Висоцький І.Ю., СумГУ</i>	
Влияние кверцетина на уровень ферритина в сыворотке крови при острой интоксикации летучими компонентами эпоксидной смолы.....	14

<i>Стеценко А.В. Управление охраны здоровья Сумского гор. Совета Психоневрологическое исследование феномена "психотерапевт А.М. Кашпировский".....</i>	15
<i>Товстенко Ю., Заворотна О., СумДУ</i>	
Біологічні особливості патогенних ентеробактерій.....	16
<i>Крюк А.Ю. Донецкий государственный медицинский университет</i>	
Патогенез взрывной шахтной травмы.....	17
<i>Усачева Т.Н., Курило В.В., Мокеев М.С., Донецкий государственный медицинский университет</i>	
Изменение метаболизма при ишемии.....	18
<i>Бараннік К.С., Дніпропетровська медична академія</i>	
Фізіологічні аспекти каналцієвої реабсорбції.....	18
<i>Шумко Н.М., Буковинська державна медична академія, м. Чернівці.</i>	
Хроноритми іонорегулювальної функції нирок за умов іммобілізаційного стресу.....	19
<i>Покотило О. С., Тернопільська державна медична академія</i>	
Вплив $\omega$ -3 і $\omega$ -6 жирних кислот на коагуляції крові у щурів за умов гіперхолестеринемії.....	21

## **МОРФОЛОГІЯ**

<i>Базін М., студ., СумДУ</i>	
Джерела кровопостачання та іннервації слизової оболонки порожнини носа та комірок решітчастої кістки.....	22
<i>Болотна М.А., учениця гімназії №1 м.Сум</i>	
Морфологічний стан кори наднирників під впливом сумісної дії опромінення і солей важких металів.....	23
<i>Федосєєва Н.К., студ., СумДУ</i>	
Морфологічні зміни аденогіпофіза щурів за умов сумісної дії іонізуючого опромінення і солей важких металів та тлі препарату ербісол.....	24
<i>Погорєлов М.В., СумДУ</i>	
Корекція впливу несприятливих чинників Сумського регіону на кістки скелету препаратом "ербісол".....	24
<i>Пучков Б., студ., СумДУ</i>	
Індивідуальні особливості шийного відділу симпатичного стовбуру.....	25
<i>Шепєлев А.Є., СумДУ</i>	
Реадаптаційні перетворення в довгих кістках після тренування динамічними фізичними навантаженнями в умовах опромінення та солей важких металів.....	26

<i>Даниленко О., СумДУ</i>	
Реакція мікроструктур селезінки на комбіновану дію радіації і солей важких металів.....	27
<i>Мочарська Т., студ., СумДУ</i>	
Морфологічні зміни в кістках при порушеннях водно-солевого обміну.....	27
<i>Сікора В.В., Тернопільська медична академія</i>	
Гістологічна характеристика нефротичної дії низьких доз іонізуючого випромінювання.....	28
<i>Сорока Т.Д., Шищук Д.В., СумДУ</i>	
Особливості репаративної регенерації кісток в умовах іонізуючого опромінення та солей важких металів при застосуванні тималіну.....	29
<i>Захлебаєва В.В., Сумська обласна клінічна інфекційна лікарня ім. З.Й. Красовицького</i>	
Вплив солей важких металів на печінку щурів.....	30
<i>Дранко М.М., Матлай О.І., СумДУ</i>	
Особливості морфологічної будови гіперпластичних процесів передміхурової залози у віковому аспекті.....	30
<i>Самусь О.К., Гавриленко О.В., СумДУ</i>	
Морфологічні особливості пухлинних процесів головного мозку в умовах Сумського регіону.....	31
<i>Москаленко Р.А., Солончук О., СумДУ</i>	
Розвиток злоякісних пухлин щитовидної залози на фоні вузлових утворів.....	32
<i>Конанихін В.І., Лукаш В.А.</i>	
Захворюваність та смертність від раку молочної залози у населення Сумської області.....	33
<i>Будко Г.Ю., СумДУ</i>	
Морфологічні зміни регенерату кістки в умовах загальної гіпоксії під впливом опромінення та солей важких металів.....	34
<i>Гортинська О.М., СумДУ</i>	
Судинно-тканинні зміни кісток скелету під впливом несприятливих екзогенних та ендогенних чинників.....	34
<i>Гайна Н.І., Буковинська державна медична академія</i>	
Становлення топографії первинної кишки у зародковому періоді онтогенезу людини.....	35
<i>Марчук О.Ф., Буковинська державна медична академія</i>	
Будова стінки стравохода у плода людини 4 місяців.....	36
<i>Сусла О.Б., Тернопільська державна медична академія</i>	
Особливості патогенезу структурних порушень в серці дорослих і старих щурів за розвитку адреналінової міокардіодистрофії.....	37

<i>Москаленко В.С., Хоменко Ю.С., Днепропетровская государственная медицинская академия</i>	
Состояние тучных клеток сердца при отравлениях миорелаксантами....	38
<i>Лошиній В.Г., Стиранка В.Я., Волков Р.К., Тернопільська державна медична академія</i>	
Гістологічні та ультраструктурні зміни ниркових тілець при тяжких опіках в експерименті.....	38
<i>Георгіца В.М., Бірюк І.Г., Буковинська державна медична академія</i>	
Розвиток і становлення топографії пахвинного каналу в зародковому періоді онтогенезу людини.....	39

## **ПЕДІАТРІЯ №1**

<i>Сокольник С.В., Бачинський В.Т., Руденко С.С., Буковинська державна медична академія</i>	
Мікроядерний індекс як маркер скринінгової оцінки функціонального стану геному дитини.....	40
<i>Ажими Мухамед Софьян, Буковинская государственная медицинская Академия</i>	
Выявление гиперреактивности бронхов методом рс <sub>20н</sub> у дітей шкільного візраста.....	41
<i>Безрукова Т.Л., Буковинська державна медична академія</i>	
Чи можливо визначити ризик рецидивування бронхіальної астми у дітей раннього віку?.....	41
<i>Пахольчук О.П., Запорожский медицинский университет</i>	
Обоснование регионарных особенностей рациональной антибиотикотерапии пневмонии у детей.....	42
<i>Прунчак С.І., Буковинська державна медична академія,</i>	
Особливості перебігу бронхіальної астми у дітей з різними типами ацетилювання.....	43
<i>Бында Т.П., Татаренко С.Д., Кругляк С.И., Захарчук О.С., СумГУ</i>	
Найз – эффективный препарат для терапии неотложных состояний у детей.....	43
<i>Голуб Н.Д., Хоменко А.И., СумГУ</i>	
К вопросу о современном течении менингококковой инфекции у детей..	44
<i>Горбась В.А., СумДУ</i>	
Клініко-епідеміологічні особливості перебігу гострої пневмонії у дітей.	45
<i>Гончарова Н.Ф., Гринько Т.Ю., Кравченко Н.Л., СумДУ</i>	
Досвід застосування 0,01% розчину левомізолу в профілактиці інфекції респіраторного тракту у дітей в умовах стаціонару.....	46

<i>Люлько Н.В., Сичненко П.И., СумГУ</i>	
Особенности лечения бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста.....	47
<i>Лях Л.В., СумДУ</i>	
Особенности течения сальмонеллеза в Сумській області.....	47
<i>Маркевич О.В., Лазебник Е.А., СумГУ</i>	
Базисное лечение вегетососудистой дисфункции у детей.....	48
<i>Марченко О.І., Хоменко О.І., СумДУ</i>	
До питання бактеріальних менінгітів у дітей.....	49
<i>Мишанина Л.И., СумГУ</i>	
Случай врожденного околоушного свища в отоларингической практи- ке.....	50
<i>Белов В.С., СумГУ</i>	
Оценка эффективности стандартно применяемой терапии при острой Респираторной вирусной инфекции у новорожденных.....	51
<i>Дранко М.Н., СумГУ</i>	
Особенности течения острой респираторной вирусной инфекции у новорожденных.....	51
<i>Попов С.В., Мошук О.И., СумГУ</i>	
Состояние мочевыделительной системы у новорожденных с гипоксиче- ски-ишемической энцефалопатией.....	52
<i>Облазницький В.Н., Попов С.В., Марков О.М., СумДУ</i>	
Доплерографічні показники кровотоку в нирках у немовлят з гіпоксич- ним враженням центральної нервової системи.....	53
<i>Попов С.В., Овсянникова Л.И., Орехова Л.В., СумГУ</i>	
Состояние вегетативного гомеостаза у новорожденных с гипоксиче- ским поражением ЦНС.....	53
<i>Попов С.В., Юсюк Л.А., СумГУ</i>	
Сравнительная оценка практической ценности индексов интоксикации у новорожденных детей.....	54
<i>Яровенко Л.В., СумГУ</i>	
Влияние особенностей вскармливания на течение острой респиратор- ной вирусной инфекции у новорожденных.....	55
<i>Самир Тауфик Дандан, СумГУ</i>	
Клинико-рентгенологическая характеристика острой пневмонии у де- тей раннего возраста.....	55
<i>Жилюк Я.М., СумГУ</i>	
Эпидемиологические особенности обструктивных бронхитов у детей раннего возраста.....	56

<i>Кирдан Н. А., СумГУ</i>	
Клинические особенности течения обструктивных бронхитов у детей.....	57
<i>Куропятник Н.П., Хрін Н. В., СумДУ</i>	
Досвід застосування протизапального препарату “німесулід” у дітей раннього віку з ГРВІ.....	57
<i>Никитенко Л.К., Сичненко П.И., СумГУ</i>	
Эпидемиология лейкозов у детей сумской области.....	58
<i>Рудя А. А., СумГУ</i>	
Особенности клинических проявлений обструктивного бронхита у детей раннего возраста с неблагоприятным преморбидным фоном.....	59
<i>Семененко О.В., СумГУ</i>	
Факторы риска развития обструктивного бронхита у детей раннего возраста.....	59
<i>Товстенко Ю. В, Самир Тауфик Дандан, СумГУ</i>	
Гено- и фенотипические признаки неблагоприятного течения пневмонии у детей в Сумской области.....	60
<i>Федорченко Н.В., СумГУ</i>	
Влияние состава проводимой антибиотикотерапии на состояние красной крови у новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией.....	61
<i>Камінська В.М., Чорна О.О., СумДУ</i>	
Застосування антигомтоксичних препаратів при комплексній терапії лікування дітей, що часто хворіють .....	62
<i>Юрченко А.В., СумГУ</i>	
Динамика тяжести интоксикации у новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией по показателям красной крови.....	63
<i>Підвисоцька Н.І., Вдовічен А.М, Фугело Н.М., Буковинська державна медична академія</i>	
Мікроядерний індекс у соматичних клітинах дітей з уродженими вадами серцево-судинної системи.....	64
<i>Романюк О.К., Гончарова Н.Ф., Гринько Т.Ю.,Кравченко Н.Л., СумДУ</i>	
Стан біоценозу носоглотки групи дітей раннього віку, які часто і тривало хворіють.....	64
<i>Бойчунь А.А., Коверя О.І., СумДУ</i>	
Ураження підшлункової залози у дітей з хронічною гастродуоденальною патологією.....	65
<i>Матлай О.І., Самусь О.К., СумДУ</i>	
До питання поширеності вживання психоактивних речовин серед підлітків м. Суми.....	66
<i>Заикина Т.И., СумГУ</i>	
Актуальные вопросы гастродуоденальной патологии у детей.....	67

*Витковская Е.М., СумГУ*

Актуальные вопросы заболеваний респираторного тракта у детей..... 68

## **ПЕДІАТРІЯ №2**

*Бабичев А.М., Бабичева А.А., Сумский педагогический университет*  
К вопросу о метаболической кардиопатии у детей..... 68

*Биттерлих Л.Р., Сумская областная детская клиническая больница*  
Превратности методов нейровизуализации..... 69

*Биттерлих Л. Р., Сумская областная детская клиническая больница*  
Реальные способы инструментальной диагностики церебральной гемодинамики..... 70

*Гречана А.Г.; Островська Р.М., СумДУ*  
Ефективність використання рокситроміцину у дітей із захворюваннями органів дихання..... 71

*Козир Ю.М., Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*  
Використання антигомотоксичних препаратів в лікуванні хворих на хронічний гастродуоденіт..... 72

*Козир Ю.М., Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*  
Особенности обмена микроэлементів у дітей з гіпотрофіями..... 73

*Псарьова О.В., Лаба О.В., СумДУ*  
Етіологія захворювань органів дихання у дітей..... 74

*Богданова А.В., Сумская областная детская клиническая больница*  
Альтернативная модель финансирования здравоохранения..... 75

*Лобода А.М., СумДУ*  
Безпечність внутрішньом'язового застосуванні препарату заліза при залізодефіцитній анемії у дітей..... 75

*Лобода Т.О., Ставничий В.Д., СумДУ*  
Ефективність застосування лазеропунктури в комплексному лікуванні енурезу у дітей..... 76

*Маркевич В.В., Пилипець І.В., СумДУ*  
Роль інтерлейкінів у розвитку залізодефіцитної анемії у вагітних..... 77

*Шевченко Ю.Ю., Мороз Т.Д., Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*  
Вплив лікування актиферіном та комплексом вітамінів на перебіг ранньої анемії недоношених..... 77

*Шевченко Ю.Ю., Мороз Т.Д., Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*  
Вплив несприятливих факторів перинатального періоду на частоту виникнення ранньої анемії недоношених..... 78

*Трембовецька Т.А., СумДУ*  
Об'єм інфузійної терапії в неонатології..... 79



<i>Солод А.Ю., Соколік С.В., СумДУ</i>	
Особливості перебігу та лікування хронічних гастродуоденітів у дітей.	80
<i>Л.О. Буцик, СумДУ</i>	
Особливості лікування кон'югаційної гіпербілірубінемії у новонароджених.....	80
<i>Кулик О.М., СумДУ</i>	
Вплив негативних факторів перинатального періоду на виникнення постгіпоксичної кардіопатії у новонароджених.....	81
<i>Загородній М.П., СумДУ</i>	
Медикаментозна алергія у дітей.....	82
<i>Загородня А.П., Мінакова Н.Б., Сумська обласна дитяча клінічна Лікарня</i>	
Аналіз помилок пізньої діагностики сторонніх тіл дихальних шляхів у дітей раннього віку.....	83
<i>Іванова І.Є., СумДУ</i>	
Особливості росту дітей першого року життя, які народились доношеними із затримкою внутрішньоутробного розвитку.....	84
<i>Маркевич В.В., Сумський міський пологовий будинок</i>	
Ефективність глобірону при лікуванні залізодефіцитної анемії у вагітних.....	85
<i>Маркевич В.В., Бабарь Т.В., Сумський міський пологовий будинок</i>	
Особливості перебігу залізодефіцитної анемії у вагітних.....	86
<i>Зайцев І.Е., СумГУ</i>	
Особенности катамнеза у детей, перенесших тяжелое перинатальное Поражение центральной нервной системы.....	86
<i>Козлов О.Л., СумГУ</i>	
Ложная пищевая аллергия у детей.....	87
<i>Зайцева И.И., СумГУ</i>	
Пролапс митрального клапана, как проявление дисплазии соединительной ткани.....	88
<i>Зайцева Г.В., зав. 3-м пед. відділенням СМДЛ</i>	
Захворюваність дітей на першому році життя у матерів з різним рівнем лактації.....	89
<i>Овчаренко І.П., СумДУ</i>	
Лейкемоїдні реакції в педіатрії.....	90

## **АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ**

*Жерновая Я.С., Вержанский П.С.; Дужая О.И., Колесникова О.Г., Колесникова Т.В.*

Особенности хирургического лечения гнойно-септического воспаления придатков матки 91

*Сміян С.А., СумДУ*

Профілактика запальних післяабортних ускладнень з використанням антигомотоксичних препаратів..... 92

*Сухарев А.Б., СумДУ*

Клініко-імунологічні аспекти післяпологових гнійно-запальних захворювань..... 93

*Сумцов Г.О., СумДУ*

Причини гнійно-септичних ускладнень після пологів та абортів ..... 93

*Сумцов Г.О., Орлова О.О., СумДУ*

Особенности ведения хворих після трансвагінальних операцій..... 94

*Жужа М.Л., СумДУ*

Комплексна діагностика внутрішньоутробного інфікування плода..... 94

*Бутенко І.Ю., СумДУ*

Ехографічні маркери ураження фетоплацентарного комплексу при внутрішньоутробному інфікуванні плода..... 95

*Андреева Т.В., СумГУ*

Дистоция плечиков плода..... 96

*Задорожная Ю.А., СумГУ*

Слабость родовой деятельности..... 97

*Гречаная А.Г., СумГУ*

Консервативное лечение лейомиом матки..... 97

*Кузменская М.Л., Войтенко Ю.В., СумГУ*

Содержание тяжелых металлов у беременных, занятых в химической промышленности..... 98

*Решетникова І. Р., Буковинська державна медична академія*

Сучасні підходи до діагностики ендометріозу у жінок з безпліддям... 99

*Бакун О.В., Буковинська державна медична академія*

Гормональний статус у дівчаток з пубертатними матковими кровотечами..... 100

*Жук В.Ю., Клишкан В.Ю., Жук И.В., Донецкий государственный Медицинский университет им. М.Горького*

Роль узи в диагностике и лечении пиелонефрита у беременных..... 101

*Шипитко М.Д., Юзько О.М., Буковинська державна медична Академія*

Сучасні методи оцінки стану ендометрію в менопаузі..... 102

*Ступакова А.В., Запорожский государственный медицинский  
Университет*

Тактика ведения беременности и родов при антенатальной УЗИ-  
диагностики признаков обвития пуповины вокруг шеи плода..... 103

*Томачинская Л.П., Богослав Ю.П., Айкашев С.А., Донецкий государ-  
ственный медицинский университет*

Аромафизיותרapia при нарушениях менструального цикла..... 104

*Крамарова К. О., Одеський Державний Медичний Університет,*

Стан гемодинаміки матки у жінок у першому триместрі вагітності при  
нездійсненому викидні..... 104

*Цинтар С.А., Пересулько О.П., Буковинська державна медична  
Академія*

Особливості гестації у жінок після терапії гіперплазій ендометрію. 105

## **ТЕРАПІЯ**

*Рачинский И.Д., СумГУ*

Возрастная эволюция пороков сердца..... 106

*Деміхова Н.В., СумДУ*

Вплив еналаприлу на клініко-метаболічні показники у хворих на цук-  
ровий діабет II типу в поєднанні з артеріальною гіпертензією..... 107

*Псарьова О.В., СумДУ*

Езофагеальний рН-моніторинговий тест у хворих на бронхіальну астму. 107

*Рокитянська Г.А., Здобнева Ю.В., Зубко М.М., Пономаренко С.М.,  
СумДУ*

Показники функції зовнішнього дихання у хворих на бронхіальну аст-  
му в залежності від індексу маси тіла..... 108

*Мясоедова М.А., СумГУ*

Артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия, как один из основ-  
ных факторов риска сердечно-сосудистых осложнений..... 109

*Маковецкая С.С., Лаба Е.В., СумГУ*

Фибриляция предсердий: этиологические, возрастные и половые ас-  
пекты среди стационарных боль- 110  
ных.....

*Гученко П.В., Цыганок Е.В.,*

Обследование больных чернобыльского контингента с латентной ише-  
мической болезнью сердца..... 110

*Короза С.А., Забара Н.Н., СумГУ*

Эффективность применения нимесулида при лечении больных осео-  
артро- 111  
зом.....

<i>Короза С.А., Зайцева В.А, СумГУ</i>	
Эффективность микро-пульс-терапии метилпреднизолоном у больных ревматоидным артритом II-III степени активности.....	112
<i>Мажуга М.І., зав. поліклінікою ЦРЛ м. Шостка;</i>	
<i>Луценко-Христій О.Г., СумДУ</i>	
Поширеність гастродуоденальної патології серед молоді призовного віку. Етіологічні, соціальні і клінічні аспекти.....	112
<i>Подорога О.І., Кобилецька Н.О., СумДУ</i>	
Скринінг раку щитовидної залози по Сумській області.....	113
<i>Приступа Л.Н., СумДУ, Дитко В.В., учениця МАН</i>	
Розповсюдженість метаболічного синдрому у хворих на бронхіальну астму .....	114
<i>Бардюк О.В., Шатохіна О.С., Коваленко О.В., Аношенко Ю.В., СумДУ</i>	
Клінічний перебіг бронхіальної астми у поєднанні із гастроєзофагальним рефлюксом.....	115
<i>Железний В.П., І-я городська больниця; Грищенко Ю.Е., СумГУ</i>	
Сравнительная характеристика β-блокаторов в лечении больных с хронической сердечной недостаточностью ІV функционального класса.....	115
<i>Катернех Аббас Алі, СумДУ</i>	
Апоптоз епітеліоцитів слизової шлунка у залежності від ступеню обсіменіння helicobacter pylori.....	116
<i>Загородній О.М., СумДУ</i>	
Використання антигомотоксичних препаратів в лікуванні хворих на хронічний гастродуоденіт.....	117
<i>Штукин С.Н, СумГУ</i>	
Сравнительная характеристика современных антацидных средств в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.....	118
<i>Гапонова О., СумГУ</i>	
Патология щитовидной железы у больных ревматоидным артритом.....	118
<i>Москаленко Р.А., СумГУ</i>	
Оценка йодной недостаточности в сумской области с клинической и экологической точки зрения.....	119
<i>Коломиец В.В., Грона Н.В., Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького</i>	
Сравнительная характеристика влияния ателолола и небиволола на почечный кровоток при артериальной гипертензии.....	120
<i>Бобрышев К. А, Донскова Т. В., Боброва Е. В., Донецкий государственный медицинский университет</i>	
Влияние фелодипина на кровоснабжение почек при эссенциальной гипертензии.....	120

<i>Тюрина С. Н., Донецкий государственный медицинский университет</i> Внутриклубочковая гидродинамика при хроническом пиелонефрите, осложнённом вторичной артериальной гипертензией.....	121
<i>Бабиц О.Ю., Донецький державний медичний університет</i> Значення німої ішемії міокарда у хворих на есенціальну гіпертензію....	122
<i>Пархоменко Т.А., Грушко И.В., Донскова Т.В., Елина М.А., Хандельды Е.В., Донецкий государственный медицинский</i> Неинфекционные заболевания и факторы риска их возникновения у трудящихся промышленного предприятия г. Донецка.....	123

## **ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ**

<i>Троцька І.О., Клименко Н.В., Рябіченко В.В., Сумська обласна клінічна інфекційна лікарня ім. З.Й. Красовицького</i> Іксодовий кліщовий бореліоз на Сумщині.....	123
<i>Дьяченко П.А., СумГУ</i> Клинические особенности хронических вирусных гепатитов В и С.....	124
<i>Немцова О. М., СумДУ</i> Особливості перебігу гострих кишкових інфекцій ешерихіозної та клебсієльозної етіології.....	125
<i>Удальцева І.В., СумДУ</i> Клініко-епідеміологічні особливості лептоспірозу в сумській області....	126
<i>Фісун Я.В., СумДУ</i> Об'єктивізація критеріїв ступеня тяжкості при сальмонельозі.....	126
<i>Біла О.І., Скалевська Є.Д., СумДУ</i> Терапевтична ефективність глутаргіну в комплексному лікуванні хво- рих на гострі вірусні гепатити.....	127
<i>Брага Т.В., Прокопенко І.О., СумДУ</i> Перебіг гострого вірусного гепатиту а у дітей.....	128
<i>Вишелеський С.Ю., СумДУ</i> Використання озонотерапії в комплексному лікуванні гострих вірусних гепатитів.....	129
<i>Наконечна Ю.А., СумДУ</i> Клінічні особливості клебсієльозів.....	129
<i>Полов'ян К.С., Кмита О.П., СумДУ</i> Ефективність гідроколонотерапії у комплексному лікуванні гострих вірусних гепатитів.....	130
<i>Черенько М.С., Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця</i> Грибкова інфекція у ВІЛ-інфікованих осіб.....	131

<i>Арістов В.Л., Арістова Н.Г., Саміляк А.А., Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця</i>	
Sars – нова проблема медицини.....	131

## **НЕВРОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ**

<i>Коленко О.І., СумДУ</i>	
Летальність від мозкового інсульту в сумах за даними реєстру 2001-2002 рр.....	132
<i>Коленко О.І., аспірант, Скульбеда А.Є., СумДУ</i>	
Комп'ютерна томографія у діагностиці мозкового інсульту зі сприятливим перебігом гострого періоду.....	133
<i>Андреева Т.В., СумДУ</i>	
Аналіз причин порушення мозкового кровообігу у молодих.....	133
<i>Геґешко В.В., СумГУ</i>	
Особенности експресивного поведення у больных, страдающих наркоманией.....	134
<i>Ярова О.Д., Северіна О.С., СумДУ</i>	
Причини смерті хворих на мозковий інсульт.....	135
<i>Козинець Ж.М., 4-а міська клінічна лікарня; Шевченко А.В., 5-а міська клінічна лікарня</i>	
Віддалені наслідки закритих черепно-мозкових травм, клініка, діагностика.....	136
<i>Бражник Л.Е., 4-я городская больница</i>	
Атипичное течение вирусных энцефалитов.....	136
<i>Животовський Р.В., 4-а міська лікарня</i>	
Співвідношення гострого періоду інфаркта мозку і артеріальної гіпертензії.....	137
<i>Кмита О.П. СумДУ</i>	
Судово-медична оцінка ступеня тяжкості черепно-мозкових травм у дітей.....	138
<i>Пурденко Т.Й., Українська медична стоматологічна академія</i>	
Гістологічні та морфометричні особливості супраоптичного та паравентрикулярного ядер гіпоталамуса на фоні хронічної ішемічної хвороби серця та мозку.....	139
<i>Шемберко Н.М., Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця м. Київ</i>	
До питання терапії розсіяного склерозу.....	139
<i>Доля Е.В., Запорожский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии</i>	
Влияние низкоионизирующего лазерного облучения на содержание церулоплазмينا у больных труднокурабельной формой эпилепсии.....	140

*Галась М.О. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця м. Київ*

Використання фізичних вправ у реабілітації хворих розсіяним склерозом..... 141

*Ряполова Т.Л., Осокіна О.И., Донецький державний медичний університет*

К вопросу о сплоченности и адаптации в семьях женщин с депрессией в структуре невротических расстройств..... 142

## **ХІРУРГІЯ**

*Степанченко О.М., Голуб А.М., СумДУ*

Результати лікування хворих з гострим порушенням мезентеріального кровообігу..... 142

*Майборода А.О. СумДУ*

Реконструктивно-відновлювальні втручання у лікуванні онкохворих.... 143

*Пучков Б.О., Ковальчук О.В., СумДУ*

Відновлювально-реконструктивні операції після обструктивної резекції за гартманом..... 144

*Кондрачук О.С., Сорока Т.Д., СумДУ*

Деякі питання оптимізації рентгенологічних досліджень при болях у хребті..... 145

*Сокіл О.В., Дегтяренко І.О., СумДУ*

Діагностика і лікування закритих пошкоджень органів черевної порожнини в поєднанні з черепно-мозковою травмою..... 145

*Кобилецька Н.А., СумДУ*

Кісти підшлункової залози та досвід їх лікування..... 146

*Шкіра О.В., СумДУ*

Особливості перебігу виразкової хвороби ускладненої кровотечею у жінок..... 147

*Зубко о.м., СумДУ*

Ефективність кватетела у лікуванні хворих із виразковою хворобою, ускладненою кровотечею..... 147

*Артеменко А.О., СумДУ*

Порівняльна характеристика клінічного перебігу тиреотоксичної ентевропатії у хворих на дифузний токсичний зоб..... 148

*Дегтяренко І.О., СумДУ*

Раціональна підготовка пацієнтів до традиційних променевих досліджень (рентгенологічних та ультразвукових)..... 149

*Решетнік Н.Ю., СумДУ*

Сучасні рентгеноконтрастні речовини та деякі проблеми їх використання при рутинних дослідженнях..... 149

<i>Шевченко В.В., Яковенчук О.М., СумДУ</i>	
Сучасні тенденції в комплексному лікуванні синдрому діабетичної стопи.....	150
<i>Вакулішина Н.О., Товстенко Ю.В., СУМДУ</i>	
Топографо-анатомічне обґрунтування оперативних втручань при глибоких флегмонах шії.....	151
<i>Шевченко Т.В., СумДУ</i>	
Хірургічне лікування гігантської післяопераційної вентральної грижі з використанням алотрансплантанта.....	151
<i>Бойчунь А.О., Матлай О.І., СумДУ</i>	
Хірургічне лікування гострого панкреатиту.....	152
<i>Брага Т.В., Брага І.В., СумДУ</i>	
Пошкодження сечового міхура.....	153
<i>Бурковський А.Е., СумДУ</i>	
Хірургічне лікування хворих на синдром “діабетичної стопи”.....	153
<i>Гольченко Н.О., СумДУ</i>	
Методи ендоскопічної діагностики та зупинки кишково-шлункових кровотеч.....	154
<i>Горбасьов В.В., СумДУ</i>	
Закриті пошкодження нирок.....	155
<i>Горбасьова І.В., СумДУ</i>	
Заочеревинні крововиливи.....	155
<i>Добронос А.В., СумДУ</i>	
Закриті пошкодження тонкої кишки.....	156
<i>Кмита О.П., Бутенко С.П., СумДУ</i>	
Поєднані пошкодження органів черевної порожнини.....	157
<i>Лукавенко І.М., СумДУ</i>	
Пошкодження печінки.....	157
<i>Панько Н.О., СумДУ</i>	
Оцінка симптомів спайкового синдрому, як фактор діагностики.....	158
<i>Полторацький В.А., СумДУ</i>	
Хірургічне лікування хворих з травмою селезінки з урахуванням її ангіоархітектоніки.....	159
<i>Солопчук О.Д., Москаленко Р.А., СумДУ</i>	
Діагностика і лікування защемлених гриж черевної стінки.....	159
<i>Чубун Д.А., СумДУ</i>	
Клінічні аспекти виразкової хвороби, ускладненої кровотечею.....	160
<i>Язиков О.В., Білоус І.М., СумДУ</i>	
Закриті пошкодження черевної стінки.....	161
<i>Шевченко М.Ю., Шевченко Ю.А., СумГУ</i>	
Опыт оперативного лечения детей с острыми заболеваниями яичек.....	161



<i>Овечкин Д.В., Сумская обласная детская клиническая больница</i> Особенности острого гематогенного остеомиелита у детей по материалам хирургического отделения СОДКБ.....	162
<i>Овечкин В.С., Крупкина Л.А., Сумская обласная детская клиническая больница</i> Современный подход к диагностике и лечению инвагинации у детей....	163
<i>Овечкін В.С., Гуменюк Л.В., Овечкін Д.В., Сумська обласна дитяча клінічна лікарня</i> Сучасний підхід до оздоровлення дітей диспансерної групи хірургічного профілю.....	164
<i>Гайдаржи Е.И., Запорожский государственный медицинский Университет</i> Профилактика поврежденных внепечёночных жёлчных протоков (вжп) при идеолапароскопической холецистэктомии.....	164
<i>Коломоєць О.М., Курулюк Р.С., Буковинська державна медична академія</i> Мікробіологічна характеристика жовчі, перитонеального ексудату та порожнини товстої кишки при жовчному перитоніті.....	165
<i>Драгомерецкий М.Н., Луганский медицинский университет</i> Аутодермальная герниопластика при послеоперационных вентральных грыжах.....	166
<i>Щербина М.В., Смерека А.В., Національний медичний університет імені О.О. Богомольця</i> Варианти використання антрумектомії з ваготомією в лікуванні виразок дванадцятипалої кишки, що кровоточать.....	166
<i>Бараннік А.С., Дніпропетровська медична академія</i> Клінічні аспекти антибактеріальної терапії гострого панкреатита.....	167
<i>Родинська Г.О., Дніпропетровська медична академія</i> Гепаторенальний синдром при гострому холециститі.....	168
<i>Дмитренко С.С., Харківського інституту невідкладної та загальної хірургії</i> Роль аутолейкоцитарної перфузії ліків в комплексному лікуванні хворих із синдромом діабетичної стопи.....	169

## **АНЕСТЕЗИОЛОГІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ**

<i>Полторацький В.А., СУМДУ</i> Лікування переломів хірургічної шийки плечової кістки.....	170
<i>Новицкая М.А., СумГУ</i> Проводниковая анестезия при операциях у травматологических больных.....	171

<i>Лыхобаба Н.П., СумГУ</i>	
Опыт лечения перелома нижнегрудного и поясничного отдела позвоночника.....	172
<i>Гоман А.В., студ., СумГУ</i>	
Консервативные и оперативные методы лечения диафизарных переломов плеча.....	172
<i>Змысля И.Ф. СумГУ</i>	
Переломы костей среднего отдела стопы.....	173
<i>Ступин А.Б., СУМГУ</i>	
Переломы локтевого отростка.....	173
<i>Попадюк С.П., СумГУ</i>	
Применение аппаратов внешней фиксации у больных с тяжелой скелетной травмой.....	174
<i>Брага Т.В. СумДУ</i>	
Клінічні прояви гіпермобільного синдрому у дітей та підлітків.....	175
<i>Алі Хасан Самман; Ніколаєнко В.О.; Бавикін Е.М., Романюк К.А., Каушан С.С., СУМДУ</i>	
Аналіз захворюваності жителів м. Суми на сечокам'яну хворобу по матеріалам міського урологічного центру сумської міської лікарні за 5 років (1999-2003рр.).....	175
<i>Синенко С.О., СумДУ</i>	
Синдром «Сухого ока»: хвороба цивілізації.....	176
<i>Баклаєнко Д.И., Синегубов Д. А., Днепрпетровская государственная медицинская академия</i>	
Оценка боли при двухстороннем коксартрозе iii степени методом многомерной семантической дескрипции.....	177
<i>Лапін П.В., Гончар В.В., Стариченко С. М., Шевченко Т.С., Покотцька О.Б., Костюкова Д.М.; Русанюк В.Ю., Національний медичний університет</i>	
Знеболювання кеторолаком при політравмі у дітей в післяопераційному періоді.....	179
<i>Сологуб Г.Є., Криворучко В.С., Гуцол О.М., Богославская І.В.; Мельник О.П., Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця.</i>	
Використання анекаїна в анестезіологічній практиці.....	179
<i>Зуб Т.А. , Шинкаренко М.М. , Носивець Д.С., Дніпропетровська державна медична академія, Україна</i>	
Відновлення опорної функції нижніх кінцівок при деяких формах коксартрозу після тотального ендопротезування.....	180
<i>Кривобок А.Г., Донецкий медицинский университет им. М. Горького</i>	
Патофизиологическая оценка общего и местного иммунитета больных стриктурами уретры.....	181

## ПРОФІЛАКТИЧНА ДИСЦИПЛІНА

*Аль-Таххан И.Г. СумГУ*

Анализ показателей младенческой смертности в сельских районах Сумской области..... 182

*Звягельская О.В. СумГУ*

Тенденция младенческой смертности на сСумщине (1994 – 2003 гг.).... 182

*Васильев К.К., Павлычева С.В., СумГУ*

Из истории гистологической лаборатории императорского Харьковского университета проф. Н.К. Кульчицкого: исследования Г.А. Маслова (1862-1925)..... 183

*Павлычева С.В., СумГУ*

К истории научной школы проф. Н.К. Кульчицкого (1856-1925)..... 184

*Берегова Ю.М., Центр досліджень науково-технічного потенціалу та історії науки ім. Г.М. Доброва*

Започаткування академіком В.Г. Дроботько досліджень антибіотичних речовин вищих рослин..... 185

*Доценко Н.П., Центр досліджень науково-технічного потенціалу та історії науки НАН України, м. Київ*

І.В.Базилевич – видатний український терапевт і геронтолог..... 186

*Гороховатська О.Я., Центр досліджень науково-технічного потенціалу та історії науки ім. Г. М. Доброва НАН України*

Основні напрями розвитку біологічної та медичної кібернетики..... 187

*Ванханен В.Д., Выхованец Т.А., Гончаров Г.Я., Лытко С.Б.,*

*Салоникиди А.И., Усенко А.Д., Черенков В.М. Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького*

Применение концепции критической контрольной точки при анализе санитарно-эпидемических факторов риска в общественном питании (к вопросу профилактики острых кишечных инфекций и бактериальных пищевых отравлений)..... 188

*Солдак І.І., Небесна В.В., Брюханова С.Т., Сімакопуло В.А., Донецький державний медичний університет*

Способи нормалізації функціонального стану людей, які підлягають впливу охолоджуючого мікроклімату..... 188

## ДЕРМАТОЛОГІЯ

<i>Муат Алавніх, СумДУ</i>	
Патогенетична роль похідних арахідонового каскаду при псоріазі.....	189
<i>Мухейсін Ваел Юсеф, СумДУ</i>	
Система вторинних посередників у хворих на вугрову хворобу.....	190
<i>Куц Л.В., СумДУ</i>	
Цитокіновий статус хворих на атопічний дерматит.....	191
<i>Тарнопольська С.М., СумДУ</i>	
Ентеросорбентна терапія хворих на екзему та нейродерміт.....	192
<i>Аль-Хатіб Омар, Кафедра дерматовенерології КМАПО</i>	
Механізми розвитку екзематизації при мікозах ступнів.....	193
<i>Сулім А.Г., СумДУ</i>	
Нові аспекти лікування хворих на демодикоз та acne rosacea.....	194
<i>Кунцевич Ю.П., Тригуб О.В., Українська медична стоматологічна академія</i>	
Особливості рівня статевих гормонів у жінок перименопаузального віку хворих на екзему.....	194
<i>Зубченко Н.Л., Днепропетровская государственная медицинская академия</i>	
Описание случая редко встречающегося линейного варианта красного плоского лишая.....	195

*Наукове видання*

*Матеріали*

*III Всеукраїнської науково-практичної конференції  
викладачів, студентів та молодих вчених  
“Сучасні проблеми клінічної та теоретичної медицини”*

*Редколегія:*

проф. Сміян О.І., проф. Романюк А.М., проф. Сікора В.З.,  
проф. Атаман О.В., проф. Каплін М.М., проф. Жернова Я.С.,  
проф. Маркевич В.Е., проф. Попов В.С., проф. Потапов О.О.,  
проф. Васильєв К.К., проф. Кононенко М.Г., проф. Дужий І.Д.,  
проф. Орловський В.Ф., проф. Дяченко А.Г., проф. Рачинський І.Д.,  
доц. Чемич М.Д., доц. Шищук В.Д., доц. Коленко Ф.Г., доц. Висоцький І.Ю.

Стиль та орфографія авторів збережені.

План 2004 р.  
Підп. до друку  
Тираж 100 прим.  
Безкоштовно.

Формат 60x84 1/16.  
Замовлення №  
Обл. – вид. арк.  
Умовн. друк. арк.

---

Видавництво СумДУ. Р.с. № 34 від 11.04.2000.  
40007, м. Суми,  
вул. Римського-Корсакова, 2

---

Друкарня СумДУ. 40007, м.Суми,

вул. Римського-Корсакова, 2