

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ**

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИХ КОНФЕРЕНЦІЙ
СТУДЕНТІВ, МОЛОДИХ ВЧЕНИХ, ЛІКАРІВ ТА ВИКЛАДАЧІВ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»,
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ»,
«МІКРОЕЛЕМЕНТОЗИ В КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ»**

(Суми, 21-23 квітня 2010 року),

**«ACTUAL PROBLEMS OF FUNDAMENTAL AND CLINICAL MEDICINE
(IN ENGLISH)»**

(Суми, 22-23 квітня 2010 року)

ЗМІСТ

1.	Програма конференції «Актуальні питання теоретичної медицини».....	4
2.	Програма конференції «Актуальні питання клінічної медицини».....	9
3.	Програма конференції «Мікроелементози в клінічній медицині».....	26
4.	Програма конференції «Actual problems of fundamental and clinical medicine (in english)».....	27
5.	Матеріали конференції «Актуальні питання теоретичної медицини».....	30
5.1.	Секція морфології.....	30
5.2.	Секція теоретичної та експериментальної медицини (медична біологія, фізіологія, патофізіологія, біохімія, фармакологія).....	53
5.3.	Секція профілактичних дисциплін та історії медицини.....	64
6.	Матеріали конференції «Актуальні питання клінічної медицини».....	81
6.1.	Секція внутрішньої медицини.....	81
6.2.	Секція акушерства та гінекології.....	100
6.3.	Секція інфекційних хвороб.....	110
6.4.	Секція сімейної медицини.....	122
6.5.	Секція ортопедії, травматології, невідкладних станів, урології, реаніматології, офтальмології, оториноларингології.....	139
6.6.	Секція хірургії №1.....	155
6.7.	Секція хірургії №2.....	163
6.8.	Секція нейрохірургії, неврології, психіатрії та дерматовенерології.....	177
6.9.	Секція педіатрії №1.....	189
6.10.	Секція педіатрії №2 (доповіді присвячені 20-річчю Сумської обласної дитячої клінічної лікарні та 10-річчю кафедри педіатрії).....	213
7.	Матеріали конференції «Мікроелементози в клінічній медицині».....	235
8.	Матеріали конференції «Actual problems of fundamental and clinical medicine (in english)».....	243
8.1.	Секція теоретичної медицини.....	243
8.2.	Секція клінічної медицини.....	251

ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»

Секція морфології

Голови: проф. В.З. Сікора, проф. А.М. Романюк.
Секретар – к.м.н., асист. Г.Ю. Будко.

21 квітня 2010 р.
Початок о 15⁰⁰, ауд. кафедри анатомії людини.

1. Будко Г.Ю., Москаленко Р.А., Горбенко Н.І., студ. 4-го курсу.
«Значення татуювань у прозекторській діяльності патологоанатома і судово-медичного експерта».
СумДУ, кафедра патоморфології.
2. Воробйова Ю.М., Борщ С.М.
«Статистичний аналіз особливостей патоморфологічних змін передміхурової залози чоловічого населення сумського регіону».
Науковий керівник - к.м.н., асист. Г.Ю. Будко.
СумДУ, кафедра патоморфології.
3. Гирявенко Н.І.
«Особливості макро- та мікроскопічного характеру первинного раку маткових труб».
Науковий керівник – проф. А.М. Романюк.
СумДУ, кафедра патоморфології.
4. Ісаєва В.Є., Карпенко Л.І., Будко Г.Ю., Єрмоленко Т.С., студ. 3-го курсу.
«Правові аспекти діяльності патологоанатомічної служби в сучасних умовах».
СумДУ, кафедра патоморфології.
5. Литюга Я.В., студ., 3-го курсу.
«Порівняльний аналіз структури патології диспансерної групи гінекологічних хворих».
Науковий керівник – к.м.н., доц. Л.І. Карпенко.
СумДУ, кафедра патоморфології.
6. Малець Л.О., Москаленко Р.А.
«Навчальний відеофільм «Аутопсійне дослідження людини»».
Науковий керівник – д.м.н., проф. А.М. Романюк.
СумДУ, кафедра патоморфології.
7. Москаленко Р.А.
«Вплив модельованого мікроелементозу на критичну напругу у стінці фолікулів».
Науковий керівник – проф. А.М. Романюк.
СумДУ, кафедра патоморфології.
8. Москаленко Ю.В., Сауляк С.В.
«Морфологічні зміни яєчок статевонезрілих щурів під впливом несприятливих екзогенних чинників».
Науковий керівник – д.м.н., проф. А.М. Романюк.
СумДУ, кафедра патоморфології.
9. Карпенко Л.І., Будко Г.Ю., Резнік А.В., студ. 4-го курсу.
«Морфологічні зміни у легенях хворих з тяжким перебігом грипу А/Н1Н1 під час епідемії».
СумДУ, кафедра патоморфології.
10. Романюк А.М., Москаленко Р.А., Ліндін М.С.
«Система підтримки прийняття рішень (СППР) у діагностиці проліферативних процесів молочної залози».
СумДУ, кафедра патоморфології.
11. Романюк А.М., Москаленко Р.А., Карпенко Л.І., Іваній О.І., Шевченко М.В., студ. 5-го курсу.
«Морфологічна класифікація бронхіальних кіст».
СумДУ, кафедра патоморфології.
12. Сауляк С.В., Москаленко Ю.В.
«Гістологічні та гістохімічні методики дослідження морфології яєчка».
Науковий керівник – д.м.н., проф. А.М. Романюк.
СумДУ, кафедра патоморфології.
13. Сизоненко В.Т., Семілет Д.Г.
«Гінекологічна онкологічна патологія серед жінок, що працюють у машинобудівній галузі».
Науковий керівник – к.м.н., доц. Л.І. Карпенко.
СумДУ, кафедра патоморфології.

14. *Кузьмінов П.О., Малець Л.О., Циган О.М., студ. 3-го курсу.*
«Актуальні питання діагностики синдрому раптової смерті у дітей».
Науковий керівник – к.м.н., доц. Л.І. Карпенко.
СумДУ, кафедра патоморфології.
15. *Гольченко Н.О.* , Шевцова Ю.М., студ. 4-го курсу.*
«Особливості морфофункціонального стану слизової оболонки шлунка в нормі та при патології населення Сум та Сумської області».
Науковий керівник - к.м.н., асист. Г.Ю. Будко.
Сумський державний університет, кафедра патоморфології, *СОКЛ.
16. *Фомина К.А.*
«Сравнительные морфологические изменения в строении гипофиза белых крыс после длительного применения антиоксидантов».
Луганский государственный медицинский университет, кафедра анатомии человека.
17. *Сікора В.З., Погорєлов М.В.*
«Центр морфологічних досліджень медичного інституту СумДУ – перспективи розвитку».
СумДУ, кафедра анатомії людини.
18. *Бончев С.Д., студ. 6-го курсу.*
«Біоматеріали на основі хітозану для лікування опікових ран: дослідження фізико-хімічних властивостей та in-vivo-тести».
Науковий керівник – к.м.н., доц. М.В. Погорєлов.
СумДУ, кафедра анатомії людини.
19. *Погорєлов М.В., Бойко В.О., студ. 5-го курсу.*
«Морфологія кісткового регенерату у тварин молодого віку в умовах гіпоосмолярної гіпергідрії».
СумДУ, кафедра анатомії людини.
20. *Устянський О.О., Якубанець Д.П., Абухамаш Е.В., Літвінова Ю.О., студ. 2-го курсу.*
«Тотальний анатомічний препарат скелетних м'язів людини, виготовлений методом пластинації».
СумДУ, кафедра анатомії людини.
21. *Васько Л.В., Тихановський М.Ф., Хандога В.С., студ. 2-го курсу.*
«Аналіз морфометричних результатів посттравматичної регенерації опроміненого сідничного нерва».
СумДУ, кафедра патоморфології.
22. *Бумейстер В.І., Сікора В.В., студ. 2-го курсу.*
«Ультраструктурна організація остеобластів кісткового регенерату в умовах загальної дегідратації».
СумДУ, кафедра анатомії людини.
23. *Волкогон А.Д.*
«Морфологічні зміни легеневої тканини щурів різного віку в умовах токсичної дії солей важких металів та коригуюча дія препарату емоксипін».
СумДУ, кафедра анатомії людини.
24. *Ткач Г.Ф., Дубовик Є.І., студ. 3-го курсу.*
«Морфологічна характеристика клубових кісток щурів старечого віку в умовах гіпергідрії тяжкого ступеня».
СумДУ, кафедра анатомії людини.
25. *Кореньков О.В.*
«Специфічні особливості мікроскопічної будови регенерату довгих кісток скелета у щурів зрілого віку в умовах техногенного мікроелементозу організму».
Науковий керівник – проф. В.З. Сікора.
СумДУ, кафедра анатомії людини.
26. *Дубовик Є.І., студ. 3-го курсу; Бойко В.О., студ. 5-го курсу.*
«Особливості остеогенезу кісток скелета щурів при змодельованій гіпергідрії тяжкого ступеня».
Науковий керівник – доц. Г.Ф. Ткач.
СумДУ, кафедра анатомії людини.
27. *Приходько О.О.*
«Морфологічні параметри еритроцитів щурів старечого віку в умовах техногенного мікроелементозу організму».
Науковий керівник – проф. В.З. Сікора.
СумДУ, кафедра анатомії людини.
28. *Сулим Л.Г.*
«Мікроструктурні перетворення паренхіми нирок під впливом солей важких металів».
СумДУ, кафедра анатомії людини.
29. *Устянський О.О., Андрусенко З.М., студ. 1-го курсу.*
«Індивідуальна анатомічна мінливість симпатичного стовбура людини».

СумДУ, кафедра анатомії людини.

30. *Воронцов С.О., студ. 1-го курсу.*

«Морфологічна перебудова гепатоцитів щурів старечого віку в умовах сублетальної гіпергідратації організму».

Науковий керівник – ст. викл. І.В. Болотна.

СумДУ, кафедра анатомії людини.

31. *Корнейкова І.П.*

«Особливості морфоструктури гіпофіза у білих лабораторних щурів - самців при змодельованій гіпергідрії».

Науковий керівник – проф. В.З. Сікора.

СумДУ, кафедра анатомії людини.

32. *Устянський О.О., Логвінова О.В., Проценко О.В., Кривогуз А.А., студ. 1-го курсу.*

«Варіанти анатомічної будови м'язів передпліччя».

СумДУ, кафедра анатомії людини.

33. *Романовська А.А., студ. 1-го курсу.*

«Зміни хімічного складу печінки щурів молодого віку на тлі водного отруєння тяжкого ступеня».

Науковий керівник – ст. викл. І.В. Болотна.

СумДУ, кафедра анатомії людини.

**Секція теоретичної та експериментальної медицини
(медична біологія, фізіологія, патофізіологія, біохімія, фармакологія)**

Голови: проф. О.В. Атаман, проф. І.Ю. Висоцький.

Секретар – доц. В.Ю. Гарбузова.

21 квітня 2010 р.

Початок о 15⁰⁰, вул. Санаторна, 31, каф. патофізіології

1. *Атаман О.В., Гарбузова В.Ю.*

«Роль поліморфізму генів у патогенезі серцево-судинних захворювань».

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології.

2. *Гарбузова В.Ю., Железний В.П.**

«Алельний поліморфізм генів факторів згортання крові як чинник розвитку серцево-судинних захворювань».

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології, *Сумська міська клінічна лікарня №1.

3. *Гарбузова В.Ю., Дубовик Є., студ. 3-го курсу.*

«Вивчення T⁻¹³⁸→C-поліморфізму промотору матриксного GLA-протеїду у хворих на гострий коронарний синдром».

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології.

4. *Борсук А.Д., студ. 4-го курсу.*

«Роль матричного GLA-протеїду в розвитку онкологічних захворювань».

Науковий керівник - проф. О.В. Атаман.

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології.

5. *Обухова О.А.*

«Вивчення генетичної схильності людини до різних видів спорту».

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології.

6. *Хижня Я.В.*

«Мікротвердість стегнової кістки у щурів за умов гіпервітамінозу D».

Науковий керівник – проф. О.В. Атаман.

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології.

7. *Наумко Р.Ф.*

«Зміни вмісту міді та цинку в тканинах судинної стінки за умов впливу високих доз адреналіну».

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології.

8. *Покотило К.В., студ. 6-го курсу.*

«Вплив високих доз адреналіну на зміни вмісту заліза та марганцю у тканинах судинної стінки».

Науковий керівник – к.м.н., асист. Р.Ф. Наумко.

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології.

9. *Лось Л.О., Хитрий І.В., студ. 4-го курсу.*

«Вміст мікроелементів у тканинах аорти та кісток у щурів на фоні хронічної ниркової недостатності».

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології.

10. *Янчик Г.В., Зудіна Т.О., Мірошніченко Г.І., студ. 2-го курсу.*

«Добові коливання рівня працездатності у студентів молодших курсів».

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології.

11. *Гарбузова В.Ю., Лось Л.О.*

«Вплив фізичного навантаження на кардіогемодинамічні показники студентів».
СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології.

12. *Воробйова Ю.М., студ. 2-го курсу.*

«Стан серцево-судинної системи школярів під час емоційних і фізичних навантажень».
Науковий керівник – доц. В.Ю. Гарбузова.
СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології.

13. *Будко В.В., Шакоцько С.В., студ. 1-го курсу.*

«Дослідження пальцевих візерунків близнюків».
Наукові керівники – асист. О.А. Обухова, доц. О.Ю. Смірнов.
СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології.

14. *Бокатов А.В., студ. 2-го курсу.*

«Нобелівська премія по фізіології і медицини 2009 року».
Науковий керівник – асист. Л.О. Лось.
СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології.

15. *Качанова А.А., Высоцкий И.Ю., Федорова И.П., *Высокая Е.И., студ. 3-го курса**.*

«Эффективность производных п-винилпирролидонмалеинового ангидрида при острой интоксикации эпихлоргидрином».
СумГУ, кафедра биохимии и фармакологии.

*Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко.

**Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца.

16. *Коваль И.А., Заиченко Л.В., студ. 3-го курса.*

«Потенцирование пропранололом натрийуретического эффекта фуросемида»
Научный руководитель – доц. Р.А. Храмова.
СумГУ, кафедра биохимии и фармакологии.

17. *Прімова Л.О.*

«Біологічно активні речовини міцеліальних грибів».
СумДУ, кафедра біохімії і фармакології.

18. *Кадацький М.Д., студ. 3-го курсу.*

«Визначення деяких нейропептидів гіпофіза шурів методом мас-спектрометрії з іонізацією уламками поділу каліфорнію-252».
Науковий керівник – доц. Л.І. Гребеник.
СумДУ, кафедра біохімії та фармакології.

19. *Чорна І.В.*

«Дослідження пошкоджень ДНК-клітин та їхньої репарації із застосуванням методу ДНК-комет».
СумДУ, кафедра біохімії та фармакології.

20. *Соловьева И.В., Перетяцько Д.С., Курило А.В., Горлов Н.С.*

«Оценка содержания сфингозина в опухолевых клетках культуры НЕР-2 при активации и блокаде опиатных рецепторов».
Научный руководитель – проф. И.А. Комаревцева.
Луганский государственный медицинский университет, кафедра медицинской химии.

21. *Фролов О.К., Копійка В.В., Федотов Є.Р., Литвиненко Р.О.*

«Вплив екзогенних біологічно активних речовин медичної п'явки на пігментоутворення сапрофітних бактерій».
Запорізький національний університет, кафедра імунології та біохімії.

Секція профілактичних дисциплін та історії медицини

Голова – д.м.н., проф. К.К. Васильєв.

Секретар – О.М. Вишнева.

21 квітня 2010 р.

Початок о 15⁰⁰, кафедра гігієни та екології, соціальної медицини та організації охорони здоров'я.

1. *Васильєв К.К.*

«О фотографии Антона Павловича Чехова 1883 года (к 150-летию со дня рождения писателя)».
СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения.

2. *Васильєв К.К.*

«Из биографии профессора-невропатолога Григория Ивановича Россолимо (1860-1928)».
СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения.

3. *Васильєв К.К.*

«К биографии доктора Исаака Наумовича Альтшуллера (1870-1943)» (По архивным данным).
СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения.

4. *Васильев К.К.*
«Военный врач Иван Иванович Крашенинников (1869-1940)» (К истории медицинской политической эмиграции).
СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения.
5. *Руда С. П.*
«Видатний вітчизняний лепролог Г.М. Мінх».
Центр досліджень науково-технічного потенціалу й історії науки ім. Г. М. Доброва НАН України, м. Київ.
6. *Гамалія К.М.*
«Відомий гігієніст та громадський діяч І.П. Скворцов».
Кафедра мистецтвознавства та етнічної культури Мистецького інституту художнього моделювання та дизайну ім. Сальвадора Далі, м. Київ
7. *Огнев В.А., Трезуб П.О.*
«Основатель криминалистического направления в судебной медицине Николай Сергеевич Бокариус (1869-1931)».
Харьковский национальный медицинский университет, кафедра социальной медицины, организации и экономики здравоохранения.
8. *Емельянова Н.А.*
«Популяризация научных знаний по гигиене зрения в российской офтальмологической печати во второй половине XIX в.».
ФГУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца».
9. *Кузыбаева М.П.*
«О музеях-кабинетах российских хирургов».
НИИ истории медицины РАМН, Москва, Россия.
10. *Кондратюк Г.И.*
«Развитие офтальмологической помощи в Крыму: 1866-1917 годах».
Кафедра отоларингологии и офтальмологии Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь.
11. *Голубинов В.В.*
«Мой прадед – профессор Николай Константинович Кульчицкий (1856 – 1925)».
Москва.
12. *Павлычева С.В.*
«Работа харьковского гистолога В.А. Павлова (1863-1931) в лаборатории проф. А. ван Гехухтена».
СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения.
13. *Шаповалова І.В.*
«До питання про професійну захворюваність (за даними ВАТ «СНВО ім. Фрунзе» за період 2005 - 2009рр.)».
СумДУ, кафедра гігієни та екології, соціальної медицини та організації охорони здоров'я.
14. *Чернобров И.В.*
«Губернский лекарь Осип Шумлянский».
СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения.
15. *Чернобров И.В.*
«Первые уездные врачебные общества на Сумщине».
СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения.
16. *Чернобров И.В.*
«Врач Н.А. Ширяев – Герой Труда».
СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения.
17. *Чернобров И.В.*
«К истории организации медицинского обслуживания населения в период массовых полевых работ».
СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения.
18. *Вижунов В.Л.*
«Вольные аптеки атырского уезда в конце XIX – начале XX вв.».
Научный руководитель – проф. К.К. Васильев.
СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения.
19. *Васильев Ю.К.*
«Из истории деятельности Общества одесских врачей в начале XX ст.».
Научный руководитель – проф. К.К. Васильев.
СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения.
20. *П'ятигор В.О., Хоппестад Н.В., Михайленко С.М., студ. 6-го курсу.*
«До питання про організацію системи охорони здоров'я в Норвегії».
Науковий керівник – ст. викл. С.В. Павичева.
СумДУ, кафедра соціальної медицини.

21. *Рашевська В.А., студ. 6-го курсу.*
«Фактори смертності дітей (за даними Сумської області, 2007 рік)».
Науковий керівник- проф. К.К. Васильєв.
СумДУ, кафедра гігієни та екології, соціальної медицини та організації охорони здоров'я.
22. *Дем'янова А.А., студ. 5-го курсу.*
«Моніторинг чутливості до антибіотиків циркулюючих штамів *Salmonella enterica*».
Науковий керівник - проф. А.Г. Дьяченко.
СумДУ, кафедра гігієни та екології, соціальної медицини та організації охорони здоров'я.
23. *Дорош Д.С., Ільченко М.В., студ. 5-го курсу.*
«Деякі аспекти адаптації іноземних студентів до умов життя і навчання в Україні».
Науковий керівник - доц. І.М. Терлецька.
СумДУ, кафедра іноземних мов.
24. *Лайкова Л.М., Науменко А.В., студ. 3-го курсу.*
«Аліментарний портрет студента».
Наукові керівники: ст. викл. Н.А. Галушко, асист. В.В. Собакар.
СумДУ, кафедра гігієни та екології, соціальної медицини та організації охорони здоров'я.
25. *Ануфрієв В.В., студ. 1-го курсу.*
«Из истории развития латинского письма (латиницы)».
Научный руководитель - ст. преподаватель Г.С. Ильина.
СумГУ, кафедра иностранных языков.

ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ»

Секція внутрішньої медицини

Голова – проф. В.Ф. Орловський.
Секретар – асист. Н.М. Кириченко.

21 квітня 2010 р.
Початок о 15⁰⁰, конференц-зал ОДРЗН.

1. *Приступа Л.Н., Циганкова Т.І.*
«Клініко-імунологічна ефективність симвастатину у хворих із тяжким перебігом хронічного обструктивного захворювання легень».
СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики.
2. *Шкрьоба А.О., Приступа Л.Н.*
«Порівняльне вивчення ефективності і безпечності s-амлодипіну у хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні із хронічним обструктивним захворюванням легень».
СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики.
3. *Захарченко Н.О., Приступа Л.Н., Дмитрук В.А.* , Гуйва Т.О.***
«Навчальні програми для хворих на хронічне обструктивне захворювання легень як метод покращання якості їх життя та зниження темпів прогресування».
СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики, *фтизіатрична МСЕК, **Сумська обласна клінічна лікарня.
4. *Чернацька О.М., Вашист М.М., студ. 6-го курсу; Журнаджян Ю.В., учениця МАН.*
«Ефективність лізиноприлу при хронічній серцевій недостатності в осіб похилого віку».
Наукові керівники – проф. Л.Н. Приступа, доц. Н.В. Деміхова.
СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики.
5. *Бороденко А.О., Васько Н.О., Скакодуб А.С., студенти 3-го курсу.*
«Оцінка впливу лізиноприлу в літніх хворих на цукровий діабет II типу та артеріальну гіпертензію».
Науковий керівник – доц. Н.В. Деміхова.
СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики.
6. *Атаман Ю.О.*
«Ефективність амлодипіну при корекції артеріального тиску в осіб похилого віку з ознаками гіпертензивної нефропатії».
СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики.
7. *Лайкова Л.М., Онда А.І., студ. 3-го курсу.*
«Порівняльна оцінка клінічної ефективності та безпечності лікування ізольованої систолічної артеріальної гіпертензії дигідропіридинами у хворих похилого віку».
Науковий керівник - к.м.н., асист. Ю.О. Атаман.

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики.

8. *Зеленська Н. П., студ. 5-го курсу; Фесюк Н. І., студ. 4-го курсу.*

«Порівняльний аналіз гіпотензивної і нефропротекторної ефективності різних комбінацій двокомпонентної терапії при ренопаренхіматозній артеріальній гіпертензії».

Науковий керівник – к.м.н., асист. О.С. Погорелова.

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики.

9. *Муренець Н.О., Орловський В.Ф.*

«Вміст С-реактивного білка у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки».

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

10. *Даниленко О.О., Козак М.М.*

«Вплив варіабельності серцевого ритму на ішемію міокарда в день проходження атмосферного фронту».

Науковий керівник – д.м.н., проф. Л.Н. Приступа.

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики.

11. *Федосєєва Н.К., Лаба В.В.*

«Порушення функції збудливості у хворих із фібриляцією передсердь ішемічного генезу».

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики.

12. *Псарьова В.Г., Олійник Л.С.*

«Морфофункціональний стан міокарда лівого шлуночка у хворих на артеріальну гіпертензію».

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики.

13. *Бурянов О.А., Кваша В.П., Свінцицький А.С., Карнаух Ю.В.*

«Ураження внутрішніх органів та систем при псоріатичному артриті».

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ.

14. *Рева Т.В.* , Білоока І.О.***

«Стан ліпідного обміну хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу на тлі зниженої функції щитоподібної залози».

Науковий керівник - проф. М.Ю. Коломоєць.

*Буковинський державний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб, **Чернівецький обласний ендокринологічний центр.

15. *Гонцарюк Д.О., Колотило Т.С.*

«Особливості клінічного перебігу хронічного панкреатиту за супутньої ІХС».

Науковий керівник – проф. О.І. Федів.

Буковинський державний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини та ендокринології.

16. *Телекі Я.М., Булезюк О.Г., Притуляк О.В.*

«Запалення та оксидативний стрес у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень II-III ст. із супутнім хронічним панкреатитом».

Науковий керівник – проф. Т.М. Христич.

Буковинський державний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини та ендокринології.

Секція акушерства та гінекології

Голова – проф. В.І. Бойко.

Секретар - магістрант А.С. Іванова.

21 квітня 2010 р.

Початок о 15⁰⁰, ауд. кафедри акушерства та гінекології.

1. *Бойко В.І., Калашник Н.В.*

«Негормональні методи лікування дисгормональних захворювань молочної залози в початковій стадії».

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології.

2. *Кияненко В.А.*

«Аналіз ефективності препарату дуфастон у профілактиці та лікуванні загрози переривання вагітності в I триместрі у жінок з невиношуванням в анамнезі».

Науковий керівник – д.м.н., проф. В.І. Бойко.

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології.

3. *Терехов В.А.*

«Реабілітація репродуктивної функції жінок с хронічними запалювальними захворюваннями органів малого таза».

Научний керівник - д.м.н., проф. В.И. Бойко.

СумГУ, кафедра акушерства и гинекологии.

4. *Сухоставець Н.П.*
«Профілактика гнійно-септичних ускладнень після порожнинних оперативних втручань у гінекологічних хворих старших вікових груп».
Науковий керівник – д.м.н., проф. В.І. Бойко.
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології.
5. *Муквич Ю.В.*
«Особливості лактації жінок з інтраамніальним інфікуванням».
Науковий керівник – д.м.н., проф. В.І. Бойко.
СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології.
6. *Шановалова І.М.*
«Особливості перебігу вагітності у жінок з багатоводям при внутрішньоматковому інфікуванні».
Науковий керівник – д.м.н., проф. В.І. Бойко.
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології.
7. *Сміян С.А., Томенко В.В.*; Сміян К.О., студ. 5-го курсу.*
«Перспектива використання ливаролу для лікування кандидозного вульвовагініту у вагітних».
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології,* СОЦАГР.
8. *Шевченко Т.В.*
«Клініко- імунологічне обґрунтування використання імунотерапії імунофаном при хронічному сальпінгоофориті».
Науковий керівник - доц. С.А. Сміян.
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології.
9. *Сухарєв А.Б., Литвінов Ю.О., студ. 2-го курсу.*
«Роль запальних захворювань геніталій у розвитку пізніх гестозів».
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології.
10. *Сухарєв А.Б., Філь Ю.П., студ. 2-го курсу.*
«Роль нейроциркуляторної дистонії в розвитку пізнього гестозу».
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології.
11. *Іванова А.Є.*
«Сучасні методи діагностики і лікування, фактори ризику трубно-перитоніального безпліддя».
Науковий керівник – к.м.н., доц. М.Л. Кузьоменська.
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології.
12. *Качмала Л.А.*
«Эндометриоз как причина бесплодия».
Научный руководитель – к.м.н., доц. М.Л. Куземенская.
СумГУ, кафедра акушерства и гинекологии.
13. *Грінкевич Т.М., Калініченко Д.О., студ. 5-го курсу.*
«Перебіг вагітності та пологів при фетоплацентарній недостатності».
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології.
14. *Головко Т.М., студ. 5-го курсу; Топчієва І.І., студ. 4-го курсу.*
«Оптимізація тактики ведення жінок з передраковими станами шийки матки».
Науковий керівник – к.м.н., доц. В.В. Маркевич.
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології.
15. *Нікітіна І.М., Сумцов Г.О., Дядюшко В.В.**
«Застосування донаторів оксиду азоту в комплексній профілактиці затримки розвитку плода у вагітних, зайнятих у хімічному виробництві».
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології, *МКЛ №1.
16. *Ольховик В.Л.*
«Тактика ведення вагітності у жінок з дифузною еутиреоїдною гіперплазією щитоподібної залози».
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології.
17. *Козак А.В.*
«Диференційовані підходи до лікування синдрому хронічного тазового болю у жінок репродуктивного віку залежно від провідного аллогенного чинника».
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, кафедра акушерства та гінекології №1.

Секція інфекційних хвороб

Голова – д.м.н., проф. М.Д. Чемич.

Секретар – асист. К.С. Полов'ян.

21 квітня 2010 р.

Початок о 15⁰⁰, конференц-зал Сумської обласної клінічної інфекційної лікарні ім. З.Й. Красовицького.

1. *Захлебаєва В.В.*

«Сучасні підходи до лікування хронічного опісторхозу».

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

2. *Льїна Н.І.*

«Імунокорегувальні засоби в лікуванні бешихи».

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

3. *Голубнича В.М.*

«Моніторинг чутливості мікроорганізмів, виділених від новонароджених з низькою масою тіла, до антибіотиків та антимікотиків».

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

4. *Каплін М.М., Івахнюк Т.В., Сиром'ятнікова К.С., студ. 2-го курсу.*

«Антагоністичний вплив лактобацил на *Candida spp.* в експерименті *in vitro*».

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

5. *Каплін М.М., Любчак В.В., Сорокіна О.О.*

«Розподіл груп крові (ABO) у донорів-носіїв HBsAg та анти-HCV».

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

6. *Каплін М.М., Лобанов О.О., студ. 6-го курсу.*

«Рівень виявлення антитіл до ВІЛ серед донорів крові».

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

7. *Каплін М.М., Піддубний А.М., студ. 2-го курсу.*

«Характеристика антитоксичної імунної відповіді у донорів, імунізованих стафілококовим анатоксином».

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

8. *Чемич М.Д., Грищенко С.О.*

«Ефективність та безпечність противірусної терапії при лікуванні хронічного вірусного гепатиту С».

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

9. *Івахнюк Т.В., Івахнюк Ю.П.*

«Фагоцитарна активність лейкоцитів донорів у відношенні різних штамів *Candida spp.*, виділених від новонароджених та з об'єктів зовнішнього середовища».

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

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

10. *Піддубна А.І.*

«Залежність клінічних проявів СНІДу від рівня CD4-клітин».

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Д. Чемич.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

11. *Полов'ян К.С.*

«Вивчення безпечності наноавтохелату срібла на моделі гострої кишкової інфекції шурів *in vivo*».

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Д. Чемич.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

12. *Алексєєва Є.М., студ. 6-го курсу.*

«Частота парентеральних втручань у хворих з вірусними гепатитами В і С».

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Д. Чемич.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

13. *Болецька Т.О.*

«Клініко-епідеміологічні особливості перебігу бореліозу в Сумській області».

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Д. Чемич.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

14. *Кириченко А.С., Московченко М.Л., студ. 5-го курсу.*

«Клініко-епідеміологічні особливості ВІЛ/СНІДу».

Науковий керівник – асист. Л.П. Кулеш.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

15. Кошарна С.О., Земледух І.М., студ. 5-го курсу.

«Характер перебігу вірусного гепатиту А, викликаного субтипом вірусу 1А».

Науковий керівник – асист. В.В. Рябіченко.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

16. Катрич Н.І., студ. 5-го курсу.

«Інтегративні показники ендогенної інтоксикації та периферичної крові у здорових осіб та при шигельозі».

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Д. Чемич.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

17. Коломісць Л.П.

«Клінічні та діагностичні аспекти хронічного опісторхозу».

Науковий керівник – к.м.н., доц. Н.І. Ільїна.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

18. Кочетков А.В.

«Клинико-эпидемиологические особенности описторхоза в условиях северо-восточного региона Украины».

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Д. Чемич.

СумГУ, кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом микробиологии, вирусологии и иммунологии.

19. Лобанов О.О., студ. 6-го курсу.

«Профілактика ВІЛ-інфекції у медичних працівників при професійних аваріях».

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Д. Чемич.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

20. Мирошніченко А.А.

«Особливості перебігу інфекційного мононуклеозу в Сумській області».

Науковий керівник – к.м.н., доц. Н.І. Ільїна.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

21. Репньовська І.І., студ. 5-го курсу; Чемич О.М., студ. 3-го курсу.

«Сучасні соціально-екологічні умови та спорадичний шигельоз».

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Д. Чемич.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

22. Панасюк А.М., студ. 3-го курсу.

«Частота виявлення антитіл до вірусу гепатиту С серед донорів крові».

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

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

23. Лукаш А.В., студ. 2-го курсу.

«Роль Helicobacter pylori в розвитку передпухлинних захворювань та раку шлунка».

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

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

24. Бойко В.О., Волохова Н.С., студ. 5-го курсу.

«Мінливість мерорологічних факторів та рівень захворюваності бореліозом».

Науковий керівник – к.м.н., А.О. Сніцарь.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології.

Секція сімейної медицини

Голова - проф. С.В. Попов.

Секретар - кл. ординатор А.В. Кулізньова.

21 квітня 2010 р.

Початок о 15⁰⁰, міська клінічна поліклініка № 3.

1. Попов С.В., Власенко А.М.

«Особливості артеріальної гіпертензії у сільського населення».

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології.

2. Попов С.В., Бабинець А.М.

«Поширення захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей на фоні різних варіантів вигодовування».

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології.

3. Бокова С.М.

«Особенности сердечно-сосудистой системы у детей младшего возраста, рождённых с низкой массой тела».

Научный руководитель – д.м.н., проф. С.В. Попов.

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии.

4. *Машин С.М.*
«Особливості розвитку ускладнень анемії».
Науковий керівник – д.м.н., проф. С.В. Попов.
СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології.
5. *Грего А.В.*
«Зв'язок морфофункціонального стану серця із гіперліпідемією у хворих на артеріальну гіпертензію та ІХС».
Науковий керівник - д.м.н., проф. С.В. Попов.
СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології.
6. *Гонцова А.М.*
«Влияние социальных факторов на формирование и прогрессирование артериальной гипертензии у подростков».
Научный руководитель – д.м.н., проф. С.В.Попов .
СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии.
7. *Тимошенко Н.И.*
«Блокаторы рецепторов ангиотензина 2 в лечении артериальной гипертензии».
Научный руководитель – д.м.н., проф. С.В. Попов.
СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии.
8. *Бурик С.В.*
«Вираженість ускладнень гіпертонічної хвороби залежно від способу життя пацієнтів».
Науковий керівник – д.м.н., проф. С.В. Попов.
СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології.
9. *Мелеховець О.К., Петрова В.В., Хілько А.С., студ. 5-го курсу.*
«Удосконалення методів вторинної профілактики ацетонемічного синдрому».
СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології.
10. *Кравець В.П., Фесенко П.А., Кравець В.В.*
«Вплив патогенних факторів на розвиток гострих гнійно-запальних захворювань пальців та кисті».
СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології.
11. *Сумцов Г.А., Кириленко М.М., студ. 6-го курсу; Чеботарева Т.С., студ. 5-го курсу.*
«Вопросы клиники и диагностики первичного рака маточных труб».
СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии.
12. *Винниченко Л.Б., Костюченко С.А.*
«Клінічне використання комплексного біологічного препарату убіхінон–композитум у хворих на ішемічну хворобу серця з серцевою недостатністю».
СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології.

**Секція ортопедії, травматології, невідкладних станів, урології, реаніматології, офтальмології,
оториноларингології**

Голова – доц. В.Д. Шищук.

Секретар – Л.В. Савченко.

21 квітня 2010 р.

Початок о 15⁰⁰, конференц-зал міської лікарні №1.

1. *Артеменко О.В., студ. 5-го курсу.*
«Лікування хворих із захворюваннями передміхурової залози».
Науковий керівник – к.м.н., доц. В.В. Сікора.
Кафедра травматології, ортопедії та невідкладних станів.
2. *Вецко О.Б., студ. 4-го курсу.*
«Фізіологічні зміни сечовидільної системи під час вагітності».
Науковий керівник – к.м.н., доц. В.В. Сікора.
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів.
3. *Горбенко Н.І., студ. 4-го курсу.*
«Аналіз фібринолітичної активності крові при оперативному лікуванні хворих на доброякісну гіперплазію простати».
Науковий керівник - к.м.н., доц. В.В. Сікора.
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів.
4. *Дем'янова А.А., студ. 5-го курсу.*
«Механогенез пронаційного підввику голівки променевої кістки у дітей».
Науковий керівник - к.м.н., доц. Ю.В. Шкатула.
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів.

5. *Бабіч В.А.*, *Мартинюк А.В.*, студ. 6-го курсу.
«Алгоритм діагностики та обстеження дітей з неструктурними сколіозами, що виникають унаслідок різниці довжини кінцівок».
Науковий керівник - к.м.н, доц. В.Д. Шищук.
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів, *СОКДЛ.
6. *Ніколаєнко А.С.*, студ. 5-го курсу.
«Оцінка оперативних методів лікування нестабільних переломів кісточок гомілки».
Науковий керівник - к.м.н., доц. В.Д. Шищук.
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів.
7. *Рашевська В.А.*, студ. 6-го курсу.
«Генетичні аспекти розвитку ЛОР-патології».
Науковий керівник – к.м.н., доц. В.А. Сміянов.
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів.
8. *Романюк К.А.*
«Вікові особливості росту та формоутворення кісток скелета в умовах техногенних мікроелементозів».
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів.
9. *Снесірьова І.О.*, студ. 6-го курсу.
«Можливості оптимізації діагностики захворювань ЛОР-органів».
Науковий керівник – к.м.н., доц. В.А. Сміянов.
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів.
10. *Шищук В.Д.*, *Сухоставець В.А.*
«Актуальність профілактики сколіоза у дітей».
СумГУ, кафедра ортопедии, травматологии и неотложных состояний.
11. *Шевченко В.В.*
«Місце пошкоджень Бартона в структурі переломів дистального метаепіфіза променевої кістки».
Науковий керівник – к.м.н., доц. В.Д. Шищук.
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів.
12. *Шкатула П.Ю.*, студ. 4-го курсу.
«Застосування ноотропних засобів у лікуванні стійких спазмів акомодатії у дітей».
Науковий керівник – асист. С.Е. Лекішвілі.
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів.
13. *Волохова Н.С.*, студ. 5-го курсу.
«Фактоємультифікація як фактор реабілітації офтальмологічних хворих».
Науковий керівник – М.О. Чумак.
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів.
14. *Шкатула Ю.В.*, *Яковенко О.Л.* *
«Оцінка стану дітей з переломами стегнової кістки на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах».
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів, *КУ СМКЛ №1.
15. *Шищук В.Д.*, *Шищук Д.В.*, *Бадіон Ю.М.*, студ. 5-го курсу.
«Артроскопія як сучасний метод діагностики та лікування патології колінного суглоба».
СумДУ, кафедра ортопедії-травматології та невідкладних станів.
16. *Мартинюк А.В.*, студ. 6-го курсу.
«Методи ретракції в системі комплексного лікування та реабілітації хворих на остеохондроз».
Науковий керівник – к.м.н., доц. В.Д. Шищук, к.м.н. Б.І. Щербак.
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів.
17. *Малик Н.Є.*
«Актуальні аспекти лікування хронічного генералізованого пародонтиту».
Науковий керівник – проф. П.М. Скрипніков.
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів.
18. *Білоус С.В.*
«Клініко-рентгенологічне обґрунтування вибору методу лікування внутрішньокореневої резорбції».
Науковий керівник – проф. П.М. Скрипніков.
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів.
19. *Бур'янов О.А.*, *Кваша В.П.*, *Соболевський Ю.Л.*, *Скобенко С.О.*
«Маліноінвазивні технології під час лікування внутрішньосуглобових переломів у ділянці колінного суглоба».
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ.

Секція хірургії №1

Голова – проф. І.Д. Дужий.
Секретар – доц. В.П. Шевченко.

21 квітня 2010 р.
Початок о 15⁰⁰, вул. Троїцька 48, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії.

1. *Базін М.Є.*
«Місце різних методів променевої діагностики під час встановлення синдрому плеврального випоту».
Сумський обласний протитуберкульозний диспансер.
2. *Базін М.Є.* , Базіна В.М., студ. 5-го курсу.*
«Поширеність синдрому плеврального випоту туберкульозної етіології серед інших типів плеврального випоту».
Науковий керівник – проф. І.Д. Дужий.
СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії.
*Сумський обласний протитуберкульозний диспансер.
3. *Шевченко В.В.*
«Гострі стресові гастроінтестинальні виразки та їх профілактика у постраждалих з поєднаною краніоабдомінальною травмою».
Науковий керівник - проф. І.Д. Дужий.
СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії.
4. *Кобилецький С.М.*
«Досвід комплексного хірургічного лікування деструктивного панкреатиту».
Сумська обласна клінічна лікарня.
5. *Кобилецький С.М.*
«Лікування гострого панкреатиту з використанням мініінвазивних методик».
Сумська обласна клінічна лікарня.
6. *Мадяр Б.В., студ. 5-го курсу; Метельский Д.В., студ. 3-го курсу.*
«Поражение органов дыхания у ожоговых больных».
Научный руководитель – асист. В.В. Мадяр.
СумГУ, кафедра общей хирургии, радиационной медицины и фтизиатрии.
7. *Метельский Д.В., студ. 3-го курсу.*
«Осложнения у больных ожоговой болезнью».
Научный руководитель – ассист. В.В. Мадяр.
СумГУ, кафедра общей хирургии, радиационной медицины и фтизиатрии.
8. *Кмита О.П., Олісеєнко Д.В., студ. 3-го курсу.*
«Артеріовенозні мальформації судин головного мозку».
Науковий керівник – асист. В.В. Мадяр.
СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії.
9. *Мадяр Б.В., студ. 5-го курсу; Антоненко О.М., студ. 3-го курсу.*
«Ефективність екстраплевральної торакопластики у лікуванні поширеного туберкульозу легень».
Науковий керівник - асист. В.В. Мадяр.
СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії.
10. *Шевченко О.О., Горовой О.С., студ. 3-го курсу.*
«Синдром взаємного обтяження у поєднанні з черепно-мозковою та екстракраніальною травмами».
Науковий керівник – доц. В.П.Шевченко.
СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії.
11. *П'ятикоп Г.І., Братушка В.О.**
«Лікувальна тактика при гострому панкреатиті».
СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії.
*КЗ СОКЛ, хірургічне відділення.
12. *Литюга Я.В., студ. 3-го курсу.*
«Застосування синтетичних аналогів соматостатину в консервативному лікуванні шлунково-кишкових кровотеч».
Науковий керівник – доц. Г.І. П'ятикоп.
СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії.
13. *Богаčov Д.В., Марус І.В., студ. 3-го курсу.*
«Значення статі в прогнозуванні рецидиву виразкової крововечі».
Науковий керівник – доц. Г.І. П'ятикоп.
СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії.

14. *Кмита О.П., Трофименко Є.С., студ. 3-го курсу.*
«Аневризми судин головного мозку».
Науковий керівник – асист. В.В. Мадяр.
СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії.
15. *Купина М.В., студ. 4-го курсу.*
«Вплив тривалого лікування на розвиток резистентності МБТ».
Науковий керівник – проф. І.Д. Дужий.
СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії.
16. *Скопюк Л.В., Купина М.В., студ. 4-го курсу.*
«До питання поєднання ВІЛ-інфекції і туберкульозу легень».
Науковий керівник – проф. І.Д. Дужий.
СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії.

Секція хірургії №2

Голова – проф. М.Г. Кононенко.
Секретар – асист. О.В. Солодовник.

21 квітня 2010 р.
Початок о 15⁰⁰, конференц-зал Сумської міської клінічної лікарні №5.

1. *Коробова С.П.*
«Оцінка тяжкості травми та стану пацієнтів з множинними пошкодженнями».
Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Г. Кононенко.
Сум ДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології.
2. *Коробова С.П.*
«Тактика DAMAGE CONTROL при пошкодженні органів черевної порожнини».
Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Г. Кононенко.
Сум ДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології.
3. *Коробова С.П.*
«Травмогенез дорожньо-транспортних ушкоджень».
Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Г. Кононенко.
Сум ДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології.
4. *Кононенко М.Г.*
«Реінфузія крові».
СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології.
5. *Каценко Л.Г., Ліндін М.С., студ. 4-го курсу; Микитин В.З., студ. 5-го курсу.*
«Шляхи оптимізації методу аутодермопластики післяопераційних вентральних гриж».
СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології.
6. *Каценко Л.Г., Микитин В.З., студ. 5-го курсу; Ліндін М.С., студ. 4-го курсу.*
«Порівняльна характеристика фізичних властивостей звичайного і армованого шкірних клаптів для аутопластики вентральних гриж».
СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології.
7. *Ситнік О.Л., Пустовий І.А., студ. 6-го курсу.*
«Лікувальна тактика при гострому панкреатиті».
СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології.
8. *Ситнік О.Л., Кісільов І.С., студ. 6-го курсу.*
«Сучасні підходи до лікування хворих на перфоративну дуоденальну виразку».
СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології.
9. *Шевченко М.В., студ. 5-го курсу.*
«Особенности лечения больных с анаэробными парапроктитами».
Научный руководитель – доц. В.И. Бугаев.
СумГУ, кафедра хирургии с детской хирургией и курсом онкологии.
10. *Бугаев В.И.*
«К вопросу о клинических критериях хронической анальной трещины».
СумГУ, кафедра хирургии с детской хирургией и курсом онкологии.
11. *Овечкін В.С., Дорошенко В.В., Овечкін Д.В., Гуменюк Л.В., Хукаленко С.В.*
«Досвід лікування виразково-некротичного ентероколіту в СОДКЛ за період 2005-2009 рр.».
СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології.

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня.

12. *Овечкін В.С., Чижик В.М., Бідаков О.М., Овечкін Д.В., Мухомадхїай Крішану, студ. 6-го курсу.*

«Сучасний підхід до лікування гемангіом».

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології.

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня.

13. *Пак В.Я.*

«Ультроструктурні зміни стінки тонкої кишки при спайковій непрохідності».

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією і курсом онкології.

14. *Курочкин А.В., Конаньхін В.И., Хасим Хамед, студ. 5-го курсу.*

«Опыт лечения рака щитовидной железы».

Научный руководитель – к.м.н., И.А Винниченко.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології.

15. *Курочкин А.В., Конаньхін В.И., Олу Воле, студ. 5-го курсу.*

«Реконструктивно-пластические операции при раке полости рта и нижней губы».

Научный руководитель – к.м.н., И.А Винниченко.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології.

16. *Жданов С.М., Козик Ю.О., студ. 4-го курсу.*

«Дослідження впливу пробіотиків на склад мікрофлори перитонеальної рідини при гострій непрохідності кишок».

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології.

17. *Мадяр Б.В., студ. 5-го курсу.*

«Діагностичні можливості комп'ютерної томографії в передопераційному стадіюванні немілноклітинного раку легень».

Науковий керівник - к.м.н. І.О.Винниченко.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології.

18. *Даниленко І.А., Манжос О.П.*

«Визначення життєздатності кишкової стінки в експериментальній моделі гострого порушення мезентеріального кровообігу».

Науковий керівник — проф. М.Г.Кононенко.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології, кафедра хімії.

19. *Даниленко І.А., Бориц С.М., студ. 5-го курсу.*

«Лікування гострого порушення мезентеріального кровообігу».

Науковий керівник – проф. М.Г. Кононенко.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології.

Секція нейрохірургії, неврології, психіатрії та дерматовенерології

Голова – проф. О.О. Потапов.

Секретар – доц. Ф.Г. Коленко.

21 квітня 2010 р.

Початок о 15⁰⁰, конференц-зал Сумської обласної клінічної лікарні.

1. *Бойко В.О., студ. 5-го курсу.*

«Морфофункціональна оцінка регенерації нейронів».

Науковий керівник – проф. О.О. Потапов.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.

2. *Пантелеєнко Л.В.*

«Функціональний вихід і якість життя через 6 місяців після події у хворих, що перенесли ішемічний інсульт, залежно від статі».

Науковий керівник – проф. Л.І. Соколова.

Національний медичний університет, кафедра неврології.

3. *Чайка А.В., студ. 6-го курсу.*

«Досвід застосування нейралгіну при больовому корінцевому синдромі внаслідок патології міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта».

Науковий керівник – ст. викл. А.В. Юрченко.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.

4. *Юрченко А.В., Горох Л.П.* , Циндренко О.П.**

«Досвід застосування антигомотоксичних препаратів при гострій черепно-мозковій травмі».

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.

* Сумська обласна клінічна лікарня.

5. *Кустов А.В.*
«Самоотношение и механизмы регуляции поведения у лиц молодого возраста».
СумГУ, кафедра нейрохирургии та неврологии.
6. *Емец Н.В.*
«Применение восточных мантр в психопрофилактике».
Научный руководитель – доц. А.В. Кустов.
СумГУ, кафедра нейрохирургии та неврологии.
7. *Коленко Ф.Г., Мамонова Т.В.**
«Вторинна контрактура м'язів, діагностика, лікування».
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
*Сумський обласний діагностичний центр.
8. *Коленко О.І., Мисюра Н.В.*
«Аналіз факторів ризику мозкового інсульту в осіб молодого та зрілого віку».
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
9. *Козинець Ж.М.*
«Роль локальної вібрації в розвитку професійних захворювань».
Науковий керівник - О.І. Коленко.
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
10. *Мисюра Н.В.*
«Вивчення тендерних особливостей мозкових інсультів».
Науковий керівник - О.І. Коленко.
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
11. *Литвин Е.Э.*
«Психотерапия зависимого поведения в субстанциональной наркологии».
Научный руководитель - доц. Ф.Г. Коленко.
СумГУ, кафедра нейрохирургии и неврологии.
12. *Малахов В.О. *, Монастирський В.О.*
«Стан гіпоталамо-гіпофізарно надниркової системи у хворих на ішемічний інсульт».
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
*Харківська медична академія післядипломної освіти.
13. *Животовський Р.В., Личко В.С., Кизим С.В.*
«Церегін у лікуванні інфаркту головного мозку».
Науковий керівник - доц. Ф.Г. Коленко.
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
14. *Личко В.С., Животовський Р.В.*
«Набряк головного мозку як критерій тяжкості стану хворих при гострій церебральній ішемії».
Науковий керівник - доц. О.І. Коленко.
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
15. *Росиенко С.І.*
«Мексікор у лікуванні хворих на інфаркт головного мозку».
Науковий керівник - доц. Ф.Г. Коленко
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
16. *Монастирський В.О., Сафонова М.П., Кизим С.В.*
«Гіперкортизолізм у гострий період інфаркту головного мозку».
Науковий керівник - доц. О.І. Коленко.
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
17. *Сафонова М.П., Монастирський В.О., Животовський Р.В.*
«Фенотропіл у лікуванні хворих на інфаркт головного мозку».
Науковий керівник - доц. Ф.Г. Коленко.
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
18. *Понор О.Б., Голобурда Д.В., студ. 5-го курсу.*
«Аналіз структури ускладнень гострого періоду мозкового інсульту».
Науковий керівник - доц. Ф.Г. Коленко.
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
19. *Шевченко О.М.*
«Когнітивні порушення при паркінсонізмі».
Науковий керівник - О.І. Коленко.
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.

20. *Кучерявенко О.М.*
«Мукосат у лікуванні хворих на дегенеративно-дистрофічні захворювання гіглобів та хребта, остеопороз».
Науковий керівник - доц. Ф.Г. Коленко.
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
21. *Потапов О.О., Кмита О.П.*
«Черепно-мозкова травма при алкогольній інтоксикації».
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
22. *Потапов О.О., Дмитренко О.П., Скоток О.В., Кмита О.П.*
«Інтраопераційна нейросонографія у хворих нейрохірургічного профілю».
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
23. *Потапов О.О., Кмита О.П.*
«Особливості гемостазу у хворих старших вікових груп при тяжкій черепно-мозковій травмі».
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
24. *Яценко Т.А., студ. 5-го курсу.*
«Сучасні методи лікування ДЦП».
Науковий керівник – проф. О.О. Потапов.
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
25. *Потапов О.О., Дмитренко О.П., Скопюк О.В., Кмита О.П.*
«Абсцес головного мозку».
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
30. *Мороз В.І., Кришталь Ю.П., студ. 4 курсу.*
«Аналіз захворюваності на мікроспорію».
Науковий керівник – асист. А.Г. Сулим.
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології.
31. *Волохова Т.Ю., Бойко В.В. студ. 5 курсу.*
«Болезнь Шегрена и развитие толерантности к пищевым аллергенам».
Научный руководитель – асист. Л.В. Куц.
СумГУ, кафедра нейрохирургии и неврологии.

Секція педіатрії №1

Голова - д.м.н., проф. О.І. Сміян.
Секретар – асп. О.Г. Васильєва.

21 квітня 2010 р.
Початок о 15⁰⁰, актовий зал СМДКЛ Св. Зінаїди.

1. *Ємець О.М., Сміян О.І.**
«Щодо питання реформування охорони здоров'я в Україні».
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
*КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.
2. *Сміян О.І., Ємець О.М., Савельєва-Кулик Н.О.*
«Клініко-інструментальні особливості вегетосудинних дисфункцій у дітей-нащадків ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС».
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
*КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.
3. *Мозгова Ю.А.*
«Електрокардіографічні особливості тонзилігенних кардіопатій у дітей».
Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Сміян.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.
4. *Мозгова Ю.А.*
«Оцінка ролі різних факторів у формуванні порушень серцево-судинної системи в дітей, хворих на хронічний тонзиліт».
Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Сміян.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.
5. *Амелина Я.С., Лазебник О.А.*
«Вегетативная регуляция сердечного ритма у детей с малыми аномалиями сердца».
Научный руководитель – д.м.н., проф. А.И. Смиян .

СумДУ, кафедра педіатрії последипломного образования.
КУ Сумская городская детская клиническая больница Св. Зинаиды.

6. *Амелина Я.С.*

«Особенности электрокардиограммы у детей с синдромом вегетативных дисфункций».

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.И. Смиян.

СумДУ, кафедра педіатрії последипломного образования.

КУ Сумская городская детская клиническая больница Св. Зинаиды.

7. *Смиян О.І., Васильєва О.Г., Розульська Л.О.*

«Рівень антиендоксинного імунітету в дітей раннього віку з негоспітальною пневмонією в залежності від важкості перебігу».

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

8. *Слива В.В., Бугаєнко В.О., Куропятник Н.П.*

«Фактори ризику розвитку гострих обструктивних бронхітів у дітей раннього віку на сучасному етапі».

Науковий керівник – д.м.н., проф. О.І. Смиян .

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

9. *Січенко П.І. Куропятник Н.П., Хрін Н.В., Вінник О.В.*

«Антигомотоксичні препарати (АГТП) в лікуванні ГРВІ у дітей раннього віку».

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

10. *Січенко П.П., студ. 5-го курсу; Ведмеденко М.А., студ 3-го курсу.*

«Відхаркувальна терапія в комплексному лікуванні дітей раннього віку з гострими захворюваннями органів дихання».

Науковий керівник – доц. П.І. Січенко.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

11. *Романюк О.К., Гончарова Н.Ф., Марченко С.М.*

«Клінічна ефективність нуклеїнату натрію у комплексі лікування дітей з частими захворюваннями органів дихання».

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

12. *Горбась В.А., Бугаєнко В.О., Козлова К.Г., Луценко А.І., студ. 3-го курсу.*

«Досвід використання препарату Таміфлю у дітей за даними інфекційного відділення №2 Сумської міської дитячої клінічної лікарні».

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

13. *Козлова К.Г.* Плахтиря Є.А., студ. 3-го курсу.*

«Структура захворюваності органів дихання серед дітей».

Науковий керівник - к.м.н. В.А. Горбась.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.

*КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

14. *Васильєва О.Г.*

« Гуморальний антиендоксинний імунітет у хворих на негоспітальну пневмонію у дітей».

Науковий керівник – д.м.н., проф. О.І. Смиян.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

15. *Пономаренко О.М.*

«Патологія нижніх дихальних шляхів у дітей в структурі захворюваності відділення інтенсивної терапії та реанімації СМДКЛ».

Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Смиян.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

16. *Пищик В.Б., Северіна О.С.*

«Клінічне обґрунтування диференційованої терапії повторних гострих респіраторних вірусних інфекцій в дітей раннього віку».

Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Смиян.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

17. *Льченко Т.С.*
«Особливості перебігу гострих стенозуючих ларинготрахеїтів на фоні дефіцитної анемії у дітей раннього віку».
Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Сміян.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.
18. *Курганська В.О.*
«Клінічні особливості бронхіальної астми у дітей раннього віку».
Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Сміян.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.
19. *Сипченко Л.О., Сипченко Д.С., студ. 3-го курсу.*
«Щодо питання діагностики бронхоектатичної хвороби».
Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Сміян.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.
20. *Сміян О.І., Хоменко О.І., Хоменко В.О.*
«Особливості перебігу та лікування тяжких форм грипу А Н1/Н1 (Каліфорнія) за матеріалами відділення анестезіології та інтенсивної терапії (для інфекційних хворих) Сумської міської дитячої клінічної лікарні Св. Зінаїди».
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.
21. *Бинда Т.П., Єрмоленко Т.С., Білоус Т.В., студ. 3-го курсу.*
«Особливості перебігу інфекційного мононуклеозу в дітей».
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.
22. *Бинда Т.П., Гопка А.О., Панченко К.А., Шибцицька Т.О.*
«Діагностика і невідкладна допомога при менінгококовій інфекції в дітей».
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.
23. *Тищенко В.В., Рашевська В.А., студ. 6-го курсу.*
«Результати серологічного скринінгу стану колективного імунітету населення Сумської області до збудників кору та дифтерії».
Науковий керівник – доц. Т.П. Бинда.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.
24. *Русановська І.Л.*
«Клініко-епідеміологічні особливості гострих кишкових інфекцій в дітей».
Науковий керівник – доц. Т.П. Бинда.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня св. Зінаїди.
25. *Потапова А.О., студ. 3-го курсу.*
«Аналіз захворюваності на ГРВІ у дітей раннього віку».
Науковий керівник – д.м.н., проф. О.І. Сміян.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.
26. *Тихановська В.Ф., Скакодуб А.С., студ. 3-го курсу.*
«Аналіз структури дитячої смертності по місту Суми за 2007-2009 р.р.».
Науковий керівник – д.м.н., проф. О.І. Сміян.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.
27. *Титаренко С.Д., Кругляк С.І., Колесніченко О.М.*
«До питання вірусних гепатитів у дітей».
Науковий керівник – доц. Т.П. Бинда.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.
28. *Хрін Н.В., Куропятник Н.П., Коломісць О.В.*
«Особливості сучасного перебігу інфекційного мононуклеозу в дітей раннього віку».
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.
29. *Сміян К.О., Грамма А.С., студ. 5-го курсу.*
«Аналіз факторів ризику та їх вплив на особливості перебігу гастродуоденіту у дітей».

Науковий керівник – д.м.н., проф. О.І. Сміян.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

30. *Коніщев Д.І., Мазур О.С.*
«Критичні періоди початку активного тютюнопаління серед дітей».
Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Сміян.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

31. *Марченко О.І.**
«Оклюзивна гідроцефалія як педіатрична проблема».
Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Сміян.
*КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

32. *Ємець О.М., Бруяка А.М., Романюк О.К.*
«Досвід лікування зоофільної групи мікроспорії у дітей».
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

33. *Бруяка А.М.*
«Ефективність топічного кортикостероїду «Делор» у комплексному лікуванні хворих на алергодерматози».
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

34. *Качан Т.А.*
«Значення реабілітаційних заходів для попередження первинної інвалідності при перинатальних ураженнях ЦНС».
Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Сміян.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

35. *Сміян А.И., Бында Т.П., Сичненко П.И.*
«Определение активности воспалительного процесса при негоспитальной пневмонии у детей раннего возраста».
СумДУ, кафедра педіатрії послєдипломного образования.

36. *Сміян О.І., Горбась В.А.*
«Оцінка ефективності застосування препарату „Цинктерал” у комплексному лікуванні дітей з негоспітальними пневмоніями».
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.

37. *Сміян О.І., Гринишин В.В.*
«Принципи раціональної антибактеріальної терапії гострих бронхітів у дітей раннього віку».
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.

38. *Сміян О.І., Макарова В.О.*
«Значення факторів ризику в розвитку бронхіальної астми у дітей».
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.

39. *Сміян О.І., Савельєва-Кулик Н.О.*
«Рівень CD4⁺ та CD8⁺ клітин в плазмі крові у дітей із вегетативними дисфункціями із групи радіаційного ризику».
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.

40. *Ричкова Т.А.*
«Стан імунологічної реактивності у дітей із постреспіраторними реактивними артритями».
Луганський державний медичний університет, кафедра пропедевтики педіатрії з доглядом за хворими.

41. *Сажин С.І.*
«Діагностична цінність показників клітинної ланки імунітету в дітей шкільного віку з контрольованою бронхіальною астмою».
Науковий керівник – проф. Л.О. Безруков.
Буковинський державний медичний університет, кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб.

42. *Таловєрова Л.І.*
«Особливості вертеброгенної патології в підлітків на тлі вегетативних дисфункцій».
Луганський державний медичний університет, кафедра пропедевтики педіатрії з доглядом за хворими.

43. *Гарас М.Н., Богуцька Н.К.*
«Як впливає тяжка бронхіальна астма на емоційну сферу школярів?».
Науковий керівник – проф. Л.О. Безруков.
Буковинський державний медичний університет, кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб.

44. *Бабінова О.В.*

«Показники перекисного окиснення ліпідів та окислювальна модифікація білка у дітей з рецидивним бронхітом і супутньою дискінезією жовчовивідних шляхів».

Науковий керівник – проф. З.М. Третьякевич.

Луганський державний медичний університет, кафедра пропедевтики педіатрії з доглядом за дітьми.

45. *Третьякевич З.Н., Коваленко Т.С.*

«Особенности йодной обеспеченности у часто и длительно болеющих детей Луганской области».

Луганский государственный медицинский университет, кафедра пропедевтики педиатрии с уходом за больными.

46. *Черепашіна Л.П.*

«Функціональний зв'язок імунного статусу дітей молодшого шкільного віку, які страждають на рецидивний бронхіт та мають дисфункцію жовчного міхура, із особливостями їхнього харчування».

Луганський державний медичний університет, кафедра пропедевтики педіатрії з доглядом за хворими.

Секція педіатрії №2

Доповіді присвячені 20-річчю Сумської обласної дитячої клінічної лікарні та 10-річчю кафедри педіатрії

Голова - проф. В.Е. Маркевич.

Секретар – асп. В.О. Петрашенко.

21 квітня 2010 року

Початок: 15⁰⁰, конференц-зал Сумської обласної дитячої клінічної лікарні.

1. *Андрієнко С.М., Тимченко Л.О., студ. 5-го курсу.*

«Сучасні уявлення про обмін білків, жирів і вуглеводів у плода й недоношеного немовляти».

Науковий керівник – асист. О.К. Редько.

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

2. *Катрич Н.І., Чаплій В.Б., студ. 5-го курсу.*

«Особенности перебігу неонатального періоду у новонароджених зі ЗВУРПП».

Науковий керівник – доц. І.В. Тарасова.

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

3. *Корж З.О.*

«Ефективність поєданого застосування аероіонотерапії та лікувальної фізкультури в лікуванні обструктивних бронхітів у дітей дошкільного віку».

Сумський державний педагогічний університет ім. А.С. Макаренка, Інститут фізкультури, кафедра фізичної реабілітації.

4. *Лобода А.М., Тишлієва І.Г.*

«Стан енергетичного забезпечення нирок за показником лактатдегідрогенази у дітей з піелонефритом».

Науковий керівник – проф. В.Е. Маркевич.

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

5. *Маркевич В.Е., Лобода А.М., Лата Я.О., Грибова І.В., студ. 4-го курсу.*

«Синдром цитолізу нефротелію при піелонефриті у дітей».

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

6. *Маркевич В.Е., Загородній М.П.*

«Проблеми підвищення кваліфікації лікарів-педіатрів».

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

7. *Маркевич В.Е., Зайцев І.Е., Стребко А.І., студ. 4-го курсу.*

«Особенности медичної допомоги дітям з вродженими вадами серця в Сумській області».

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

8. *Мороз Т.Д.* , Турова Л.О.*

«Особенности постнатальной адаптації недоношених новонароджених».

Науковий керівник – доц. І.В. Тарасова.

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

* Сумська обласна дитяча клінічна лікарня.

9. *Лазаренко І.О.* , Моторна Ю.С., студ. 6-го курсу.*

«Порушення слуху у дітей».

Науковий керівник – доц. М.П. Загородній.

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

* Сумська обласна дитяча клінічна лікарня.

10. *Загородній М.П., Нікітенко Л.К.**

«Можливості діагностики імунodefіциту у дітей».

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

* Сумська обласна дитяча клінічна лікарня.

11. *Попов С.В.*

«Состояние ренальной функции у новорожденных в критическом состоянии».

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии.

12. *Поцелуєв В.І., Попова Т.В., Турова Л.О.*

«Результати впровадження програми підтримки грудного вигодовування в Сумській центральній районній лікарні».

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

Сумська центральна районна лікарня.

13. *Поцелуєв В.І., Попова Т.В., Турова Л.О.*

«Досвід впровадження системи удосконалення професійної підготовки медичних працівників педіатричної служби в умовах ЦРЛ».

Сумська центральна районна лікарня.

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

14. *Рашиєвська В.А., студ. 6-го курсу.*

«Чи підвищиться престиж педіатра?».

Науковий керівник – доц. М.П. Загородній.

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

15. *Редько Е.К., Тресницкая Ю.В., Мороз Т.Д., Атрощенко Е.В. **

«Клинические проявления бронхолегочной дисплазии в зависимости от степени тяжести у недоношенных младенцев».

СумГУ, кафедра педиатрии с курсом медицинской генетики.

* Сумская областная детская клиническая больница.

16. *Романовська Ю.М.*

«Лікувальна тактика при залізодефіцитних станах у школярів».

Науковий керівник – проф. В.Е. Маркевич

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

17. *Тарасова І.В., Турова Л.О., Мороз Т.Д., Тресницька Ю.В. **

«Особенности периода адаптации недоношенных новорожденных из синдромом задержки внутриутробного развития».

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

* Сумська обласна дитяча клінічна лікарня.

18. *Тарасова І.В., Кірой О.І. *, Радченко М.Л. **

«Особенности катамнезу дітей, що перенесли гіпоксичне ураження центральної нервової системи».

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

* Сумська обласна дитяча клінічна лікарня.

19. *Загородня А.П. *, Романовська Ю.М. *, Алісієвич Е.А. **

«Гіпобарична гіпоксія в реабілітації дітей з гіперплазією щитовидної залози».

Науковий керівник – доц. І.Е. Зайцев.

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

* Сумська обласна дитяча клінічна лікарня.

20. *Загородній М.П., Островська Р.М. **

«Моніторинг мікрофлори із зіву та носа у новонароджених».

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

* Сумська обласна дитяча клінічна лікарня.

21. *Зайцев І.Е., Хитрий І.В., студ. 4-го курсу.*

«Клініко-діагностичні особливості міокардіодістрофії у дітей дошкільного віку, що часто хворіють».

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

22. *Зайцев І.Е., Загородній М.П., Богород О.В. **

«Особенности пиелонефриту у дітей».

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

* Сумська обласна дитяча клінічна лікарня.

23. *Турова Л.О., Василюшин Х.І.*

«Плацентарна недостатність та синдром затримки внутрішньоутробного розвитку плода внаслідок дії свинцю».

Науковий керівник – проф. В.Е. Маркевич.

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ «МІКРОЕЛЕМЕНТОЗИ В КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ»

Голова – проф. В.Е. Маркевич.
Секретар – доц. А.М. Лобода.

22 квітня 2010 р.

Початок о 15⁰⁰, конференц-зал Сумської обласної дитячої клінічної лікарні.

1. *Слива В.В.*

«Вміст міді та цинку в сироватці крові у дітей, хворих на гострий обструктивний бронхіт».
Науковий керівник – д.м.н., проф. О.І. Сміян.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

2. *Савельєва-Кулик Н.О.*

«Вплив поєданого застосування сульфату цинку та рецептивної музикотерапії на перебіг вегетосудинної дисфункції у дітей-нащадків ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС».
Науковий керівник – д.м.н., проф. О.І. Сміян.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

3. *Сміян О.І., Курганська В.О.*

«Вміст цинку та міді в сироватці крові дітей, хворих на бронхіальну астму».
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

4. *Северіна О.С., Пищик В.Б.*

«Зміни деяких мікроелементів при гострому обструктивному бронхіті у дітей».
Науковий керівник – д.м.н., проф. О.І. Сміян.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти.
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди.

5. *Цюра О.М.*

«Вплив вмісту йоду та селену в організмі на перебіг обструктивного бронхіту у дітей».
Науковий керівник – д.м.н., проф. Г.С. Сенаторова.
Харківський національний медичний університет, кафедра педіатрії №1 і неонатології.

6. *Тарасова І.В., Аль Таххан І.Г.*

«Вміст мікроелементів у сироватці, еритроцитах крові та сечі новонароджених з гіпоксичним ураженням ЦНС тяжкого ступеню».
СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

7. *Тарасова І.В., Петрашенко В.О.*

«Забезпеченість хромом передчасно народжених дітей».
Науковий керівник - проф. В.Е. Маркевич.
СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

8. *Тарасова І.В., Ковтуненко А.В.*

«Особливості ниркової екскреції заліза у недоношених новонароджених».
Науковий керівник – проф. В.Е. Маркевич.
СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

9. *Тарасова І.В., Панченко О.О.*

«Особливості ниркової екскреції міді у новонароджених різного гестаційного віку».
Науковий керівник – проф. В.Е. Маркевич.
СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

10. *Зайцева І.І.*

«Забезпечення міддю та залізом дітей хворих на пілонефрит».
Науковий керівник – проф. В.Е. Маркевич.
СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

11. *Глуценко Н.В., Радченко І.П.**

«ЦД-1 – фактор ризику розвитку мікроелементозу у дітей».
Науковий керівник - проф. В.Е. Маркевич.
СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

* Сумська обласна дитяча клінічна лікарня.

12. *Монастир'юва Т.М.*

«Особливості екскреції мікроелементів у дітей хворих на ЦД-1».

Науковий керівник – проф. В.Е. Маркевич.

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики.

13. *Воронцова Т.О., Федорців О.Є., Сміян О.І.* , Багірян І.О., Кінаш М.І., Шульгай Л.М., Романюк О.К.**

«Мікроелементоз у дітей із затримкою росту».

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, кафедра педіатрії з дитячою хірургією №1.

*СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсом пропедевтичної педіатрії.

ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ

«ACTUAL PROBLEMS OF FUNDAMENTAL AND CLINICAL MEDICINE (IN ENGLISH)»

Секція теоретичної медицини

Голова – доц. В.І Бумейстер.

Секретар – доц. М.В. Погорелов.

22 квітня 2010 р.

Початок о 15⁰⁰, ауд. кафедри анатомії людини.

1. *Obukhova O.A., Sheikh K.M., 3rd year student.*

“Ace gene and physical activity”.

Sumy State University, Department of physiology and patophysiology with med. biology cours.

2. *Emeka Obiora, student of 5th course.*

“Actuality of problem of hiv/aids in Nigeria”.

Scientific leader - S.V. Pavlicheva.

Sumy State University, Department of social medicine.

3. *Nurul Syuhada Mazlan, student of 5th course.*

“Actuality of problem of hiv/aids in Malaysia”.

Scientific leader - S.V. Pavlicheva.

Sumy State University, Department of social medicine.

4. *Tverdokhlib V., student of 2th course.*

“Benefits and risks of childhood immunization”.

EL adviser - N.G. Horobchenko.

Sumy State University, Chair of Foreign Languages.

5. *Collins Orluwosu, Dennis Miriti, 2^d year student.*

“Burn wound healing in rats with chitosan gel”.

Scientific adviser - associate prof. M.V. Pogorelov.

Sumy State University, Human Anatomy Department of Medical Institute.

6. *Antsibor I., student of the 2nd course.*

“Healthy life style”.

EL adviser - S.I. Ochtema.

Sumy State University, Chair of Foreign Languages.

7. *Obewu-Onwuka Lovina, Ogunkoya Janet, 2nd year student.*

“Hippocrates – father of medicine”.

Scientific adviser - associate prof. V.I Bumeister.

Sumy State University, Human Anatomy Department of Medical Institute.

8. *Obukhova O.A., Sheikh K.M., 3rd year student.*

“Ace gene and physical activity”.

Sumy State University, Department of physiology and patophysiology with med. biology cours.

9. *Devis Sarah Ekua, student of the 2nd course.*

“The life of the foremost anatomist william Harvey”.

Scientific supervisor - L.G. Sulim.

Sumy State University, Human anatomy chair.

10. *Kostyuk O.V.*

“Ealuation of nutrient media for primary isolation of h. pylori from patients with duodenal and gastric ulcers and chronic gastritis”.

Research supervisor – prof. V.P. Shyrobokov.

O.O. Bogomolets National medical university microbiology, virology and immunology department.

11. *Zhukova S.V., Heblo Ahmed., 3^d years student.*

“Teodor schwann”.

Sumy State University, Department of Pathomorphology with course Histology, Cytology and Embryology.

12. *Ahmed Heblo, 3-th year student.*

“Action of epec and antibiotics on microflora of intestine of children with intestinal escherichiosis”.

Scientific supervisor – candidate of medical science V.V. Lipovskaya.

Sumy State University, chair of infectious diseases and epidemiology with course of microbiology, virology, immunology.

13. *Inna Zakorko, Ann Masko, 2-th year student.*

“Evaluation of the sensetivity candida spp. isolated from pregnant women and newborns to antifungal drugs”.

Scientific adviser - candidate of medical science V.N. Golubnichaya.

Sumy State University, chair of infectious diseases and epidemiology with course of microbiology, virology, immunology.

14. *Kuzenko Y.V., MD, Sievu, stud.*

“Experimental model to explore amelogenesis”.

Supervisor – prof. A.M. Pomanyuk.

Sumy State University, Department of Pathomorphology.

15. *Piddubna T., the student of the 2nd course.*

“Physical activity is important for health”.

EL adviser – N.O. Symonenko.

Sumy State University, Chair of Foreign Languages.

16. *S. Romanyuk 1-year student; Otesanya Olamide O., 3-year student.*

“Smoking amond minors and their effects on organism”.

Scientific supervisor – assist. of prof. O. Romanyuk.

Sumy State University, Pediatrics Department.

17. *Ahmed Heblo, Ossein Amedy, 3 ro. year student.*

“Alcogol abuse amond minors and their effects on organism”.

Scientific supervisor – assist. of prof. O. Romanyuk.

Sumy State University, Pediatrics Department.

Секція клінічної медицини

Голови – д.м н., проф. Л.Н. Приступа, доц. А.М. Лобода.

Секретар – асист. Ю.О. Атаман.

22 квітня 2010 р.

Початок о 15⁰⁰, конференц-зал ОДРЗН.

1. *Ovechkin D.V., Zaitsev I.E., Agyiri B.N., student of 5th course.*

“Research of immune response dynamics in patients with acute hematogenous osteomyelitis depending on form of disease”.

Sumy State University, chair of surgery with children surgery and course of oncology.

2. *Macharia, C.N., student of 4th course.*

“Complications of pulmonary tuberculosis”.

Scientific Supervisor - assist. V.V. Madiar.

Sumy State University, Department of General Surgery.

3. *Shakin Ali, Amedu Ossein, student of 3rd course.*

“Diagnostic peritoneal lavage for the evaluation of blunt abdominal trauma”.

Superviso - Doc. V.P. Shevtchenko.

Sumy State University, Department of General Surgery.

4. *Obwaigwa E.B., student of 4th course.*

“Tuberculoma of the lungs”.

Scientific Supervisor - V.V. Madiar.

Sumy State University, Department of General Surgery.

5. *A. Loboda.*

“Energy supply of the kidneys in children with pyelonephritis”.

Sumy State University, Department of Pediatrics with Medical Genetics.

6. *L. Turova, E. Mohova, 5-year student; T. Yaschenko, 5-year student.*

“The importance of heavy metals in intrauterine fetal growth”.

Scientific chief – M.D., prof. V. Markevich.

Sumy State University, Department of Pediatrics with Medical Genetics.

7. *Khilko A.S., Chemych O.M., 5-th year student.*
“Clinical and epidemiological features of diphtheria”.
Supervisor of studies – D.M., prof. the Head of infectious diseases and epidemiology department.
M.D. Chemych.
Sumy State University, chair of infectious diseases and epidemiology with course of microbiology, virology, immunology.
8. *Darwich Muhammad, Menon Gowri Kalyani, 5-th year student.*
Study of incidence on ascariasis in the sumy region in 2000-2009 years.
Scientific adviser – assist. K.S. Polov’yan.
Sumy State University, chair of infectious diseases and epidemiology with course of microbiology, virology, immunology.
9. *Ponor O.B., 5-th year student.*
“Use of the ozonized solutions in complex therapy of patients with sharp viral hepatitis A and B”.
Scientific adviser - candidate of medical science V.V. Zahlebaeva.
Sumy State University, chair of infectious diseases and epidemiology with course of microbiology, virology, immunology.
10. *Omolade Apata Ester, Odigo Ubani Patrick, 5-th year student.*
“Study of incidence on mumps in the sumy region in 2000-2009 years”.
Scientific adviser – assist. K.S. Polov’yan.
Sumy State University, chair of infectious diseases and epidemiology with course of microbiology, virology, immunology.
11. *Brezme O., 3rd year student.*
“Clinical features of patients with posterior wall myocardial infarction, complicated by the right ventricle injury”.
Scientific supervisor - assist. Y. Ataman.
Sumy State University, department of the internal medicine.
12. *Dytko Vladyslava.*
“Bronchial asthma and obesity association: pathogenetic mechanism of harmful influence realization and quality of life”.
Science chief - M.D., L.N. Prystupa.
Sumy State University, department of the internal medicine.
13. *H-jeva Deogratras, Allabaid Bassam, the student of the 3rd course.*
“Estimate of lovastatin efficiency at old patients with chronic cardiac failure and type 2 diabetes”.
Sumy State University, Department of internal medicine.
Scientific supervisor - Candidate of medical science N.V Demikhova.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

СЕКЦІЯ МОРФОЛОГІЇ

АНАЛІЗ МОРФОМЕТРИЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ ОПРОМІНЕНОГО СІДНИЧНОГО НЕРВА

*Васько Л.В., Тихановський М.Ф., Хандога В.С., студ. 2-го курсу
СумДУ, кафедра патоморфології*

Вивчення регенеративних властивостей травмованого периферичного нерва і на сьогодні є актуальним. Ще більш складним завданням є встановлення закономірностей порушення регенерації периферійного нерва після комбінованої травми (механічної і різних екзогенних і ендогенних чинників). Нами раніше отримані певні результати щодо кількісних і якісних змін регенеруючих нервових волокон, але ми не мали даних щодо площі нервових волокон та товщини мієлінового шару.

Мета дослідження: вивчити залежність пострадіаційних змін травмованих нервових волокон від їх площі.

Експеримент поставлений на 18 білих щурах-самцях масою 200-250 г. Місцеве гамма –опромінення проводилось у дозі 20 грей. Невротомія проводилась у вигляді перетискання кровозупинним затискачем зі спеціальною заточкою. Матеріал (сідничний нерв у місці травми) брали на 14 добу після невротомії. Для виготовлення препаратів нерв фіксували у 4% розчині глутаральдегіду, після осмієвої дофіксації заливали в Епон-812 за методикою Лафта. Напівтонкі зрізи фарбували парафенілєндіаміном. Тварини поділені на 3 групи. Першу групу склали неопромінені щурі (неопромінений контроль), другу групу- опромінені щурі за 1 добу до невротомії (опромінений контроль), третю групу – опромінені щурі за 30 діб до невротомії.

Морфометрію проводили за програмою “SEO IMAGE LAB”, за допомогою якої вимірювали товщину мієлінового шару, площу мієлінових волокон, кількість мієлінових волокон в залежності від площі.

Відсоток новоутворених мієлінових волокон з площею ≤ 20 мкм² збільшується в опроміненому контролі більше ніж у 2 рази (11% і 29% відповідно). На 30 добу після опромінення цей показник не змінюється (31%). Відсоток новоутворених мієлінових волокон середньої площі ($20 \leq S \leq 40$ мкм²) достовірно зменшується після опромінення (46% і 34% відповідно) і не змінюється у віддалений термін після опромінення (35%). Спостерігається тенденція до зменшення відсотка мієлінових нервових волокон з площею від 40 до 60 мкм² (35%, 30%, 25% відповідно).

Відсоток новоутворених мієлінових волокон з великою площею (від 60 до 100 мкм²) практично однаковий у всіх групах тварин.

Аналіз показників товщини мієлінового шару в залежності від площі нервових волокон в різних групах показав достовірне зменшення при опроміненні в малих, середніх і великих за площею нервових волокон ($2,08 \pm 0,26$ мкм і $1,13 \pm 0,12$ мкм; $2,06 \pm 0,25$ мкм і $1,75 \pm 0,23$ мкм; $2,51 \pm 0,33$ мкм і $2,21 \pm 0,23$ мкм відповідно). У тварин, опромінених за 30 діб до невротомії спостерігається лише тенденція до відновлення ($1,75 \pm 0,23$ мкм і $1,82 \pm 0,13$ мкм; $1,97 \pm 0,17$ мкм і $2,03 \pm 0,13$ мкм; $2,31 \pm 0,12$ мкм і $2,27 \pm 0,21$ мкм відповідно)

Таким чином, опромінення викликає достовірні зміни в кількісному складі лише у нервових волокнах малої площі, щодо товщини мієлінового шару то зміни мають усі нервові волокна, а процес відновлення після опромінення ми не спостерігали.

АНАТОМІЯ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ПЛОДІВ 4-6 МІСЯЦІВ

Гораш Є.В., Семкова Г.М., Гулейчук А.В., Михальська О.А.

Науковий керівник – д.м.н., проф. Ю.Т. Ахтемійчук

Буковинський державний медичний університет,

кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Дослідження проведено на 8 трупах плодів 4-6 місяців. Встановлено, що на початку плодового періоду у плодів з С-подібною формою сигмоподібної ободової кишки її проксимальний та дистальний відділи знаходяться в межах лівої пахвинної ділянки, причому дистальна ближче до серединної площини, проксимальний вище лівої передньої верхньої клубової ості.

На початку 4-го місяця внутрішньоутробного розвитку сигморектальний сегмент визначається зліва від серединної площини. Латерально від нього простягаються ліва яечкова артерія та вена. Безпосередньо до сигморектального сегмента латерально примикає ліве яечко. Позаду сегмента простягається лівий сечовід. Сигморектальний сегмент зігнутий у сагітальній площині, є продовженням сигмоподібної ободової кишки і без чітких меж переходить у пряму кишку. У плодів 5-го місяця виявлено добре розвинені півмісяцеві складки та випини ободової кишки, які розташовані по ходу вільної стрічки. Жирові привіски відсутні. До кінця 6-го місяця дистальний відділ сигмоподібної ободової кишки досягає пупкової ділянки.

Сигморектальний сегмент визначається в правій боковій ділянці Латерально сегмент стикається з клубово-сліпокишковим переходом. Задня стінка сигморектального сегмента примикає до червоподібного відростка, правої нирки, правого сечоводу. Сигморектальний сегмент зігнутий у фронтальній площині циліндр. Візуально, сигморектальний перехід вужчий, ніж сигмоподібна ободова кишка проксимальніше і пряма кишка дистальніше. Відразу над сигморектальним переходом простежуються поздовжні складки сигмоподібної ободової кишки.

АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НОСОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ В ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗА ЛЮДИНИ

Ємсьяненко Н.Р.

*Буковинський державний медичний університет,
кафедра анатомії людини*

Досліджено 50 препаратів носової перегородки (НП) 4-10-місячних плодів (161,0-500,0 мм тім'яно-п'яткової довжини (ТПД)) комплексом методів морфологічного дослідження який включав макроскопію, антропометрію, морфометрію та статистичний аналіз. Встановлено, що на початку плодового періоду більша частина НП представлена хрящовою тканиною, вкритою слизовою оболонкою. Задньонижній її відділ представлений кістковою тканиною, а перпендикулярна пластинка решітчастої кістки – хрящовою тканиною, причому чіткої межі між ними не простежується. Кісткову частину НП складає леміш, який утворений двома кістковими пластинками, зрощеними біля нижнього краю. Верхні краї НП дещо розходяться, набуваючи дугоподібної форми. Товщина НП 4-місячних плодів становить $2,0 \pm 0,3$ мм. НП 5-6-місячних плодів утворена хрящовою пластинкою і кістковим лемішем, який складається з двох пластинок, які з'єднуються біля її нижнього краю. Товщина НП 5-місячних плодів складає $2,5 \pm 0,3$ мм, 6-місячних – $2,8 \pm 0,2$ мм. У 7-8-місячних плодів простежується незначне викривлення НП, леміш представлений двома пластинками. В подальшому в будові складових компонентів НП спостерігаються головним чином кількісні зміни. Товщина хрящової пластинки збільшується до $1,5 \pm 0,2$ мм, а разом із слизовою оболонкою – $3,2 \pm 0,2$ мм. Слизова оболонка НП потовщується до – до 1,0 мм. Хрящову частину НП плодів 9-го-10-го місяців утворює однорідна хрящова тканина і віддиференціювати хрящ власне НП від перпендикулярної пластинки решітчастої кістки все ще неможливо. Кісткову частину НП утворює леміш. Товщина хрящової пластинки НП складає $1,6 \pm 0,2$ мм, а разом із слизовою оболонкою – $3,2 \pm 0,1$ мм. Нами встановлено, що інтенсивність пластичних процесів складових НП впродовж плодового періоду вирізняється нерівномірною динамікою: прискорене зростання її розмірів простежується впродовж 6-7-го місяців, а уповільнення росту – на початку 8-го місяця внутрішньоутробного розвитку. Зростання вертикальних розмірів НП відбувається інтенсивніше впродовж III триместру розвитку плодів.

ГІСТОАРХІТЕКТОНІКА НАД'ЯЄЧКА 4-МІСЯЧНИХ ПЛОДІВ

Хмара Т.В., Проняєв Д.В., Курікеру М.А., Гуцуляк І.О.

*Буковинський державний медичний університет,
кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії*

За даними МОЗ України у 2001 році частота генетично зумовленої патології на 1000 новонароджених складала 31,44, при цьому природжені вади розвитку становили 2,9% у структурі захворюваності та 3,1% - смертності дітей першого року життя. Вважається, що кожна десята людина має природжені вади сечостатевої системи. Саме тому дослідження перинатального морфогенезу набуває особливо важливого значення. Дослідження проведені на 35 трупах плодів 4 місяця розвитку комплексом методів анатомічного дослідження.

На сагітальних гістологічних зрізах над'яєчок плодів 81,0-90,0 мм ТКД виявляються численні просвіти каналців різної форми, які оточені сполучною тканиною з невеликою кількістю кровоносних судин. Діаметр просвіту каналців голівки і тіла над'яєчка 20-24 мкм, а в ділянці хвоста над'яєчка – 16-18 мкм. Канальці над'яєчка в межах його голівки і верхньої частини тіла мають звивистий хід, їх стінка вистелена одношаровим кубічним епітелієм, серед клітин якого визначаються поодинокі первинні статеві клітини. Зовні від епітелію знаходяться циркулярно орієнтовані 2-3 ряди клітин мезенхіми, гладенькі міоцити та сполучнотканинні волокна. Стінка порожнини каналців нижньої частини тіла і хвоста над'яєчка вистелена одношаровим циліндричним епітелієм, навколо якого розміщуються 5-7 шарів клітин мезенхіми, ядра яких веретеноподібної або видовженої форми. Серед каналців тіла і хвоста над'яєчка візуалізуються також сполучнотканинні волокна та поодинокі клітини Лейдіга.

ЗМІНИ ХІМІЧНОГО СКЛАДУ ПЕЧІНКИ ЩУРІВ МОЛОДОГО ВІКУ НА ТЛІ ВОДНОГО ОТРУЄННЯ ТЯЖКОГО СТУПЕНЯ

Романовська А.А., студ. 1-го курсу

*Науковий керівник – ст. викл. І.В. Болотна
СумДУ, кафедра анатомії людини*

Водно-солевий баланс в організмі людини підтримується надходженням води та мінеральних речовин і виділенням їх із сечею, калом та потом. Відомо, що деякі продукти можуть гальмувати всмоктування мікроелементів, навіть надмірна кількість одного з них може призводити до негативних наслідків. Наприклад, надмірна кількість цинку гальмує всмоктування міді. Незважаючи на широкі коливання кількості та якості харчових продуктів, водно-електролітний баланс у здоровому організмі невпинно підтримується за рахунок зміни екскреції за допомогою органів виділення. Гіпотонічна гіпергідратація, або водна інтоксикація, зумовлена надлишковим надходженням безсолевих рідин, порушенням виведення рідини внаслідок ниркової недостатності або неадекватної секреції антидіуретичного гормону (синдром Шварца-Бартера). Зокрема, це можна спостерігати у хворих, яким уводять значний об'єм розчину глюкози у разі порушеної видільної функції нирок. Вода накопичується рівномірно в усіх водних сегментах, внаслідок чого виникають гіпонатріємія та гіпоосмолярність. У разі порушення регуляції водного обміну вже незначне водне навантаження може призвести до гіпергідратації. За умов несприятливого навколишнього середовища в останні роки відмічається зростання захворюваності на хронічну патологію печінки, тому що саме вона зазнає найбільшої агресії з боку екологічних чинників і, як результат, виникає розлад водно-електролітного балансу. Завдяки наявності в

гепатоцитах складних ферментних систем біотрансформації для знешкодження токсичних сполук, печінка відіграє біологічно важливу бар'єрну функцію, оберігаючи інші органи та тканини від несприятливої дії токсичних речовин. У сучасній літературі достатньо широко висвітлені особливості, характер та механізм взаємодії різних забруднювачів виробничого та навколишнього середовища за одномоментного та послідовного їх надходження в організм та вплив цих речовин на печінку. Однак майже відсутні відомості про вплив на печінку гіпергідратаційних порушень водно-сольового обміну організму, а дослідження саме хімічного складу печінки під впливом загальної гіпергідратації організму є актуальною науковою проблемою.

Аналіз хімічного складу печінки молодих щурів, що піддавалися дії гіпергідратації важкого ступеня, визначив подальше збільшення води в органі порівняно з інтактними тваринами відповідного віку. Так, вміст води підвищився на 27,3% ($p < 0,01$). Вміст калію, натрію, свинцю збільшено відповідно на 33,2% ($p < 0,01$), 35,8%, 31,2 % ($p < 0,05$). Одночасно відмічено зниження вмісту кальцію на 28,8%, міді – на 28,7%, марганцю – на 51,4 %, цинку – на 29,6% ($p < 0,05$), заліза – на 39,8% ($p < 0,01$). Кількість неорганічних речовин збільшена на 51,4% ($p < 0,05$) порівняно з контрольною групою тварин, а кількість органічних речовин зменшена на 4,2% ($p > 0,5$).

Отже, вплив на організм щурів молодого віку гіпергідрії важкого ступеня змінює хімічний склад печінки за рахунок накопичення води, натрію, калію та свинцю, а також за рахунок виведення активних мікроелементів – кальцію, міді, заліза, марганцю та цинку.

МОРФОЛОГІЧНА ПЕРЕБУДОВА ГЕПАТОЦИТІВ ЩУРІВ СТАРЕЧОГО ВІКУ В УМОВАХ СУБЛЕТАЛЬНОЇ ГІПЕРГІДРАТАЦІЇ ОРГАНІЗМУ

*Воронцов С.О., студ. 1-го курсу
Науковий керівник – ст. викл. І.В. Болотна
СумДУ, кафедра анатомії людини*

Порушення водно-сольового обміну викликають значні зрушення у роботі всіх органів та систем, тому вивчення даної патології на сьогодні є актуальною медико-біологічною проблемою, для вирішення якої необхідно проведення експериментальних робіт. В сучасних умовах токсичної агресії участь печінки в забезпеченні та регуляції основних ланцюгів проміжного обміну є найважливішою в підтриманні гомеостазу цілого організму. Дослідження печінки при гіпергідрії необхідно для попередження та лікування багатьох хвороб внутрішніх органів, проявом яких є застійні процеси в організмі та набряки. Зокрема в клініці внутрішніх хвороб спостерігаються великі групи хворих похилого віку з різними формами серцевої недостатності і, як наслідок, виникає затримка води та її накопичення в тканинах і серозних порожнинах тіла людини.

При гістологічному дослідженні печінки тварин старечого віку, що піддавалися гіпергідрії важкого ступеня, виявлена жирова, зерниста і вакуольна дистрофії, що часто переходять у некробіоз. Синусоїди розширені, а стінки судин системи порталної вени набрякли. Спостерігається гіперплазія ендотелію судин. Сполучна тканина навколо триад печінки теж набрякла, кількість її збільшена, має місце інфільтрація її лімфогістіоцитарними елементами. Зустрічаються неушкоджені гепатоцити більшого розміру і з двома ядрами.

При ультраструктурному дослідженні гепатоцитів виявлені виражені дистрофічні та деструктивні порушення органел. Ядерна мембрана розпушена, утворює неглибокі інвагінації, з вогнищами лізису. Перинуклеарні простори значно розширені. Ядерний хроматин міститься у двох формах – конденсованій і деконденсованій, який рівномірно розподілений в центральній частині ядра. Ядерця виявлені не у всіх гепатоцитах. Цитоплазма печінкових клітин електроннопрозора, містить невелику кількість рибосом, полісом і гранул глікогену, а також в ній спостерігаються аутофагосоми і включення ліпідів. Найбільших змін зазнали мітохондрії гепатоцитів, матрикс яких електроннопрозорий і має волокнисту структуру. Кількість крист в мітохондріях значно зменшена, вони короткі та дезорганізовані. Досить часто зустрічаються мітохондрії з вогнищевим руйнуванням зовнішніх мембран і крист. Внутрішньомітохондріальні гранули практично відсутні. Гранулярний ендоплазматичний ретикулум помірно розвинутий, але на його мембранах значно знижена кількість рибосом порівняно з групою інтактних щурів старечого віку. Цистерни ендоплазматичного ретикулуму розширені і представлені електроннопрозорими вакуолями. Спостерігаються зони лізису мембран. Невелика кількість гепатоцитів містить фрагментовані мембрани гранулярного ендоплазматичного ретикулуму. Аналогічні зміни виявлені і в агранулярному ретикулумі. Піддається редукції пластинчастий комплекс Гольджі, гладкі мембрани його втрачають паралельну орієнтацію. Деякі гепатоцити містять мітохондрії з гомогенізованим щільним матриксом. Цитоплазматична мембрана втрачає структуру, яка притаманна елементарній мембрані, стає розпушеною, потовщеною і осмієфільною.

Таким чином, при гіпергідратації важкого ступеня у 18-місячних щурів розвиваються мікроциркуляторні розлади та дистрофічні зміни гепатоцитів, що переходять у деструктивну фазу. Але поряд з такими змінами спостерігається і активація адаптаційно-компенсаторних реакцій.

МОРФОЛОГІЧНІ ПАРАМЕТРИ ЕРИТРОЦИТІВ ЩУРІВ СТАРЕЧОГО ВІКУ В УМОВАХ ТЕХНОГЕННОГО МІКРОЕЛЕМЕНТОЗУ ОРГАНІЗМУ

*Приходько О.О.
Науковий керівник – проф. В.З. Сікора
СумДУ, кафедра анатомії людини*

Метою даної роботи є визначення відсоткового співвідношення морфологічних форм, індексу трансформації та розмірів еритроцитів щурів старечого віку при застосуванні растрової електронної мікроскопії в умовах техногенного мікроелементозу організму.

Аналіз морфологічних форм еритроцитів був проведений на 20-ти безпорідних щурах-самцях 20-и місячного віку, які були поділені на контрольну та експериментальну серії по 10 тварин в кожній. Щурам експериментальної серії в питну воду додавали комбінацію солей Zn, Cu, Fe, Mn, Pb на протязі місяця.

Підрахунок морфологічних форм усіх еритроцитів проводили по мікросвітлинах, зроблених на растровому електронному мікроскопі з камерою низького вакууму « РЭМ 106 - И». На отриманих при збільшенні в 2000 разів електронограмах оцінювали загальну структуру морфологічних форм еритроцитів та виділяли їх типи за Bessis M. 1975 та Козинец Г.І. та співавт. 2004. Співвідношення різних морфологічних типів еритроцитів вивчали із 1000 клітин кожного щура. Комп'ютерний морфометричний аналіз еритроцитів здійснювали за допомогою системи комп'ютерного аналізу зображення “ Відео Тест 5,0 ” та “ Відео Размер 5,0 ”. До складу вимірюваних параметрів входили: периметр і середній діаметр еритроцитів. Об'єм, товщина, площа обчислювалися за Чижевським А.Л. Для кількісної оцінки морфології еритроцитів розраховували індекс трансформації (Ітр). $I_{tr} = \%ЗД / \%НД / \%Д$. Де ЗД – відсоток зворотньодеформованих еритроцитів, НД – відсоток незворотньодеформованих еритроцитів, Д – відсоток дискоцитів.

Доля дискоцитів знизилась у порівнянні з показником контрольної групи на 26,6 % ($p < 0,01$). Число трансформованих еритроцитів збільшилось достовірно за рахунок зворотньодеформованих (ехіноцитів та стоматоцитів) у 2 рази так і за рахунок незворотньодеформованих у 4,5 рази: (мішенеподібних, сфероцитів, гіпохромних та анулоцитів, планоцитів, клітин у вигляді спущеного м'яча, елптоцитів та дегенеративних форм.). Індекс трансформації еритроцитів достовірно збільшився майже 5-и кратно, у порівнянні з контролем, що є відображенням порушень структури й метаболізму еритроцитів.

Морфометрія еритроцитів показала, що відбулося вірогідне зменшення їх діаметру на 5,4 % ($p < 0,001$), периметру на 5,1% ($p < 0,001$), площі поверхні на 10,0% ($p < 0,001$), об'єму на 14,2 % ($p < 0,001$), товщини краю на 5 % ($p < 0,001$).

Висновок. Растрова електронна мікроскопія еритроцитів периферичної крові дозволяє дати детальну кількісну оцінку пойкилоцитозу. Зміна трансформованих клітин виражена більше за рахунок збільшення незворотньодеформованих еритроцитів. Морфометричні показники еритроцитів зменшуються в експериментальній серії, що вказує на морфофункціональні порушення червоних клітин крові.

ТИПИ КЛУБОВО-СЛІПОКИШКОВОГО ПЕРЕХОДУ ПЛОДІВ 4-5 МІСЯЦІВ

Проняєв Д.В., Сердулець О.В., Халай Я.С., Кушнір А.А.

Науковий керівник – д.м.н., проф. Ю.Т. Ахтемійчук

Буковинський державний медичний університет,

кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Дослідження проведено на 15 трупах плодів 161,0-250 мм ТПД, комплексом анатомічних методів дослідження. У плодів 161,0-200,0 мм ТПД в 12-ти випадках термінальний сегмент клубової кишки впадає у медіальну стінку сліпої кишки, у 6-ти – в задню, у 2-х – у передню. У випадках медіального впадання він спрямовується латерально, у випадках заднього впадання – медіально. У двох випадках впадання в передню стінку термінальний сегмент клубової кишки спрямовується вертикально (у фронтальній та сагітальній площинах) та дорсолатерально (між фронтальною та сагітальною площинами). У плодів 181-200 мм ТПД в 8-ми випадках виявлено медіальний тип впадання, у 2-х – передній, у 2-х – задній; у плодів 161-180 мм ТПД у 5-ти випадках – задній у 3-х – медіальний. У плодів 201,0-250,0 мм ТПД в 12-ти випадках термінальний сегмент клубової кишки впадає у медіальну стінку сліпої, в 4-х – у задню, в 3-х – у передню, в 1-му – у латеральну. З 12-ти випадків медіального впадання у 8-ми термінальний сегмент клубової кишки спрямований латерально, у 4-х – медіально. У випадках впадання в задню стінку, термінальний сегмент клубової кишки спрямований латерально, в усіх випадках впадання в передню стінку – латерально, в одному випадку латерального впадання – медіально. У місці клубово-сліпокишкового сполучення клубова кишка утворює вигин, в результаті чого між її оссю та оссю клубового сосочка утворюється гострий кут (20-40° у плодів 161,0-200,0 мм ТПД і 40-50° у плодів 201,0-250,0 мм ТПД). Сліпа та клубова кишки мають спільну стінку – ілеоцекус. Найбільший діаметр ілеального підвищення 161,0-200,0 мм ТПД становить 2,3 мм, найменший – 0,7 мм, у плодів 201,0-250,0 мм ТПД – 4 мм і 1 мм – відповідно.

ГІСТОАРХІТЕКТОНІКА ВЕНОЗНОГО РУСЛА ЯЄЧКА НА ПОЧАТКУ ПЛОДОВОГО ПЕРІОДУ ОНТОГЕНЕЗУ

Скорейко П.М., Мацюк О.М., Павлова А.В., Паскар А.А.

Науковий керівник – д.м.н., проф. Ю.Т. Ахтемійчук

Буковинський державний медичний університет,

кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Для визначення топографо-анатомічних особливостей венозних лозоподібних сплетень та яєчкових вен на початку плодового періоду онтогенезу людини застосовано комплекс методів морфологічного дослідження, який включав: ін'єкцію судин, мікромаскопію, виготовлення топографо-анатомічних зрізів, гістологічне дослідження, морфометрію, графічне реконструювання. Гістотопографічно венозна система яєчка представлена численними центрифугальними та центрипетальними венами. Центрифугальні вени розміщені в білковій оболонці. Вони збирають кров від поверхневих шарів яєчка, прямують до середостіння, поперечно до поздовжньої осі яєчка, де з'єднуються із центрипетальними венами. Вени яєчка згруповані у вигляді сплетення навколо двох гілочок яєчкової артерії, а вени над'яєчка – навколо сім'явиносної протоки. Венозне сплетення навколо яєчкової артерії складається із судин китицеподібної форми, які прямують уздовж гілочок яєчкової артерії, оточують кожен судину у вигляді сплетення На

гістологічних зрізах простежуються від 4 до 7 вен навколо яєчкових артерій. Деякі з вен сліпо закінчуються, утворюють розширення що може свідчити про процеси судиноутворення, що тривають. Стінка вен слабо розвинута – складається з ендотелію, тонкого підендотеліального прошарку, оточена сполучною тканиною. Діаметр вен становить $0,06 \pm 0,02$ мм. У просвіті вен спостерігаються елементи крові та гранули введеного у венозну систему барвника. На деяких гістологічних зрізах у місцях з'єднання окремих вен між собою простежуються дуплікатури ендотелію, спрямовані вздовж напрямку течії крові, що може бути ознакою утворення клапанів.

МІКРОСТРУКТУРНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ ПАРЕНХІМИ НИРОК ПІД ВПЛИВОМ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ

Сулим Л.Г.

СумДУ, кафедра анатомії людини

Вивчення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення і чинниками зовнішнього середовища є актуальною проблемою сьогодення. Серед хімічних речовин, що забруднюють середовище існування, істотна роль належить солям важких металів.

Експеримент проводився на 40 білих лабораторних щурах-самцях, яких поділили на дві серії: перша інтактні тварини, друга – експериментальні тварини. Друга серія складалася з трьох груп, поділених у залежності від строків навантаження солями важких металів (1 група отримувала солі упродовж 1 місяця, 2 група – 2 місяців, 3 група – 3 місяців). Дози металів відповідали даним Новомосковської експедиції (1991). Після закінчення досліду група контрольних та експериментальних тварин забивалася під ефірним наркозом шляхом декапітації. На дослідження забиралися нирки для вивчення мікроструктурних перетворень паренхіми.

При сольовому навантаженні тварин упродовж 1 місяця відмічається незначне розширення артеріол і капілярів мозкової та кіркової речовини нирок. Капіляри клубочків нефрону і капсули клубочків також розширені, об'єм ниркових тілець збільшений. У каналцях нефронів відмічаються дистрофічні процеси, які виражаються в утворенні дрібних зерен у цитоплазмі нефроцитів. Більше вражається термінальна частина проксимальних каналців нефрону, висхідні коліна петель Генле.

Під впливом солей важких металів протягом двох місяців збільшується розмір клубочків капілярів ниркових тілець, у порожнинах капсул накопичується ексудат, що свідчить про підвищення проникливості клубочкових капілярів. Зміни в клітинах звивистих каналців проходять через стадію набряку, зменшення кількості мітохондрій, дегенерації та некрозу з гомогенізацією протоплазми і зникненням ядра.

Унаслідок споживання щурами підвищеної кількості солей важких металів протягом трьох місяців ще помітніше збільшується об'єм ниркових тілець, потовщуються базальні мембрани стінок клубочкових капілярів і листків капсули клубочків, зустрічаються змінені ниркові тільця з некрозом петель капілярів. В епітелії каналців нефрону виражена зерниста дистрофія нефроцитів, в просвіті каналців визначаються клітини злушеного епітелію.

Таким чином, ушкоджувальна дія солей важких металів зростає зі збільшенням терміну їх споживання. Під їх впливом відбуваються значні перетворення в дрібних судинах паренхіми нирок і структурних елементах нефронів.

МОРФОМЕТРИЧНІ ПАРАМЕТРИ СТРАВОХІДНО ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ ПЛОДІВ 4 МІСЯЦЯ РОЗВИТКУ

Товкач Ю.В., Бабюк А.А., Баланова А.В., Чепишко С.І.

Науковий керівник – д.м.н., проф. Ю.Т. Ахтемійчук

Буковинський державний медичний університет,

кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Для визначення особливостей макроскопічної, анатомічної і топографії стравохідно-шлункового переходу людини в ранньому періоді онтогенезу ми застосовували комплекс сучасних методів морфологічного дослідження. Дослідження проведено на 10 трупах плодів 4 місяця розвитку.

У плодів 4 місяців довжина черевної частини стравоходу становить від 0 до 5 мм. У двох плодів (з 10) черевна частина стравоходу відсутня, а в трьох – досягає 1 мм. Найбільша довжина черевної частини стравоходу становить 5 мм (один випадок з 10). Діаметр черевної частини стравоходу становить від 3 до 5,8 мм, на рівні стравохідного розтвору діафрагми від 3 до 5,3 мм, над стравохідним розтвором діафрагми від 2 до 4,5 мм. Кут Гіса становить від 40 до 70°. У плодів 4 місяців спостерігали таку особливість: чим коротша черевна частина стравоходу, тим більший її діаметр і менший кут Гіса. У двох плодів, у яких черевна частина стравоходу відсутня, кут Гіса становив 55°. У трьох плодів довжина черевної частини стравоходу становить від 3 мм до 5,8 мм при діаметрі 2 мм, кут Гіса – від 60° до 70°. Друга особливість полягає в тому, що чим коротша черевна частина стравоходу, тим більший діаметр стравоходу над стравохідним розтвором діафрагми.

У місці впадання стравоходу в шлунок, у більшості плодів 4 місяців спостерігається незначне розширення стравоходу на 1-2 мм, що всвою чергу свідчить про не сформованість сфінктера

ІНДИВІДУАЛЬНА АНАТОМІЧНА МІНЛИВІСТЬ СИМПАТИЧНОГО СТОVBУРА ЛЮДИНИ

Устянський О.О., Андрусенко З.М., студ 1-го курсу

СумДУ, кафедра анатомії людини

Стрімкий розвиток сучасної ендоскопічної хірургії вимагає від морфологів всебічних досліджень будови як вегетативної нервової системи в цілому, так і її симпатичного відділу окремо. Як відомо, симпатичний відділ автономної нервової системи іннервує не тільки внутрішні, а й зовнішні, забезпечуючи в ній обмінні та трофічні процеси.

Питання індивідуальної анатомічної мінливості вузлів та гілок симпатичного стовбура залишаються недостатньо вивченими та вимагають подальшого дослідження. Тому метою нашої роботи було вивчення індивідуальних особливостей топографії та будови вузлів і гілок симпатичного стовбура у людини. Наші висновки базуються на основі макроскопічного дослідження методом ретельного препарування та морфометрії симпатичних стовбурів (правого і лівого) у 6-ти фізичних тіл із учбового фонду кафедри. Будові симпатичного стовбура та його гілок характерна значна індивідуальна мінливість, що проявляється кількістю, формами, розмірами та асиметрією вузлів і гілок у різних його відділах. Найбільш постійним за скелетотопією, формою та розмірами є перший шийний вузол. На одному препараті правого боку ми виявили хребтовий вузол. Найменш постійними за формою, скелетотопією та розмірами є вузли грудного відділу. На 4-х препаратах ми виявили в грудному відділі "латеральну" гілку, котра відходила від бічної поверхні другого грудного вузла і, пробиваючи міжреброві м'язи другого проміжку, прямувала в пахову ділянку. Найбільш характерне з точки зору анатомічної мінливості симпатичного стовбура фізичне тіло використане для виготовлення музейного препарата.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОГЕНЕЗУ ЖОВЧНОГО МІХУРА В ПРЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Цигикало О.В.

*Буковинський державний медичний університет,
кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії*

Досліджено 183 трупів передплідів, плодів та новонароджених людини (54,1% чоловічої та 45,9% – жіночої статі) віком від 9 до 40 тижнів внутрішньоутробного розвитку комплексом методів морфологічного дослідження, який включав антропометрію, макроскопію, морфометрію, ін'єкцію, рентгенографію, гістологічне дослідження, реконструювання, статистичний аналіз. Визначали взаємовідношення між печінкою і жовчним міхуром (ЖМ), форму ЖМ, відношення до очеревини та особливості будови його частин. Серед варіантів будови ЖМ виділяли за характером зовнішньої форми чотири типи органа: грушоподібний з довгою шийкою (тип I), прямокутний (тип II), веретеноподібний (тип III) та круглий з короткою шийкою (тип IV). Вимірювали ширину (відстань між бічними краями в найширшій частині тіла ЖМ) та довжину (відстань між нижнім кінцем дна та початком міхурової протоки ЖМ). Встановлено, що в усіх випадках ЖМ розміщувався на вісцеральній поверхні печінки в лівій підреберній ділянці. Серед варіантів відношення ЖМ до очеревини вісцеральної поверхні печінки на 38 (20,8%) препаратах виявлене внутрішньоопечінкове його розміщення, характерне для передплідів 11-12 тижнів та плодів 13-35 тижнів розвитку. В решті 145 (79,2%) випадків ЖМ розміщувався мезоперитонеально. Синтопія дна ЖМ та нижнього краю печінки в 25 (13,6%) спостереженнях характеризується тим, що ЖМ виступає з-під нижнього краю органа. На більшості препаратів першого триместру розвитку ЖМ не виступав з-під нижнього краю печінки, тоді як пересічення рівня нижнього краю печінки дном ЖМ виявлені на 6 (8,3%) препаратах плодів II-го триместру, 13 (18,9%) препаратах плодів III-го триместру і у 5 (20%) новонароджених. У першому триместрі тип III спостерігався в 64,7%, типи I та IV – в 17,65%, тип II виявився не характерним для цього періоду розвитку. Тип III (41,7%) є найчастішим варіантом будови ЖМ в серед інших трьох типів в II-му триместрі (тип I склав 27,7% спостережень, типи II і IV – по 15,3%). Всі чотири типи також спостерігалися в III-му триместрі та у новонароджених, причому тип II виявився найчастішим варіантом будови ЖМ (50,7% спостережень в III-му триместрі та 40% – у новонароджених). Під час вивчення морфометричних параметрів ЖМ (ширина і довжина) встановлені середні значення і середні квадратичні відхилення загальних параметрів і параметрів розміру ЖМ. Виявлена вірогідна залежність між гестаційним віком, розмірами ЖМ і такими параметрами, як окружність голови, біпаріетальний розмір голови, довжина стегна, довжини гомілки, довжина стопи ($P \leq 0,001$, $r = 0,94$ для ширини ЖМ, $r = 0,95$ для довжини ЖМ). Динаміка зміни морфометричних параметрів ЖМ демонструє прискорене їх зростання наприкінці II-го – на початку III-го триместрів розвитку, а також інтенсивніше зростання довжини порівняно з шириною ЖМ. Протягом 10-17 тижнів розвитку положення ЖМ різниться від дефінітивного. ЖМ остаточно займає дефінітивну позицію після 21-го тижня внутрішньоутробного розвитку.

БІОМАТЕРІАЛИ НА ОСНОВІ ХІТОЗАНУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОПІКОВИХ РАН: ДОСЛІДЖЕННЯ ФІЗИКО-ХІМІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТА IN-VIVO ТЕСТИ

Бончев С.Д., студ. 6-го курсу

*Науковий керівник – к.м.н., доц. М.В. Погорєлов
СумДУ, кафедра анатомії людини*

Ушкодження шкіри займають одне з перших місць в структурі травм. Особливо великого значення набули опіки шкіряного покриву, що пов'язане зі стрімким розвитком виробництва, погіршенням стану безпеки на багатьох підприємствах металургічної та вугледобувної промисловості. Виріс відсоток побутових опіків у зв'язку з ростом кількості електричного обладнання, збільшенням пожеж, тощо.

Сучасна світова медицина володіє цілим арсеналом різноманітних матеріалів для використання при опіках різного ступеню та локалізації. На жаль в Україні майже не використовуються подібні матеріали, а вартість існуючих обмежує їх призначення для більшості верств населення. Тому метою роботи стало вивчення перебігу загоєння опіків шкіри при застосування різних комбінацій раневого покриття на основі хітозану.

Для досягнення мети був використаний комплекс досліджень, які включають вивчення фізико-хімічних властивостей матеріалів, визначення реакції шкіри при їх застосуванні та змін мікрофлори рани.

Раньові покриття, що утворюються в результаті висихання гелю ацетат хітозану характеризуються наявністю мікропор, які здатні затримати макромолекули та запобігти втраті альбуміну з поверхні рани. В той же час покриття

володіють значними сорбційними властивостями щодо раневого ексудату та високою швидкістю біодеградації. Вищевказані властивості більше виражені у чистого покриття в порівнянні з матеріалом з додаванням метил урацилу та мірамістину.

Отримані результати досліджу (*in vitro*) чутливості клінічних штамів бактерій до антибіотиків та ацетату хітозану свідчать про виражену антибактеріальну дію речовини. Спектр антибактеріальної дії ацетату хітозану, який включає різноманітні грампозитивні та грамнегативні бактерії, ефективність, що не поступається, а інколи і перевищує таку у гентаміцину та лінкоміцину, вказують на перспективність розробки на основі цієї речовини нового ряду протибактеріальних препаратів місцевої дії.

Місцеве використання гелю з ацетату хітозану та ацетату хітозану з 0,5% мірамістином та метилурацилом у терапії опікової рани шурів скорочує тривалість гнійно-запального процесу, що спричиняють умовно-патогенні мікроорганізми, які після використання таких гелей мають менш виражені патогенні властивості. Шляхом постановки експерименту на лабораторних щурах встановлено, що гель ацетату хітозану має фунгістатичну дію, про що свідчить виявлення, протягом експерименту) стабільної кількості *Candida spp.* у мікрофлорі 10% шурів II серії та 9% шурів III серії. Дослідження біоптатів шкіри показало прискорення утворення грануляційної тканини на перших строках спостереження та зменшення утворення грубоволокнистої сполучної тканини в останній термін загоєння шкіри. Використання селективних покриттів зменшує запальні процеси на набряк тканин шкіри і прискорює епітелізацію раневої поверхні.

Таким чином, проведено комплексне дослідження нових матеріалів для використання при лікуванні опікових ран показало їх високий потенціал, що може бути використаний в клінічній практиці.

СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ЧОЛОВІЧОГО НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОГО РЕГІОНУ

Воробйова Ю.М., Борщ С.М.

Науковий керівник - к.м.н., асист. Г.Ю. Будко

СумДУ, кафедра патоморфології

Актуальність. В другій половині ХХ та на початку ХХІ століть відмічена чітка тенденція до збільшення кількості населення середнього віку земної кулі. В зв'язку з покращенням соціальних умов життя, підвищився рівень медичного обслуговування, з'явилась можливість діагностувати більшість захворювань на ранніх стадіях розвитку. Проте на фоні підвищення рівня надання медичних послуг зросла кількість «вікових» захворювань, а також спостерігається частота їх виявлення у більш ранньому віці. Із збільшенням числа чоловіків похилого віку пропорційно збільшується кількість хворих на доброякісну гіперплазію простати, передпухлинні стани передміхурової залози (ПСПЗ) та рак. Однією з відмінних рис ПСПЗ є те, що вони виникають у чоловіків працездатного віку, мають не виразну симптоматику.

Матеріали та методи. Нами був досліджений матеріал після оперативних втручань у 424 випадків осіб з клінічним діагнозом «Аденома передміхурової залози» за 2008-2009 рік, які проходили лікування в урологічному відділенні Сумської обласної клінічної лікарні. Патоморфологічні зміни пухлинних процесів передміхурової залози вивчалися з використанням загальноприйнятих гістологічних методик за допомогою світлового мікроскопу з відеокамерою.

Результати власних досліджень. Для визначення співвідношення між різними типами ПСПЗ нами був проведений аналіз даних гістологічних досліджень з клінічним діагнозом «Аденома передміхурової залози» за 2008-2009 рр.. під час якого були отримані наступні результати:

1) у 2008 році серед 166 випадків пролікованих хворих 56% становила аденома, 31% - ПСПЗ, 13% – злякисні утворення;

2) серед передракових станів (ПСПЗ) 29% становили випадки передраку передміхурової залози, атипова аденоматозна гіперплазія - 64%, простатична інтраепітеліальна неоплазія - 7%;

3) у 2009 року серед 258 випадків захворювань власне аденома становила 57%, ПСПЗ - 31%, випадки злякисних утворень - 12%;

4) серед ПСПЗ 23% становили випадки передраку передміхурової залози, атипова аденоматозна гіперплазія - 70%, простатична інтраепітеліальна неоплазія - 7%.

Висновки. В порівнянні з 2008 роком у 2009 має місце зростання кількості пролікованих хворих на захворювання передміхурової залози на 55,4%.

Виявлено зростання кількості випадків атипової аденоматозної гіперплазії на 6% (з 64% у 2008 – до 70% у 2009 році).

Майже на одному рівні залишилась кількість випадків з передраком та простатичною інтраепітеліальною неоплазією.

Хоча основна кількість захворювань передміхурової залози припадає на вік після 60 років, нами виявлена тенденція до прояву захворювань у більш ранньому віці, а саме починаючи з 45 років.

БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ В БОЛЬШЕБЕРЦОВУЮ КОСТЬ ГИДРОКСИЛАПАТИТА, НАСЫЩЕННОГО ЦИНКОМ

Рудой Б.С.

*Луганский государственный медицинский университет,
кафедра нормальной анатомии человека*

В эксперименте на 252 белых крысах с исходной массой 135-145 г исследовали прочностные характеристики плечевой кости при имплантации в проксимальную часть диафиза большеберцовой кости блока биогенного гидроксилapatитного материала ОК-015, насыщенного цинком в концентрации 0,20%, 0,50% и 1,00%. Для сравнения использовали группы интактных животных, крыс, которым наносился незаполненный дырчатый дефект в проксимальной части диафиза большеберцовой кости и животные, которым имплантировали ОК-015 без примеси цинка.

Установили, что нанесение незаполненного дефекта большеберцовой кости сопровождалось снижением значений минимальной работы разрушения плечевой кости при сравнении с интактными животными во все установленные сроки эксперимента: на 5,87%, 14,06% ($p < 0,05$), 11,05%, 18,28% ($p < 0,05$), 10,38% и 15,73% ($p < 0,05$) соответственно. Параллельно со значениями работы разрушения уменьшались и значения разрушающего момента: к 15, 60, 90 и 180 дням они были меньше контрольных соответственно на 8,91%, 16,32%, 9,21% и 14,37% ($p < 0,05$ во всех случаях).

Заполнение дефекта материалом ОК-015 также сопровождалось снижением механической прочности плечевых костей, что проявляется в изменении значений удельной стрелы прогиба, увеличении показателей модуля упругости в период до 90 дня наблюдения, снижении предела прочности к 30 дню и снижении показателей минимальной работы разрушения и разрушающего момента. При этом, амплитуда выявленных отклонений в ранние сроки наблюдения превосходит амплитуду отклонений в группе с незаполненным дефектом. Вероятно, это связано с тем фактом, что присутствие имплантированного материала сопровождается более активными процессами перестройки костно-керамического регенерата. К 180 дню наблюдения достоверные отклонения не наблюдались.

Насыщение имплантируемого ОК-015 цинком сопровождалось нивелированием отклонений в прочности плечевой кости: значения минимальной работы разрушения кости превосходили аналогичные показатели группы с имплантацией ОК-015 без насыщения во все сроки эксперимента. При этом значение удельной стрелы прогиба также увеличивалось, что свидетельствует об увеличении пластичности плечевой кости по отношению к изгибающей деформации.

Наиболее оптимальным, согласно нашим данным, было насыщение имплантата цинком в концентрации 0,50%.

МИНЕРАЛЬНАЯ НАСЫЩЕННОСТЬ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ В БОЛЬШЕБЕРЦОВУЮ КОСТЬ ГИДРОКСИЛАПАТИТА, НАСЫЩЕННОГО ЖЕЛЕЗОМ В РАЗЛИЧНЫХ КОНЦЕНТРАЦИЯХ

Верескун Р.В.

*Луганский государственный медицинский университет,
кафедра нормальной анатомии человека*

В эксперименте на 252 белых крысах с исходной массой 135-145 г исследовали минеральную насыщенность костей скелета при имплантации в проксимальную часть диафиза большеберцовой кости блока биогенного гидроксилapatитного материала ОК-015, насыщенного железом в концентрации 0,05%, 0,15% и 0,50%. В качестве контроля использовали группы интактных животных, крыс, которым наносился незаполненный дырчатый дефект в проксимальной части диафиза большеберцовой кости и животные, которым имплантировали ОК-015 без примеси цинка.

Установили, что у интактных животных в ходе наблюдения (с 7 по 180 дни) содержание воды и органических веществ в тазовых и теменных костях постепенно уменьшалось, а доля минерального компонента возрастала.

Нанесение дырчатого дефекта в проксимальных отделах диафиза ББК сопровождалось увеличением содержания воды в исследуемых костях, а также снижением долей органических и минеральных веществ в период с 15 по 90 дни наблюдения. По мере увеличения сроков эксперимента выявленные отклонения постепенно нивелировались, однако и к 180 дню содержание воды в тазовой кости оставалось на 7,08% больше контрольного, а в теменной – на 13,74%.

Заполнение дефекта материалом ОК-015 также сопровождалось аналогичным дисбалансом химического состава исследуемых костей, однако выраженным в большей степени и регистрирующимся раньше – в период с 7 по 30 дни. К 60 дню в тазовой и теменной костях было выявлено преобладание органического компонента и уменьшение содержания воды по отношению к показателям группы без имплантации.

Насыщение имплантируемого ОК-015 железом сопровождалось сглаживанием отклонений минерального состава тазовой и теменной костей по сравнению с показателями группы без легирования: доля минерального компонента превосходила контрольные значения в период с 15 по 60 дни наблюдения.

Наиболее оптимальным для минерального состава тазовой и теменной костей, согласно нашим данным, было насыщение имплантата большеберцовой кости железом в концентрациях 0,05% и 0,15%.

УЛЬТРАСТРУКТУРНА ОРГАНІЗАЦІЯ ОСТЕОБЛАСТІВ КІСТКОВОГО РЕГЕНЕРАТУ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНОЇ ДЕГІДРАТАЦІЇ

*Бумейстер В.І., Сікора В.В., студ. 2-го курсу
СумДУ, кафедра анатомії людини*

Успіх регенерації кістки залежить від стану організму і кісткової тканини на момент травми, а також тих умов, котрі складаються в ділянці травматичного ушкодження. Порушення цілісності кістки запускає біологічний, генетично запрограмований, механізм, направлений на відновлення структури і функції пошкодженої ділянки.

Експериментальні дослідження виконані на 36 білих лабораторних щурах-самцях 3-місячного віку., які поділені на дві серії. Перша серія – контрольні щури, друга - щури, яким моделювався важкий ступінь загальної дегідратації за А.Д.Соболевою шляхом утримання тварин на повністю безводній дієті і досягався протягом 10-12 днів експерименту. Щурам обох серій в умовах стерильної операційної під наркотановим інгаляційним наркозом наносився дірчастий дефект обох великогомілкових кісток стоматологічним бором діаметром 2 мм на межі проксимальної та центральної третин медіальної поверхні діафіза. По завершенні терміну досліду декапітацію щурів проводили під ефірним наркозом через 10, 15 та 24 доби після операції відповідно до стадій репаративного остеогенезу

Субмікроскопічна характеристика остеобластів, які виділені із зони регенерату даної групи тварин через 10 днів після травми, вказує на їх дистрофічні зміни. Спостерігається втрата чітко контурованої структури мембрани, вона має множинні вогнища лізису. Ендоплазматичний ретикулум представлений хаотично орієнтованою системою мембран, які нерідко мають лізовані ділянки, на поверхні котрих виявляються рибосоми. Мембрани ендоплазматичного ретикулума нерідко мають лізовані ділянки. Цитоплазма остеобластів просвітлена, в ній виявляються поодинокі рибосоми і полісоми. Мітохондрії надмірно набрякли, кристи дезорганізовані і частково лізовані. Зовнішні мембрани мітохондрій часто зруйновані, їх матрикс електронно-прозорий з включеннями аморфної субстанції. Ядра остеобластів округлої форми, мають електронно-прозорий матрикс, по якому хроматин розподіляється дрібними брилами.

Через 15 діб структура ядер остеобластів нормалізується. Плазматична мембрана зберігає типову будову і утворює короткі потовщені цитоплазматичні вирости. Разом з тим комплекс Гольджі редукований і являє собою поодинокі гладенькі мембрани, які оточені невеликою кількістю вакуолей. Матрикс ядра просвітлений, хроматин конденсується вздовж мембрани, спостерігається вогнещевий лізис нукліолеми.

В останній строк спостереження зберігається невелика кількість остеобластів, які містять мітохондрії зі зміненими кристами, що мають структуру м'ялиноподібних утворень з високою електронною густиною. У деяких мітохондріях виявляються лізовані кристи або навіть їх повна відсутність і електроннопрозорий матрикс. Цистерни ендоплазматичного ретикулума помірно розширені. Матрикс ядра просвітлений, хроматин конденсується у вигляді невеликих глибок по всій площині ядра.

ГІСТОЛОГІЧНІ ТА ГІСТОХІМІЧНІ МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ МОРФОЛОГІЇ ЯЄЧКА

*Сауляк С.В., Москаленко Ю.В.
Науковий керівник – д.м.н., проф. А.М. Романюк
СумДУ, кафедра патоморфології*

За останні роки проведений ряд спрямованих епідеміологічних досліджень у США та країнах Європейської спільноти, які однозначно вказують на збільшення за останні десятиріччя частоти патології репродуктивної системи. Це обумовлює важливість детального вивчення морфофункціональних особливостей тканини яєчка в умовах норми та патології.

У морфологічних дослідженнях провідними є гістологічні та гістохімічні дослідження.

Для отримання якісних гістологічних препаратів важливою умовою є якнайшвидше отримання матеріалу, мінімальна травматизація тканини і адекватна фіксація. Оптимальна площа шматочків тканини 2-3 см², товщина 5-7 мм. Фіксація забезпечує стабілізацію тканинних структур і їх ущільнення – механізм дії фіксаторів ґрунтується на коагуляції білків і стабілізації ліпідів. Для тканини яєчка краще використовувати 10% нейтральний формалін, рідини Боуіна або Карнуа. Готові парафінові зрізи (серединні, поздовжні, перпендикулярно до тангенційної поверхні органу) товщиною 5-9 мкм оглядово фарбували гематоксилін-еозином. Ліпіди виявляли за допомогою судану III на гістологічних зрізах товщиною 10 мкм, виготовлених на заморожуючому мікросомі. Виявлення розподілу глікозаміногліканів у структурах тканини яєчка проводили за допомогою ШИК-реакції. Для візуалізації колагенових та еластинових волокон використовували забарвлення за методом Ван Гізона, аргірофільні волокна виявляли імпрегнацією азотнокислим сріблом за Грімеліусом.

Висновок. Використання зазначеного спектру гістологічних та гістохімічних методик дозволяє комплексно оцінити зміни морфофункціонального гомеостазу тканини яєчка.

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОЇ СЛУЖБИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

*Ісаєва В.С., Карпенко Л.І., Будко Г.Ю., Єрмоленко Т.С., студ. 3-го курсу
СумДУ, кафедра патоморфології*

Діяльність лікарів всіх спеціальностей пов'язана з проведенням діагностичних маніпуляцій та досліджень для встановлення причини хвороби пацієнтів. Патологоанатомом вивчається хвороба під час проведення розтину і морфологічного дослідження тканин і органів померлого, тобто за допомогою анатомічного методу. Він встановлює причини та механізм смерті для вирішення юридичних проблем і забезпечення достовірності даних державної

статистики; виявляє інфекційні та особливо небезпечні захворювання, що потребують проведення санітарно-протиепідемічних та лікувально-профілактичних заходів по відношенню до близьких та родичів померлого. Крім цього розділу роботи в діяльності лікаря-патологоанатома невід'ємною складовою є бесіди з родичами померлого, які потребують великої відповідальності з використанням норм етики та деонтології, знань медичного правознавства. Патологоанатомічне дослідження в зв'язку з цим пов'язане не тільки з медичними, але й з юридичними проблемами і воно відповідно регламентується законодавчими актами. До них слід віднести: «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 15 грудня 1992 року, Закон України « Про поховання та похоронну справу» від 10 липня 2003 № 1102–IV і наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про розвиток та удосконалення патологоанатомічної служби України» від 12.05.1992 р. за №81. Після проведення патоморфологічного дослідження тіло померлого хворого видається родичам для поховання. Правову основу діяльності в галузі поховання становлять Конституція України, цей Закон, інші закони України, міжнародні договори України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, а також інші нормативно-правові акти, що приймаються на виконання законів України. Діяльність у галузі поховання базується на таких основних принципах: гарантування державою належного поховання померлих; достойного ставлення до тіла померлого. Розроблення і прийняття державних стандартів у галузі поховання здійснюється в порядку, встановленому законом. З метою врахування обрядових звичаїв, сприяння розвитку етичних правил у галузі поховання можуть запроваджуватися кодекси професійної етики. Усі громадяни мають право на поховання їхнього тіла та волевиявлення про належне ставлення до тіла після смерті. Волевиявлення про належне ставлення до тіла після смерті може бути виражене у: згоді чи незгоді на проведення патолого-анатомічного розтину; згоді чи незгоді на вилучення органів та/або тканин тіла.

Враховуючи вище наведені дані, дії лікаря - патологоанатома по відношенню до тіла померлого повинні здійснюватися у повній відповідності правовим та нормативним документам нашої держави.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОСТРУКТУРИ ГІПОФІЗА У БІЛИХ ЛАБОРАТОРНИХ ЩУРІВ - САМЦІВ ПРИ ЗМОДЕЛЬОВАНІЙ ГІПЕРГІДРІЇ

Корнейкова І.П.

Науковий керівник – проф. В.З. Сікора

СумДУ, кафедра анатомії людини

Гіпофіз, як центральна ланка гіпоталамо-гіпофізарно-наднирикової системи, є морфологічним субстратом адаптивної і стрес – реалізуючої системи, що забезпечує розвиток компенсаторно-приспосувальних реакцій.

Метою роботи було вивчення особливостей морфоструктури гіпофізу зрілих щурів в умовах гіпоосмолярної гіпергідрії тяжкого ступеню.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження були проведені на 20 білих щурах самцях 6-місячного віку. Тваринам щодобово зондово вводили дистильовану воду в кількості 10 мл тричі на добу, та для запобігання фізіологічної підтримки водного гомеостазу й досягнення необхідного ступеня гідратації щурам вводили синтетичний аналог АДГ (вазопресина) – "Минирин" (Ferring). Тривалість експерименту складала 25 днів. По закінченню строків моделювання гіпергідрії тварин виводилися з експерименту шляхом передозування парами ефіру й проводили їх скелетування.

Для світлооптичного дослідження використовували стандартні методики: серійні гістологічні зрізи товщиною 4-5 мкм і забарвлення гематоксилін – еозином, пікрофуксином по Ван-Гізон; напівтонкі зрізи (1 мкм) – толуїдиновим синім; базофільні аденоцити, що містять глікопротеїни, виявляли за Шик-реакцією. На парафінових зрізах визначали: (в умовних одиницях) площу базофільних аденоцитів і їх ядер. На основі отриманих даних обчислювали ядерно-клітинне (ЯКС) і ядерно-цитоплазматичне (ЯЦС) співвідношення й відсоткове співвідношення базофілів до всіх аденоцитів.

Результати роботи. Тяжкий ступень гіпергідратації організму тварин призводить до різкого набряку стромально-судинного й паренхіматозного компонентів гіпофізу, які супроводжуються дистрофічними, локальними некротичними змінами з формуванням у цитоплазмі аденоцитів вакуолей різного розміру

Кількість базофілів збільшується на 12,87 % у порівнянні з контролем. Набряк кліток супроводжується різким збільшенням їх розмірів (на 26,98 %), ядер (на 23,94 %), але показники ЯКС і ЯЦС істотно не змінюється, що може свідчити про порушення діяльності трансмембранних каналів у клітинних і ядерних мембранах.

Таким чином, змодельований вплив гіпергідрії тяжкого ступеню на організм щурів зрілого віку призводить до морфологічних змін в передній частині гіпофіза та характеризується тотальними дистрофічними змінами ендокриноцитів та порушенням гемодинаміки.

МОРФОЛОГІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ БРОНХІАЛЬНИХ КІСТ

Романюк А.М., Москаленко Р.А., Карпенко Л.І., Іваній О.І., Шевченко М.В., студ. 5-го курсу

СумДУ, кафедра патоморфології

Дизонтогенетичні аномалії бранхіогенного походження досить часто зустрічаються у клінічній практиці хірургічних відділень. У структурі патології похідних зябрових дуг переважають бокові, серединні кісти та нориці шиї.

Мета роботи полягає у створенні морфологічної класифікації будови бранхіогенних кіст шиї.

На основі аналізу сучасних даних про пренатальний розвиток залоз бранхіальної групи і власних досліджень можна зробити висновок про невідповідність поділу бранхіальних кіст шиї на екто- і ентодермальні. Нині існуюча морфологічна класифікація кіст шиї і вад розвитку бранхіогенного апарату не задовольняє як теоретичну, так і

практичну медицину. У зарубіжній літературі використовується клінічна класифікація Техаської асоціації дитячих хірургів.

Оскільки розподіл бронхіальних кіст шиї, в залежності від походження з зародкових листків – екто- або ентодерми, не відповідає сучасним уявленням ембріології, анатомії та клінічних дисциплін, ми пропонуємо відмовитись від такої класифікації. Класифікація Техаської асоціації дитячих хірургів звичайно може застосовуватися в клінічній практиці, проте для морфологічних досліджень не підходить.

У нашому дослідженні було проведено аналіз гістологічної будови кіст шиї та утворень, які їх симулюють, на достатній кількості матеріалу. На основі отриманих даних, ми вважаємо доцільним залишити лише термін "бранхіальна кіста", а в описовій частині вказати гістологічні елементи, з яких вона складається. Можна виділити наступні варіанти будови бронхіальних кіст:

- серозна
- лімфоепітеліальна
- муциозна
- ремнантна (тканина ШЦЗ, слинної залози, ультимобранхіальних тілець)

Для характеристики морфологічної будови бронхіальних кіст при світлооптичному дослідженні ми дотримувалися створеного нами алгоритму.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ПАТОЛОГІЇ ДИСПАНСЕРНОЇ ГРУПИ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Литюга Я.В., студ., 3-го курсу

Науковий керівник – к.м.н., доц. Л.І. Карпенко

СумДУ, кафедра патоморфології

Нами було проведено вивчення 2890 амбулаторних карт гінекологічних хворих диспансерної групи за 2005-2008 роки лікувальних закладів міста (за 2005 рік - 696 амбулаторних карт, 2006 рік – 711 амбулаторних карт, 2007 рік - 722амбулаторних карт, 2008 рік - 761амбулаторна карта).

п/ п	Нозологія	2005	2006	2007	2008	Всього
	Хр.сальпінгофорит	22	19	12	17	70
	Ерозія шийки матки	71	84	70	67	292
	Патолог.клімакс	44	45	49	44	182
	Розлади менструального циклу	6	6	7	7	26
	Фіброміома матки	375	390	410	414	1589
	Ендометріоз	12	17	19	17	65
	Кісти яєчників	73	72	69	74	288
	Поліпи цервікального каналу	24	18	27	31	100
	Лейкоплакія	3	4	5	4	16
0	Крауроз	13	13	16	17	59
1	Опущення матки і піхви	2	3	2	3	10
2	Трихомоніаз	13	11	7	17	48
3	Дисплазія	38	29	29	39	135
4	Гіперплазія ендометрія	-	-	-	10	10
5	ВСЬОГО	696	711	722	761	2890

Відмічається збільшення кількості хворих на фіброміому матки на 0,52% (у 2005 році вони склали 53,88%, у 2008 році - 54,4%). Кількість хворих з розладами менструального циклу збільшилась на 0,84% (2005 рік - 7,18%, 2008 рік - 8,02%). Запальні процеси (хронічний сальпігіт, трихомоніаз) у 2005 році становили-5,03% у 2008 році- 4,47%, що вказує на зменшення кількості хворих на 0,56%. Дещо нижчими стали показники у групі диспансерних хворих з патологією шийки матки (2005 рік -13,65%, 2008 рік - 12,88%); доброякісними пухлинними процесами яєчників (2005 рік-10,49%, 2008 рік-12,88%); передракові процеси :лейкоплакія, дисплазія (2005 рік - 6,03% , 2008 рік - 5,65%).

МОРФОЛОГІЯ КІСТКОВОГО РЕГЕНЕРАТУ У ТВАРИН МОЛОДОГО ВІКУ В УМОВАХ ГІПООСМОЛЯРНОЇ ГІПЕРГІДРІЇ

*Погорелов М.В., Бойко В.О., студ. 5-го курсу
СумДУ, кафедра анатомії людини*

Однією з розповсюджених патологій гомеостазу є порушення водно-електролітного обміну. Дегідратаційні зміни організму, метаболізм кісткової тканини та особливості репаративної регенерації в даних умовах достатньо висвітлений в літературі. Протікання ж репаративного остеогенезу при гіпергідратації майже не вивчалось. За даними літератури, гіпергідратаційні порушення водно-сольового балансу достатньо часто зустрічаються в клінічній практиці. Серед них – захворювання нирок з порушенням сечовидільної функції, патологія серцево-судинної системи із затримкою рідини, ендокринні розлади, тощо. В сучасних умовах при надходженні пацієнта в клініку є можливості для адекватної діагностики та лікування порушень водно-електролітного балансу. Травматичні ушкодження кісток скелета є випадковим непередбаченим процесом і при надходженні хворого у відділення травматології та ортопедії лікар може зустрітися з некорегованими порушеннями водного гомеостазу і зазвичай в даному випадку є всі умови для максимально можливого лікування даного синдрому.

Тому метою нашої роботи стало вивчення морфологічних перетворень під час протікання репаративного остеогенезу в умовах гіпоосмолярної гіпергідратації різного ступеню важкості.

Експеримент був проведений на 96 щурах-самцях 3-х місячного віку. Експериментальним серіям тварин (72 особини) для досягнення гіпергідрії кожен день зондово вводили дистильовану воду в кількості 10 мл тричі на добу. Також використовували виварені знесолені харчі для зменшення надходження солей в організм. Для запобігання фізіологічній підтримки водного гомеостазу та досягнення необхідного ступеню гідратації щурам вводили синтетичний аналог АДГ (вазопресину) – «Минирін» (Ferring). Після досягнення відповідного ступеню гіпергідрії всім тваринам під загальною анестезією стоматологічним бором наносився дефект в середній третині діяфізу великогомілкової кістки. Контрольна група тварин утримувалась на звичайному кормовому режимі. Щурів виводили з експерименту через 3, 10, 15 та 24 доби після перелому, що відповідає основним стадіям репаративного остеогенезу за Корж Н.А., Дедух Н.В.

Результати дослідження свідчать про те, що гіпоосмолярна гіпергідрія викликає порушення репаративного остеогенезу, що виявляється в уповільненні формування тканинспецифічних структур мозолі та погіршенні морфометричних показників структур регенерату. Ступінь виявлених змін залежить від ступеню порушень водно-сольового балансу та найбільш виражені при важкому ступеню гіпоосмолярної гіпергідрії.

ГІНЕКОЛОГІЧНА ОНКОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ СЕРЕД ЖІНОК, ЩО ПРАЦЮЮТЬ У МАШИНОБУДІВНІЙ ГАЛУЗІ

*Сизоненко В.Т., Семілет Д.Г.
Науковий керівник – к.м.н., доц. Л.І. Карпенко
СумДУ, кафедра патоморфології*

Актуальність. На здоров'я сучасної людини діє багато шкідливих чинників, котрі призводять до виникнення пухлинних процесів у різних органах. Особливо чутливо реагує на такий вплив жіночий організм.

Методи дослідження. Нами був проведений аналіз статистичних даних гінекологічної захворюваності жінок-робітниць ВАТ «СНВО ім. Фрунзе». На проведених профілактичних оглядах за 2008 рік виявлено 1191 захворювань, що становить 19%, а за 2007 рік – 1153 захворювання, що становить 18%. У 2008 році було виявлено 5 випадків онкозахворювань (рак шийки матки – II ст. – 2 випадки, рак вагіни II ст. – 1 випадок, рак кишківника II ст. – 1 випадок, рак молочної залози - II ст. – 1 випадок). У 2007 році – 8 випадків (рак шийки матки I стадія – 3 випадки, та рак тіла матки III стадія – 2 випадки, рак вагіни II ст. – 1 випадок, рак молочної залози - I ст. – 2 випадки, II ст. – 1 випадок). При проведенні кольпоскопічного обстеження у 2008 році із 6207 жінок виявлено 232 працівниці із передраковою патологією, у 2007 році – 271 жінка із 6346 обстежених. Серед цієї виявленої патології були ерозії шийки матки (2008р. - 178 жінок, 2007р. - 154 жінки); поліпи цервікального каналу (2008р. - 27 жінок, 2007р. - 41 жінка); дисплазії шийки матки (2008р. - 17 жінок, 2007р. - 51 жінка); ендометріоз (2008р. - 3 жінки, 2007р. - 20 жінок); лейкоплакій (2008р. - 7 жінок, 2007р. - 5 жінок).

Аналізуючи гінекологічну захворюваність працюючих жінок ВАТ «СНВО ім. Фрунзе» спостерігається ріст гінекологічних захворювань (2008 р. - 200 випадків, 2007 рік -122 випадки). Він відмічається за рахунок збільшення кількості захворювань, що потребують проведення оперативних втручань (доброякісні пухлини матки, додатків, шийки матки; порушення оваріально-менструальної функції у репродуктивному та клімактеричному віці. У 2007 році таких випадків було 24 (19,6%), а у 2008 році 47 випадків, що становило 23,5%. Збільшився показник «Д» (кількості диспансерних хворих) з передраковою патологією із 722 у 2007 році до 761 особи у 2008 році. Відсоток хворих жінок взятих на «Д» облік збільшився із 23,7% у 2007 році до 27,9% у 2008 році.

Таким чином, проведений аналіз гінекологічної захворюваності жінок ВАТ «СНВО ім. Фрунзе» вказує на необхідність підвищення показників онко-профілактичної роботи направлених на ранню діагностику пухлинних процесів.

НАВЧАЛЬНИЙ ВІДЕОФІЛЬМ «АУТОПСІЙНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛЮДИНИ»

Малець Л.О., Москаленко Р.А.

Науковий керівник – д.м.н., проф. А.М. Романюк

СумДУ, кафедра патоморфології

Очевидний той факт, що під час навчання медичних кадрів навчально-педагогічний процес необхідно максимально наближати до реальних умов – більше працювати з хворими, виховувати вміння вирішувати складні клінічні ситуації і завдання. Сучасні комп'ютерні засоби навчання можна і необхідно залучати до процесу виховання сучасного медичного фахівця, це підвищить якість освіти в навчальному закладі, його престижність.

Враховуючи специфіку кафедри патоморфології, ми пропонуємо навчальний фільм «Аутопсійне дослідження тіла людини». Потреба в такому електронному засобі навчання виникла багаторазово, так як, в силу об'єктивних і незалежних від викладача причин, не завжди є можливість продемонструвати аутопсію та патологічні зміни у внутрішніх органах людини, а тим більше, у відповідності з матеріалом, який вивчається. Також не треба оминати той факт, що не всі студенти добре переносять практичні заняття в реальних умовах секційного залу. Вивчення матеріалу через електронних посібник дозволить згладити негативні явища у його сприйнятті.

Фільм вирішує проблему наочного посібника для вивчення патологічних змін при різних нозологіях та техніки розтину. Студенти при вивченні матеріалу не обмежені часом, є можливість повтору. Також можна працювати за темою, усуваючи елемент випадковості.

Результати. Змонтований відеофільм має тривалість 29 хвилин. Впровадження цього проекту вирішить проблему наочного посібника для вивчення патологічних змін при різних нозологіях та техніки розтину тіла людини. При дослідженні патології, що виникла внаслідок шкідливих звичок чи асоціального способу життя, посібник можна використовувати як засіб пропаганди здорового способу життя.

Перспективи подальшого розвитку проекту. Планується зробити серію фільмів, які освітлюють різноманітну патологію людини, згідно тематичного навчального плану.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТРОЕНИИ ГИПОФИЗА БЕЛЫХ КРЫС ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИОКСИДАНТОВ

Фомина К.А.

Луганский государственный медицинский университет, кафедра анатомии человека

Проведен сравнительный анализ гипофиза 72 половозрелых крыс-самцов после двухмесячного воздействия препаратов, обладающих антиоксидантной активностью: синтетического – тиотриазолина и растительного – эхинацеи. Контролем служили крысы, получавшие 0,9% раствор натрия хлорида в эквивалентном объеме и по той же схеме. Через два месяца хронических воздействий животных выводили из эксперимента на 1, 7, 15 и 30 сутки.

Было установлено, что длительное введение обоих препаратов приводит к изменениям регуляторных систем организма, наиболее выраженным на 1 сутки наблюдения. Это проявляется в отставании набора массы тела животными (на 15,93% ($p < 0,05$) после воздействия тиотриазолина и на 18,28% ($p < 0,05$) после эхинацеи), уменьшении массы мозга (на 8,48% ($p < 0,05$) и на 13,39% ($p < 0,05$), соответственно), а также в снижении размерно-весовых показателей гипофиза за исключением его длины в обеих группах. Таким образом, данные препараты обладают однонаправленным действием, а степень выраженности изменений в строении центрального органа эндокринной системы прямо пропорционально уменьшается с течением времени реадaptации, и к 15-30 суткам наблюдения морфофункциональное состояние гипофиза восстанавливается.

Сравнивая силу влияния антиоксидантов на морфометрические параметры гипофиза, мы установили следующие различия. После отмены препаратов, в обеих группах масса крыс практически одинакова, а в течение следующего месяца темп прироста массы тела животными усиливается в группе крыс, получавших предварительно тиотриазолин, (больше на 14,79%, 13,82%, 22,60%, $p < 0,05$, на 7, 15, 30 сутки соответственно массы животных, подвергавшихся воздействию эхинацеи). Аналогичная динамика наблюдается и по такому показателю, как масса мозга (достоверно больше на 10,10% – 11,58%, $p < 0,01$, на 7-30 сутки). Изменения объема гипофиза, его длины, ширины и толщины равнозначны в обеих группах во все периоды наблюдения. При этом, хотя и не обнаружено достоверных сдвигов, отмечается более выраженное влияние тиотриазолина на ширину гипофиза (больше в первой группе на 5,71%-3,62% на 1-15 сутки), а эхинацеи на его длину (меньше в первой группе на 5,86%-3,42% на 1-15 сутки). Масса гипофиза крыс, получавших тиотриазолин, через два месяца хронического влияния значительно меньше массы гипофиза животных, подвергавшихся воздействию эхинацеи (на 20,37%, 9,44%, и 6,65% на 1, 7 и 15 сутки, соответственно). На 30 сутки процент отклонений размерно-весовых параметров нивелируется.

Таким образом, можно сделать вывод, что длительное применение синтетического препарата более эффективно, нежели препарата растительного происхождения, на что указывают высокая интенсивность морфологических изменений и высокая скорость их восстановления, более выраженная после воздействия тиотриазолина.

ВАРІАНТИ АНАТОМІЧНОЇ БУДОВИ М'ЯЗІВ ПЕРЕДПІЛІЧЧЯ

Устьянський О.О., Логвінова О.В., Проценко О.В., Кривогуз А.А., студ. 1-го курсу

СумДУ, кафедра анатомії людини

Індивідуальна анатомічна мінливість м'язових груп та окремих м'язів у людини, як і сутність розвитку м'язової системи в цілому, залежить від віку, статі, типу тілобудови, професії, занять фізичною культурою та спортом. Поява різних варіантів анатомічної будови м'язів та їх мінливість пов'язані, головним чином, з індивідуальними

особливостями розвитку м'язової системи в онтогенезі. До основних варіантів анатомічної будови м'язів відносять їх різні форми, розміри, топографію, початок та прикріплення м'яза, а також відсутність чи появу додаткових частин як окремого м'язу та м'язової групи, наявність додаткових м'язів. Найбільш варіабельні у цьому відношенні мімічні м'язи, короткі м'язи кисті та стопи.

Вивчаючи будову м'язів задньої групи передпліччя на фізичному тілі із навчального фонду кафедри, ми звернули увагу на появу додаткового м'яза великого пальця. Як відомо, до цієї групи відноситься три м'язи: довгий відвідний м'яз великого пальця, короткий м'яз-розгинач великого пальця та довгий м'яз-розгинач великого пальця. У нашому варіанті існує четвертий м'яз, котрий починається від середньої третини і прямує донизу та латерально, огинаючи променеву кістку і променеві розгиначі зап'ястка, до задньої поверхні основи I п'ясткової кістки. Разом із своїм "двійником" цей м'яз проходить в окремому кістково-фіброзному каналі. Сухожилки обох м'язів мають значну товщину в порівнянні з сухожилком короткого м'яза-розгинача великого пальця. Для сухожилка останнього існує додатковий кістково-фіброзний канал. Звертає на себе увагу і той факт, що у вивченого фізичного тіла має місце значний розвиток м'язів усіх груп, а також виявлені варіанти анатомічної мінливості нутрощів (подвійний лівий сечовід). Із лівої верхньої кінцівки даного фізичного тіла виготовлено музейний препарат.

ФОРМООБРАЗОВАНИЕ БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ ПРИ НАНЕСЕНИИ СКВОЗНОГО ДЫРЧАТОГО ДЕФЕКТА НА ФОНЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДИАБЕТА

*Ивченко А.В., Шутов Е.Ю., *Лузин В.И.*

*Луганский государственный медицинский университет,
кафедра нормальной анатомии человека, *кафедра травматологии и ортопедии*

Исследование проведено на 48 белых крысах-самцах двух возрастных групп: репродуктивных и периода выраженных старческих изменений, распределенных на 4 группы. 1-ю группу составили интактные животные. Во 2-й группе на границе проксимального метафиза и диафиза большеберцовых костей был нанесен сквозной дырчатый дефект диаметром 2,2 мм, что позволяло сохранить как целостность костного органа, так и функциональную нагрузку на конечность. В 3-4-й группах животным моделировали экспериментальный диабет путем однократного внутривнутрибрюшинного введения стрептозотоцина (40 мг/кг). Наконец, в 4-й группе животным также моделировали сквозной дырчатый дефект аналогично 2-й группе. По истечении 30 дней животных выводили из эксперимента декапитацией под эфирным наркозом, выделяли большеберцовые кости и проводили их остеометрию штангенциркулем с точностью до 0,05 мм по общепринятой методике.

Установили, что нанесение дырчатого дефекта большеберцовой кости у репродуктивных крыс сопровождалось ускорением темпов как продольного, так и аппозиционного роста, а в старшей возрастной группе, напротив, торможением этих процессов. Экспериментальное моделирование стрептозотоцинового диабета в обеих возрастных группах приводило к угнетению темпов роста большеберцовых костей, в большей степени выраженному у крыс репродуктивного возраста. Нанесение дефекта большеберцовых костей на фоне экспериментального диабета приводило к усугублению ростоугнетающего влияния условий эксперимента, также выраженному в большей степени у животных репродуктивного возраста.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ЛЕГЕНЕВОЇ ТКАНИНИ ЩУРІВ РІЗНОГО ВІКУ В УМОВАХ ТОКСИЧНОЇ ДІЇ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ ТА КОРИГУЮЧА ДІЯ ПРЕПАРАТУ ЕМОКСИПІН

Волкогон А.Д.

*Науковий керівник – проф. В.З. Сікора
СумДУ, кафедра анатомії людини*

Вікові перетворення легень інтактних щурів проявляються зміною морфо-, мікро- та ультрамікрометричних параметрів у вигляді зменшення відносних маси та об'єму легень, зменшення ширини та глибини альвеоли, незначне збільшення ширини провідної бронхіоли, зростання товщини міжальвеолярної перетинки, зростання відносного об'єму повітря в легенях, збільшення товщини аерогематичного бар'єру за рахунок потовщення інтерстиційного простору, збільшення вмісту свинцю, міді, хрому, марганцю та зниження рівня цинку.

У результаті токсичної дії на легеневу тканину щурів солей свинцю, хрому та цинку відбуваються структурні перетворення в усіх групах тварин, ступінь вираженості яких залежить від терміну дії поллютантів та віку тварин. Максимальні зміни розвиваються на тлі вікових змін у щурів старечого віку, що проявляється прискореним розвитком емфізематозних процесів у легеневій тканині на фоні пневмосклеротичних перетворень. Важливе морфологічно-функційне значення має потовщення інтерстиційного простору аерогематичного бар'єру. Відмічається найбільше зростання концентрації іонів свинцю, хрому та цинку у легенях щурів молодого віку.

Як результат токсичної дії солей свинцю, міді та марганцю на легені щурів спостерігається поступове накопичення в них сполучної тканини. Відмічається структурна перебудова в респіраторному відділі легень, зокрема збільшення об'єму провідного відділу за рахунок зменшення розмірів альвеол, а саме їх глибини при одночасному збільшенні ширини входу в альвеолу. Визначене зростання вмісту металів, які надходили до організму щурів молодого віку у підвищених концентраціях: свинцю, міді та марганцю. Майже в усіх вікових групах прослідковується тенденція до зниження кількості цинку та заліза.

Надходження в організм піддослідних щурів солей міді, цинку та заліза призводить до розвитку пневмосклеротичних процесів, що виявляється вже на початку експерименту у вигляді накопичення сполучної

тканини у міжклітинному просторі та збільшення кількості колагенпродукуючих клітин та емфізематозних перетворень, ознаками яких є мікроморфометричні зміни ширини, глибини та ширини входу альвеол. Останні зміни впливають як на збільшення об'єму повітря в легенях, так і на його перерозподіл в альвеолярних структурах: зменшується кількість повітря у респіраторних відділах (альвеолах) та збільшується об'єм повітропровідних шляхів (провідного відділу респіраторних бронхіол).

Серед усіх металів, що надходили в організм, найбільш органотропними виявилися хром та свинець, вміст яких в легенях щурів в кінці експерименту визначився найбільшим. Саме у цих тварин і виявилися максимальні зміни морфології легеневої тканини. Серед вікових категорій найбільш чутливими до дії солей важких металів була група щурів старечого віку, що пояснюється швидким виснаженням їх адаптаційних механізмів.

Двохфакторний дисперсійний аналіз свідчить про основну роль у морфологічних перетвореннях легень віку тварин і терміну вживання солей важких металів. Вид мікроелементозу має менший вплив на результуючі ознаки.

Препарат Емоксипін суттєво гальмує розвиток пневмосклерозу та емфіземи в легенях щурів молодого та зрілого віку. Його коригуюча дія на тварин старечого віку виражена в меншій мірі.

ОСОБЛИВОСТІ МАКРО- ТА МІКРОСКОПІЧНОГО ХАРАКТЕРУ ПЕРВИННОГО РАКУ МАТКОВИХ ТРУБ

Гирявенко Н.І.

Науковий керівник – проф. А.М. Романюк

СумДУ, кафедра патоморфології

Актуальність теми. Із всіх органів жіночої статеві сфери маткові труби є тим відділом, в якому дуже рідко виявляються доброякісні та злоякісні пухлини. Частота виявлення первинного раку маткових труб складає за нашими даними 1,19% серед всіх злоякісних новоутворень жіночих геніталій. Це захворювання являється не тільки рідкісним, але є не достатньо вивченим.

Мета дослідження. Вивчити особливості макро- і мікроскопічного характеру первинного раку маткових труб.

Матеріал та методи дослідження. Матеріалом для дослідження послужило спостереження за 13 хворими, які отримали лікування в Сумському обласному клінічному онкологічному диспансері за період 2004-2008 років. Макроскопічно пухлинно змінена маткова труба мала вигляд вузла у 4-х випадках (30,8%), у 8-ми випадках (61,5%) – з папілярними розростаннями на внутрішній стінці, у 1-му випадку (7,7%) пухлина росла інфільтративно. Переважно одностороннє враження маткової труби було у всіх хворих (100%). Права маткова труба пухлинно вражена дещо частіше, ніж ліва (53,8% та 46,2% відповідно). При дослідженні мікроскопічної будови первинного раку маткових труб було виявлено наступні гістологічні варіанти пухлини: а) папілярний рак (6 хворих), який за ступенем структурної атипії розцінюється як високодиференційований; б) залозисто-папілярний рак (3 випадки) – розцінюється як помірнодиференційований; в) залозисто-солідний та солідний рак (1 випадок) – розцінюється як низькодиференційований. Спостерігаються 2 випадки недиференційованого раку та 1 випадок муцинозної аденокарциноми.

Висновки. Проведене дослідження показує, що макроскопічна та морфологічна картина первинного раку маткових труб дуже різноманітна, що зумовлює складність своєчасної діагностики генезу пухлинного процесу.

ОСОБЛИВОСТІ ОСТЕОГЕНЕЗУ КІСТОК СКЕЛЕТУ ЩУРІВ ПРИ ЗМОДЕЛЬОВАНІЙ ГІПЕРГІДРІЇ ТЯЖКОГО СТУПЕНЯ

Дубовик Є.І., студ. 3-го курсу Бойко В.О., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – доц. Г.Ф. Ткач

СумДУ, кафедра анатомії людини

Метою роботи було вивчення особливостей перебігу остеогенезу плечової кістки зрілих щурів в умовах гіпоосмолярної гіпергідрії тяжкого ступеню.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження були проведені на 20 білих щурах самцях 6-місячного віку. Тваринам щодобово зондово вводили дистильовану воду в кількості 10 мл тричі на добу, та для запобігання фізіологічної підтримки водного гомеостазу й досягнення необхідного ступеня гідратації щурам вводили синтетичний аналог АДГ (вазопресина) – "Минирин" (Ferring). Тривалість експерименту складала 25 днів. По закінченню строків моделювання гіпергідрії тварини виводили з експерименту шляхом передозування парами ефіру й проводили їх скелетування. Вимірювали остеометричні параметри кісток та проводили гістологічне дослідження зрізів проксимального наросткового хряща плечової кістки шляхом забарвлення препаратів гематоксилін – еозином і за Ван Гізеном.

Результати роботи. Тяжкий ступень гіпергідратації призводить до значної затримки росту й формування кісток скелету, на що наочно вказують результати проведеної остеометрії. Так максимальна довжина плечової кістки експериментальних тварин на 10,93% менше контрольних. Знижено й широтні розміри: ширина проксимального епіфізу - на 6,33%, дистального - на 10,15%, ширина середини діяфізу - на 10,08%, а передньо - задній його розмір - на 8,55% нижче порівнюваних показників.

При гістологічному дослідженні проксимального наросткового хряща плечових кісток з подальшою його морфометрією виявлено, що він має достовірні зміни. Так ширина проксимального наросткового хряща плечової кістки звужується на 16,02%. Значно зменшується кількість хондроцитів, що діляться. Стовпчики клітин мають фрагментовану структуру. Збільшується кількість сполучної тканини, яка оточує конгломерати хондроцитів. У

середині наросткового хряща зустрічаються більш освітлені без'ядерні клітини. Зона індиферентного хряща часто відсутня, ядра клітин нахилені під кутом до поздовжньої осі кістки.

Таким чином, змодельований вплив гіпергидрії тяжкого ступеню на організм щурів зрілого віку призводить до гальмівних процесів перебігу фізіологічного остеогенезу. Під її впливом відбуваються зміни морфометричних показників усіх структурних складових в наростковому хрящі плечової кістки, що призводить до порушень росту кістки в довжину.

СПЕЦИФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МІКРОСКОПІЧНОЇ БУДОВИ РЕГЕНЕРАТУ ДОВГИХ КІСТОК СКЕЛЕТА У ЩУРІВ ЗРІЛОГО ВІКУ В УМОВАХ ТЕХНОГЕННОГО МІКРОЕЛЕМЕНТОЗУ ОРГАНІЗМУ

Кореньков О.В.

Науковий керівник – проф. В.З. Сікора

СумДУ, кафедра анатомії людини

Актуальність. Вода завдяки полярності своєї молекули і наявності водневих зв'язків може розчиняти практично всі відомі мікроелементи. Деякі з них відіграють головну роль в активації і проліферації поліпотентних ствольних клітин, що дають початок клітинам остеогенного ряду, забезпечують їх диференціювання, приймають участь у синтезі органічної матриці кістки та її мінералізації в процесі репаративного остеогенезу. Внаслідок антропогенного забруднення у воді підвищуються концентрації мікроелементів з групи важких металів, які проявляють токсичні властивості на організм людей і тварин.

Матеріал та методи. Експеримент був проведений на 30 білих лабораторних щурах самцях 8-мі місячного віку. Всім тваринам на межі проксимальної і середньої третини діафізу великогомілкових кісток, наносили дірчастий дефект зубним бором діаметром 1,5 мм. Операцію виконували під ефірним наркозом в асептичних умовах.

Піддослідні тварини були поділені на 2 серії:

I серія (15 щурів) – контрольні щури, які споживали питну воду гарної якості.

II серія (15 щурів) – експериментальні тварини, які протягом двох місяців споживали питну воду з комбінацією солей важких металів (марганець, залізо, мідь, цинк, свинець), імітуючи таким чином екоситуацію Сумської області.

Тварин виводили з експерименту шляхом декапітації на 3, 10, 15, 24 добу після перелому. Виготовляли гістологічні зрізи регенерату великогомілкових кісток та забарвлювали їх гематоксилін – еозином. Мікроскопічну будову регенерату вивчали за допомогою комп'ютерних програм «Видео Тест 5,0» і «Видео Размер 5,0».

Результати досліджень. На 3 добу в регенераті експериментальних тварин спостерігається достовірне зменшення кількості фібробластів при одночасному збільшенні кількості нейтрофілів порівняно з тваринами контрольної серії. Через 10 діб після нанесення дефекту у тварин експериментальної серії відбувається збільшення площі грануляційної тканини та зменшення фіброретикулярної і ретикулофіброзної кісткової тканини. На 15 добу у тварин другої серії в зоні перелому зберігається в підвищеної кількості фіброретикулярна та грануляційна сполучна тканина, зменшується відсоток ретикулофіброзної та відзначається повна відсутність пластинчастої кісткової тканини. В останній термін спостереження у тварин другої серії відбувається зменшення пластинчастої та одночасне збільшення відсотка ретикулофіброзної кісткової тканини порівняно з тваринами контрольної серії.

Висновок. Споживання питної води з підвищеною кількістю солей важких металів призводить до затримки репаративного остеогенезу. Це може бути пов'язано з прооксидантною дією металів, що негативно впливає на процеси проліферації, диференціювання клітинних елементів, пригнічує ангиогенез та мінералізацію кісткової тканини в зоні перелому.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ РАПТОВОЇ СМЕРТІ У ДІТЕЙ

Кузьмінов П.О., Малець Л.О., Циган О.М., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – к.м.н., доц. Л.І. Карпенко

СумДУ, кафедра патоморфології

Аналіз структури причин смерті у дітей першого року життя дозволяє виділити серед них таку патологію як «Синдром раптової смерті». У практичній діяльності лікаря-патологоанатома він є дуже складним у діагностичному плані, так як являється діагнозом «виключення» - виключення можливості насильницької смерті; смерті від захворювань, які мали безсимптомний перебіг і привели до ускладнень не сумісних з життям.

У сучасних умовах відношення дитячих патологоанатомів до тіміко-лімфатичного стану (status thymico-lymphaticus) як причини смерті у дітей першого року життя не однозначне. Наявність у раптово померлої дитини грудного віку великого за розмірами тимусу не дає повного права ставити основною причиною смерті «status thymico-lymphaticus».

При раптовій смерті дитини грудного віку необхідно перед усе врахувати і ретельно проводити дослідження на предмет можливості виявлення гострого інфекційного захворювання, при якому збільшення розмірів тимусу може залежати від різних порушень кровообігу у вигляді набряку, повнокров'я та крововиливів. Дані морфологічні зміни часто зустрічаються у практичній діяльності як відображення гострої інтоксикації при гострих вірусних респіраторних інфекціях, блискавичній септицемії, менінгокоцемії.

У померлих дітей при «Синдромі раптової смерті» виявляються зміни у внутрішніх органах, що не носять виразної специфічної морфологічної картини і тому можуть розглядатися при діагностиці тільки у поєднанні з іншими даними додаткових методів дослідження. Найбільш частими морфологічними проявами є: ділянки гліозу у стовбурі головного мозку; діapedезні крововиливи в тканинах; ознаки гіпоплазії в окремих органах; осередки

екстремедулярного гемопоєзу; помірно виражена клітинна імунна реакція; гіперплазія хромафінної тканини наднирників.

Таким чином, відсутність у літературі чітких критеріїв «Синдрому раптової смерті» у дітей грудного віку, складності діагностики вимагають проведення повної патологоанатомічної верифікації для виключення інших можливих причин смерті.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ЯЄЧОК СТАТЕВОНЕЗРІЛИХ ЩУРІВ ПІД ВПЛИВОМ НЕСРІЯТЛИВИХ ЕКЗОГЕННИХ ЧИННИКІВ

Москаленко Ю.В., Сауляк С.В.

Науковий керівник – д.м.н., проф. А.М. Романюк

СумДУ, кафедра патоморфології

Впродовж десятиліть у результаті інтенсивної антропогенної активності індустріально розвинутих країн тисячі хімічних сполук потрапляють у навколишнє середовище. Більшість з них не досліджують на можливого патогенного впливу на репродуктивну систему людини. Відомо, що репродуктивна система чоловіків досить уразлива для цілого ряду ушкоджуючих факторів навколишнього середовища, у тому числі солей важких металів.

Метою роботи було вивчення морфологічних змін тканини яєчок статевонезрілих щурів під впливом підвищеного споживання комбінації солей важких металів (СВМ) умовах експерименту.

Об'єкти і методи дослідження. Експеримент був проведений на 36 білих безпородних статевонезрілих щурах (вік - 1 міс.), поділених на контрольну та експериментальну серії. Контрольні щури залишались інтактними, а експериментальні на протязі 30 днів. отримували суміш солей свинцю, заліза, хрому, марганцю, цинку. Проводили гістологічне дослідження мікропрепаратів, виготовлених за загальноприйнятими гістологічними методиками.

Результати досліджень. В експериментальних групах виявлено зменшення лінійно-масових характеристик органів, у порівнянні з контрольною групою. У досліджених тканинах яєчок були виявлені гістологічні зміни, які свідчать про зниження морфофункціональної активності органа. Спостерігаються склеротичні зміни у стромальних структурах (білкова оболонка, міжканальцева строма, стінка судин і сім'яних канальців), дисконкомплексация канальців, порушення кількості і дезорганізація еластичних і аргірофільних волокон, дистрофічні зміни статевого епітелію та клітин Сертолі, набряк, повнокрів'я судин.

Висновки. За умов підвищеного надходження в організм СВМ виявлені ознаки порушення структури та функції яєчка. Факт можливості таких змін повинен бути прийнятий до уваги при розробці гігієнічних та лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження впливу СВМ на репродуктивну систему чоловіків.

РЕАКЦІЯ СТРУКТУР НАДНИРНИКОВИХ ЗАЛОЗ НА ДІЮ ОПРОМІНЕННЯ І СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ

Піддубна Т.І., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – к.б.н, доц. Л.І. Кіптенко

СумДУ, кафедра патоморфології

Загальний технічний прогрес привів до того, що організм людини протягом життя зазнає комбінованого впливу фізичних та хімічних чинників навколишнього середовища. Відбувається контакт із рядом хімічних речовин, що потрапляють в організм різними шляхами. Зокрема, солі важких металів викликають різноманітні порушення функціонального стану та біохімічних процесів кори наднирників у залежності від характеру, дози і тривалості дії. Тому актуальним є вивчення морфофункціонального стану наднирників при сумісній дії несприятливих екологічних чинників.

Нами проведено експериментальне дослідження на 12 білих щурах-самцях 3-х місячного віку масою

180-200 г, що знаходились в стандартних умовах віварію. Піддослідні тварини отримували опромінення в дозі 0,3 гр і вживали воду з підвищеним вмістом солей важких металів протягом 3-х місяців. Після закінчення досліду групи експериментальних і контрольних тварин декапітували під ефірним наркозом.

При оглядовому гістологічному дослідженні препаратів кори наднирників було встановлено, що ендокриноцити цих зон зазнають різних атрофічних змін з наступним їх заміщенням сполучною тканиною. Цей процес носить вогнищевий характер. На гістопрепаратах відмічається досить вузька кіркова речовина наднирників. Для морфологічної картини характерне досить безладне розташування клітин.

Клітини клубочкової зони стискувалися, цитоплазма їх в вакуолізована і різко еозинофільна. Ядра були дрібними і пікнотичними. Пучкова і сітчаста зони різко звужені, їхні клітини дисконкомплексовані. Вони являли собою пухирці округлої або овальної форми з ексцентрично розташованим маленьким ядром. У паренхімі пучкової і сітчастої зон виявлялися вогнища некрозу. У всяких місцях пучкової зони відбувалося руйнування клітин (голокринія) і крововилив. У ділянках розпаду детрит складався з окремих клітинних ядер, кров'яних елементів і фрагментів цитоплазми. У клітинах сітчастої зони спостерігався каріолізис, такі клітини були схожі на великі вакуолі. Сполучнотканинні прошарки значно потовщені у всіх зонах, місцями паренхіма заміщала сполучною тканиною.

Відносна маса залози зменшувалася на 53,7%. Товщина клубочкової зони стосовно контролю знизилася на 48,8%. Середній діаметр клітин клубочкової зони падає на 49,7%, а середній діаметр ядер - на 42,3%. Товщина пучкової зони стосовно контролю зменшилася на 57,2%. Середній діаметр клітин пучкової зони став меншим на 58,5%, а середній діаметр ядер - на 50,2%. Спостерігали безліч дрібних клітин із маленькими ядрами. Товщина сітчастої зони зменшувалася в ході експерименту на 51,9%. Середній діаметр клітин сітчастої зони стосовно контролю знизився на 51,6%, а середній діаметр ядер став меншим на 46,4%.

При хімічному аналізі наднирників шурів, при порівнянні з контролем, відбувається втрата вологи на 46,2%, незначне зниження органічних речовин на 5,3% і різке підвищення мінерального компоненту на 42,6%. Хімічні елементи, стосовно контролю, зменшувалися: мідь - на 15,4%, хром - на 12,1%, марганець - на 15,6%, цинк - на 19,6%, свинець - на 3,5%.

Таким чином, одночасна дія двох екологічно несприятливих чинників викликає в наднирниках зрив адаптаційних можливостей органа і перехід змін у стадію деструкції.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ У ЛЕГЕНЯХ ХВОРИХ З ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ ГРИПУ А/Н1N1 ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ

Карпенко Л.І., Будко Г.Ю., Резнік А.В., студ. 4-го курсу

СумДУ, кафедра патоморфології

Вступ. Вірусні інфекції являють собою одну із численних груп інфекційних захворювань, різноманітних за клінічним перебігом й морфологією, мають високу контагіозність й здатні викликати епідемії та пандемії. Вірус А/Н1N1 став найбільш поширеним штамом грипу на планеті.

Мета дослідження – вивчення морфологічних змін у легеневій тканині померлих хворих від грипу з ускладненнями.

Матеріалом для дослідження. Для морфологічних досліджень було використано аутопсійний матеріал 8 померлих хворих від грипу з ускладненнями обох статей, віком від 28 до 53 років, у період з 29.10.2009р. до 29.11.2009р. у м. Суми.

Результати досліджень. При мікроскопічному дослідженні аутопсійного матеріалу трахеї 11-ти померлих хворих у Сумській області спостерігався виражений набряк, повнокров'я судин. Відмічалась дифузна, переважно лейкоцитарна інфільтрація підслизового шару, десквамація епітелію. У 10-ти випадках у легенях мікроскопічно виявлялось повнокров'я, судини різко розширені, явища стазу, тромбозу. Повітряність легеневої тканини знижена за рахунок дистелектазів, котрі чергуються з вогнищами емфіземи. Альвеоли заповнені ексудатом з нейтрофілами, поодинокими еритроцитами. Інші альвеоли містять ексудат, в якому виявляється невелика кількість альвеолярних макрофагів, десквамовані клітини альвеолярного епітелію. Останні збільшені в розмірах, цитоплазма їх зерниста, деякі ядра піддалися лізису. На стінках альвеол спостерігаються відкладання гомогенних гіалінових мас рожевого кольору (гіалінові мембрани), що являється морфологічним проявом респіраторного дистрес-синдрому. В просвіті бронхів злушений епітелій, незначна перибронхіальна запальна інфільтрація. Судини різко розширені, стаз, тромбоз. Просвіти окремих альвеол емфізематозно розширені. Місцями стінка альвеол потовщена за рахунок набряку та лімфоцитарної інфільтрації дифузного характеру.

Заклучення. Основними причинами, які призвели до смерті хворих на грип А/Н1N1 були розлади кровообігу (виражений геморагічний синдром, розвиток тромбоемболії); респіраторний дистрес-синдром з відкладанням гіалінових мас на стінках альвеол погіршував вентиляційну здатність легень, що призводило до розвитку гострої легенево-серцевої недостатності і летального наслідку.

ЦЕНТР МОРФОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ СУМДУ – ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Сікора В.З., Погорєлов М.В.

СумДУ, кафедра анатомії людини

У вересні 2009 року на базі кафедри анатомії створений центр колективного користування науковим обладнанням "Центр морфологічних досліджень" (ЦМД). Перелік обладнання, яким володіє центр включає в себе електронний і світловий мікроскопи, програму аналізу та морфометрії гістологічних і електронномікроскопічних зображень, обладнання для отримання і контрастування ультратонких зрізів для електронної мікроскопії, атомно-абсорбційний комплекс з полуменевою та електротермічною атомізацією, обладнання для визначення тривісних властивостей кісток скелета. За роки, що передували створенню ЦМД на базі існуючого обладнання відпрацьовані методики візуалізації ультраструктури легеневої, лімфоїдної, сполучної та кісткової тканини, на атомно-абсорбційному спектрофотометрі визначається 15 хімічних елементів з чутливістю 0,001 мг/л у більшості біологічних середовищ (кров, сеча, паренхіматозні та трубчасті внутрішні органи). У 2009 році розпочалось активне вивчення міцності кісток шурів, що є унікальною методикою для нашої країни. Центр співпрацює з Інститутом прикладної фізики НАН. Сумісні розробки стосуються розробки та досліджень in-vivo нових біологічно-активних нанокompatивних матеріалів для використання в ортопедії і травматології та хірургії. Іншим напрямком співпраці є розробка методик досліджень біологічних зразків методами растрової електронної мікроскопії з мікроаналізом, а також РІХЕ-аналіз, що є унікальним для країн колишнього Радянського Союзу і Східної Європи. За результатами співпраці опубліковано 5 робіт, одна з них – у «Journal of biological physics and chemistry» (Швейцарія).

Окрім цього на базі центру виконується ціла низка робіт, що є частиною держбюджетної теми Медичного інституту. Більшість кафедр нашого інституту виконують ті чи інші дослідження на обладнанні ЦМД. За півроку існування центр поповнився новим обладнанням та витратними матеріалами (бідистилятор, спектральні лампи тощо). Відпрацьована методика визначення стронцію в режимі абсорбції.

Таким чином, на базі кафедри анатомії створений потужний науковий центр, що здатний проводити наукові дослідження на сучасному методичному рівні. Методики, якими володіють співробітники ЦМД дають можливість бути конкурентно-спроможними як на українському так і на світовому науковому просторі. В цьому сенсі є

необхідним підвищення якості проведених досліджень, зростання кількості наукових публікацій (в тому числі і закордонних) і активне впровадження нових методик досліджень.

СИСТЕМА ПІДТРИМКИ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ (СППР) У ДІАГНОСТИЦІ ПРОЛІФЕРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

*Романюк А.М., Москаленко Р.А., Ліндін М.С.
СумДУ, кафедра патоморфології*

Проблема захворюваності жіночого населення на пухлинні процеси молочної залози (МЗ) набула в останні роки особливої актуальності в зв'язку з щорічним приростом та великою смертністю. На сьогодні відсутні нові технології, які б підвищили рівень морфологічної та диференціальної діагностики патологічних процесів молочної залози.

Мета даної роботи є створення алгоритму диференційної діагностики пухлин молочної залози та розробка інформаційно-експериментального методу розпізнавання образів.

Результати дослідження. Для досягнення поставленої мети використовувались загальноприйняті рутинні гістологічні методи, методи медичної статистики та програмування. У ході роботи опрацьовано значний масив наукових літературних даних, проведено патогістологічне дослідження операційного біопсійного матеріалу, визначені морфологічні критерії пухлинних процесів молочної залози. У творчій співпраці зі спеціалістами кафедри інформатики СумДУ було створено програму підтримки прийняття рішень.

Отримані результати можуть бути використані в клінічній медицині – патологічній анатомії, онкології, хірургії, мамології. Створена програма допоможе молодим спеціалістам у диференційній діагностиці захворювань молочної залози.

Перспективи подальших досліджень: удосконалення існуючої програми, яка буде допомагати не тільки диференціювати групи проліферативних процесів, а й встановлювати більш точний патогістологічний діагноз.

ВПЛИВ МОДЕЛЬОВАНОГО МІКРОЕЛЕМЕНТОЗУ НА КРИТИЧНУ НАПРУГУ У СТІНЦІ ФОЛІКУЛІВ

*Москаленко Р.А.
Науковий керівник – проф. А.М. Романюк
СумДУ, кафедра патоморфології*

В умовах впливу модельованого мікроелементозу зв'язки між тироцитами слабшають настільки, що окремі клітини або їх комплекси виштовхуються з епітеліального пласта (десквамуються) у порожнину фолікула. Підвищений інтралюмінальний тиск, ослаблення міжклітинних зв'язків фолікулярних ендокриноцитів (ФЕ) внаслідок оксидативного стресу, викликаного комбінацією солей важких металів (СВМ), може призводити до часткової або повної дезінтеграції стінки фолікулів і через розриви, які виникають, інтралюмінальний колоїд потрапляє у міжфолікулярні простори. Подібний гістофізіологічний феномен описує Альошин Б.В. (1983).

Метою дослідження було вивчення рівня критичної напруги у стінці фолікулів в умовах впливу модельованого мікроелементозу.

Матеріали і методи. Грунтуючись на теорії тонкостінних оболонок та результатах морфометричного дослідження статевозрілих щурів інтактної групи, щурів, які знаходилися під впливом мікроелементозу та щурів, які підлягали поєднаному впливу коректора та комбінації солей важких металів, було побудовано математичну модель для визначення рівня напруги у стінці фолікулів. У розрахунках використовували коефіцієнт Пуасона, характерний для судин.

Результати дослідження. При дослідженні максимальної величини напруги у стінці фолікулів контрольної групи статевозрілих щурів, за умов якої може статися її розрив, було встановлено, що відносне значення показника на 30 день спостереження становило 0,063937 МПа, а після 60 днів - 0,06002 МПа. Після 30 днів впливу мікроелементозу значення відносної максимальної напруги у стінці фолікулів, при досягненні якого може відбутися розрив, зменшувалося на 28,57%, а після 60 днів – 26,46%. За умов корекції впливу мікроелементозу глутаргіном відносна максимальна напруга, яку може витримати стінка фолікулів зростає після 30 днів на 14,07%, після 60 днів – на 10,83% відносно серії статевозрілих тварин без корекції.

При дослідженні максимальної величини напруги у стінці фолікулів контрольної групи статевозрілих щурів, за умов якої може статися її розрив, було встановлено, що відносне значення показника на 30 день спостереження становило 0,051546 МПа, а після 60 днів - 0,047705 МПа. У терміні 30 днів впливу мікроелементозу значення відносної максимальної напруги у стінці фолікулів зменшувалося на 24,37%, через 60 днів експерименту – на 25,65%. За умов корекції впливу мікроелементозу глутаргіном відносна максимальна напруга, яку може витримати стінка фолікулів після 30 днів спостереження зростала на 23,81%, після 60 днів – на 22,76% відносно серії тварин без корекції.

Заключення. Таким чином, максимальна напруга, яку може витримати стінка фолікула залежить від величини його діаметру і висоти ФЕ (товщина стінки). Чим більші розміри фолікула і менша висота ФЕ, тим меншу напругу може витримати стінка фолікула. За умов корекції впливу мікроелементозу глутаргіном міцність стінки фолікулів виразніше зростає у статевозрілих тварин відносно серії тварин, у яких моделювався мікроелементозний стан, при чому коригуючий ефект був найбільш виразним у терміні 30 днів експерименту. Результати експерименту показали, що при зростанні розмірів фолікула йде також зростання напруги у їхній стінці, але після досягнення критичного значення відбувається його поступове зниження. Можна припустити, що для запобігання розриву оболонки фолікула вмикаються фізіологічні або компенсаційно-приспосувальні механізми.

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛУБОВИХ КІСТОК ЩУРІВ СТАРЕЧОГО ВІКУ В УМОВАХ ГІПЕРГІДРІЇ ТЯЖКОГО СТУПЕНЯ

*Ткач Г.Ф., Дубовик Є.І., студ. 3-го курсу
СумДУ, кафедра анатомії людини*

У клінічній практиці досить часто зустрічається патологія водно-електролітного балансу, яка може ускладнювати чи порушувати перебіг структурно-функціонального стану кісткової тканини скелету людини.

Мета роботи вивчення особливостей перебудови клубових кісток скелету щурів старечого віку в умовах гіпергідрії тяжкого ступеню.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження були проведені на 20 білих щурах самцях 20-місячного віку, які знаходилися в умовах віварію. Тваринам щодня зондово вводили дистильовану воду в кількості 10 мл тричі на добу. Також були використані виварені знесолені продукти. Був введений синтетичний аналог АДГ (вазопресина) – "Минирин". Тривалість моделювання гіпергідратації складала 25 днів. Проводили остеометричне і гістологічне дослідження клубових кісток. Забарвлення препаратів гематоксилін – еозином і за Ван Гізоном. По закінченню строків моделювання гіпергідрії тварин виводилися з експерименту шляхом передозування парами ефіру й проводили їх скелетування.

Результати роботи. Лінійні розміри клубових кісток щурів старечого віку, які зазнали впливу гіпергідрії, значно відстають від інтактних тварин. Так максимальна довжина клубової кістки зменшена в порівнянні з відповідним контролем на 8,22% ($p \geq 0,05$), ширина – на 11,08% ($p \geq 0,05$) і товщина – 12,44% ($p \geq 0,05$).

При гістологічному дослідженні відзначається значне звуження хрящової пластини росту на 14,85% ($p \geq 0,05$), також скорочується товщина компактного шару на 12,58% ($p \geq 0,05$). Об'ємна щільність первинної й вторинної губчастої речовини зменшена, у порівнянні з нормою, відповідно, на 10,21% ($p \geq 0,05$) і 13,87% ($p \geq 0,05$). Трабекули первинної спонгіози коротші на 13,87% ($p \geq 0,05$). Остеобласти деформовані, контури цитоплазми нечіткі, кількість їх зменшена, у середньому на 12,91% ($p \geq 0,05$).

Висновок. Таким чином, гістологічна структура компонентів клубових кісток щурів старечого віку, які зазнали впливу гіпергідрії тяжкого ступеню мають статистично достовірну різницю від інтактних тварин, що вказує на зниження кістковоутворювальних процесів та призводить до значних змін остеогенезу та остеопорозу кісток.

ТОТАЛЬНИЙ АНАТОМІЧНИЙ ПРЕПАРАТ СКЕЛЕТНИХ М'ЯЗІВ ЛЮДИНИ, ВИГОТОВЛЕНИЙ МЕТОДОМ ПЛАСТИНАЦІЇ

*Устянський О.О., Якубанець Д.П., Абухамаш Е.В., Литвінова Ю.О., студ. 2-го курсу
СумДУ, кафедра анатомії людини*

Нами раніш повідомлялось про застосування рідкого скла для пластинації м'яких біологічних об'єктів (О.О.Устянський, Д.П.Якубанець, Є.І.Дубовик, 2009). Використовуючи цей метод, ми спробували виготовити тотальний анатомічний препарат скелетних м'язів людини. Просочуванню м'язів рідким склом передувала ретельна підготовка фізичного тіла. Після зняття з усіх ділянок шкіри та підшкірного прошарку через розтин передньої черевної стінки з грудної, черевної та тазової порожнин було вилучено всі нутрощі. Розтин передньої черевної стінки ретельно зашили звичайним шовним матеріалом. З порожнини черепа вилучили головний мозок. Наступний етап підготовки полягав у ретельному препаруванні та розшаруванні всіх м'язів голови, тулуба і кінцівок. Під час препарування ми максимально видалляли жирову тканину, фасції та між'язову сполучну тканину. Видаленню підлягали також поверхнево розташовані судини та нерви. В тих ділянках тіла, де м'язи формували декілька шарів (передня та задня поверхні передпліччя, задня поверхня гомілки, спина, сідниці, підощва стопи, шия), поверхневий шар розтинався горизонтальним розтином і максимально відводився для демонстрації м'язів глибоких шарів. Після такого препарування візуалізації були доступні майже всі скелетні м'язи. На наступному етапі фізичне тіло протягом 10-ти діб витримувалось у водному розчині рідкого скла з поступовим щоденним підвищенням його концентрації.

Підготовлене таким чином фізичне тіло монтувалось у вертикальному положенні на спеціально сконструйованому каркасі. На останньому етапі виготовлення препарату всі м'язи тіла просочувались рідким склом за допомогою звичайного медичного шприца до повного насичення м'язу. Надлишки скла видалались марлево-ватними тампонами. Процедуру просочування повторяли декілька разів. Увесь час препарат перебував на повітрі до моменту повної пластинації кожного окремо взятого м'язу. Вся процедура виготовлення препарату зайняла більше 80-ти діб. Така ретельна підготовка м'язів та їх поступове просочування дозволили нам уникнути зменшення м'язів у об'ємі (усихання) та появи білого наліту в між'язових прошарках. Виготовлений таким чином тотальний препарат став окрасою експозиції кафедрального музею.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ГУБЧАСТИХ КІСТОК СКЕЛЕТУ ПІД ВПЛИВОМ МАЛИХ ІОНІЗУЮЧИХ ДОЗ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

*Маркевич О.В.
Науковий керівник – д.м.н., проф. В.З. Сікора
СумДУ, кафедра анатомії людини*

Екологічна ситуація, яка сталася на Чорнобильській АЕС, стоїть у центрі уваги всього людства. Населення України вже зараз відчуває наслідки порушень екологічного балансу. У регіонах, що до сих пір спостерігається підвищення радіаційного фону існує загроза не тільки для розвитку соматичних захворювань обумовлених техногенними аномаліями, а й зміни генофонду. Кісткова система являє собою складну морфологічну одиницю

організму, що не тільки реагує на зміни нервової та гуморальної систем, а й здатна впливати на організм зміною мінерального складу, в першу чергу через вивільнення та депонуванням кальцію, що є одним з механізмів підтримки гомеостазу. За допомогою експериментальної моделі можливо дослідити, як саме впливає іонізуюче випромінювання малих доз на опорно – руховий апарат, зокрема на губчасті кістки скелета.

Мета роботи - вивчити морфологічні особливості росту, формування та хімічного складу губчастих кісток скелета під впливом малих доз іонізуючого випромінювання.

Методи дослідження: Остеометрія, морфометрія, відсотково ваговий метод (вміст води, органічних та мінеральних речовин у кістковій тканині), кількісна оцінка показників хімічного складу (спектрофотометрія) кісток, статистична обробка цифрових даних.

Дослідження проводилось на 3-х групах щурів, які були опромінені в дозі 0,1 Гр, 0,2 Гр, 0,3 Гр. За даними остеометрії відмічається зменшення всіх лінійних розмірів у молодих щурів при опроміненні дозою 0,1 Гр довжина тіла хребця 6,8% ($p < 0,05$), дорзальна довжина тіла хребця 5,71% ($p < 0,05$). Мікроскопічно товщина компактного шару хребця менше на 5,05% ($p < 0,05$) в порівнянні з контролем. У хімічному складі відмічається зменшення вологи на 2,14% ($p < 0,05$), рівня мінеральних речовин - на 6,58 % ($p < 0,05$) в основному за рахунок кальцію, рівень якого зменшився на 5,92% ($p < 0,05$), знижується також рівень магнію на 3,8% ($p < 0,05$) та марганцю на 6,31% ($p < 0,05$). При опроміненні в дозі 0,2 гр. та 0,3 Гр лінійні розміри змінюються ще більше, при опроміненні дозі 0,3 Гр, визначається дезорганізація хрящової пластинки росту, появи остеїдних острівців, оточених великою кількістю проміжної тканини. У щурів з вираженими інволютивними змінами при опроміненні в 0,1 Гр, виявлено, що лінійні розміри зменшились: вентральна довжина тіла хребця на 7,04% ($p < 0,05$), дорзальна довжина на 5,97% ($p < 0,05$). Мікроскопічно явища дезорганізації трабекул первинної спонгіози, зменшення діаметру комірок, поодинокі лінії склеювання, витончення дорзальної хрящової пластинки. Зменшення вологи на 2,7% ($p < 0,05$), рівень мінеральних речовин менший на 6,82% ($p < 0,05$) та відповідно зменшення вмісту кальцію, магнію, марганцю. У дозі опроміненні в 0,3 Гр вентральна довжина тіла хребця зменшилась на 10,7% ($p < 0,05$), дорзальна довжина тіла – на 10,07% ($p < 0,05$), товщина кісток навпаки зросла на 11,09% ($p < 0,05$). Спостерігалось після експерименту у щурів з вираженими інволютивними змінами витончення трабекул, зменшення кількості остеобластів особливо по периферії, наявність багатоядерних остеобластів, повна дезорганізація хрящових пластинок.

Таким чином, під впливом опромінення в низьких дозах відбувається затримка росту і формування губчастих кісток скелета у вигляді деструкції пластинок росту, збільшення комірчастих утворень, зниження лінійних розмірів і поява вогнищ деструкцій. В умовах випромінювання губчасті кістки сповільнюють свій мінеральний обмін, про що свідчать зниження кількості макроелементів і більшості остеотропних мікроелементів. Чим більша доза випромінювання тим більший негативний її вплив на розвиток губчастих кісток. Кістки щурів зрілого віку найбільш чутливі до дії низьких доз випромінювання. Скелет молодих тварин, внаслідок ще несформованих механізмів адаптації, реагує на випромінювання менше. Губчасті кістки тварин виражених інволютивних змін слабо змінюються під впливом чинників зовнішнього середовища.

ВИПАДОК СМЕРТІ В РЕЗУЛЬТАТІ ТОКСИЧНОЇ ДІЇ КОФЕЇНУ

Генсіцький Б.І., Моїсеєнко О.С.

Сумське обласне бюро судово-медичної експертизи

Кофеїн психоактивна стимулююча речовина з гірким смаком, без запаху, його дія проявляється дуже швидко, через декілька хвилин після прийому. Впливаючи на центральну нервову систему (головний та спинний мозок), кофеїн посилює дихання, підвищує частоту та силу серцевих скорочень, прискорює обмін речовин. Дія кофеїну на організм залежить від дози, яка потрапила в організм: в невеликих дозах він тонізує, але у великих – має негативний вплив. Безпечною разовою дозою вважається 100-200 міліграмів кофеїну. Максимально допустима добова доза 1000 мг кофеїну (1000мг =1 гр). Середня терапевтична доза кофеїну для дорослих 0,05-0,1 г на прийом 2-3 рази в день. Алкалоїд кофеїн міститься в листках чаю (біля 2-3%), насінні кави (біля 2%). Симптоми інтоксикації проявляються при прийомі від 0,25 г. та більше. В п'ятидесятиграмовій пачці чаю, з якої готують «чифір», міститься близько 1 г алкалоїдів кофеїну. Також слід відмітити, що кофеїн руйнується в організмі і виводиться протягом декількох годин, тому його пряма дія не є тривалою. Алкалоїд швидко всмоктується з травного тракту і розпадається в організмі (15% за 1 годину), утворюючи 4-5 метаболітів (продуктів розпаду), які виділяються з сечею. Тільки незначна кількість кофеїну, який поступив в організм, виділяється з сечею в незмінному вигляді.

В нашій практиці мав місце випадок смерті двадцятирічного гр. К. в місцях попереднього ув'язнення. Зі слів свідків, ввечері вони пили «чифір», заварений в пропорції 10 десертних ложок на 1 літру води. Згідно матеріалів справи гр. К. вживав «чифір» вперше. О 6 годині ранку виявили, що гр. К. лежав на підлозі камери, тіло зводили судоми, навколо рота була піна. З 6:12 черговим фельдшером та з 6:27 бригадою ШД проводилися реанімаційні заходи, які успіху не мали і в 7:10 констатовано біологічну смерть. При судово-медичному дослідженні трупа виявлено різко виражені трупні плями, різке повнокрів'я внутрішніх органів, дрібнокрапчасті крововиливи під епікард, оболонки органів, пристінну очеревину та плевру, набряк серозної оболонки жовчного міхура, набряк легень та головного мозку; в порожнині шлунка до 200 мл рідини темно-коричневого до чорного кольору з невизначеним запахом, слизова його місцями гіперемірована.

При судово-токсикологічному дослідженні (при мурексидній реакції) в сечі, нирці, печінці і головному мозку виявлено алкалоїд кофеїн (в сечі у великій кількості) та метаболіти кофеїну.

При судово-гістологічному дослідженні кусочків тканин та органів виявлено дистрофію нейронів кори головного мозку, геморагічний набряк легень, множинні крововиливи під плеврою та в тканину легень, паренхіматозна

дистрофія міокарду, ліпоматоз міокарду, паренхіматозна дистрофія печінки, нирок, крововилив в підшлункову залозу та наднирники, гостре порушення кровообігу у внутрішніх органах у вигляді венозного їх повнокрів'я.

На підставі даних анамнезу, даних судово-медичного, судово-токсикологічного та судово-гістологічного досліджень, експертною комісією було встановлено, що причиною смерті гр. К. стало гостре порушення кровообігу внутрішніх органів, яке розвинулося в результаті токсичної дії (отруєння) кофеїну.

Описаний випадок цікавий тим, що гостре отруєння кофеїном, який входить у великих дозах до складу «цифіру» зустрічається рідко. Так як в літературі викладені дані про клінічний перебіг, а патоморфологічні ознаки вказані як «неспецифічні, характерні для швидкої смерті», для підтвердження причини смерті від гострого отруєння кофеїном також необхідно використовувати дані судово-токсикологічного дослідження (позитивна мурексидна реакція).

ВИПАДОК НАНЕСЕННЯ ЛЮДИНІ МНОЖИННИХ УШКОДЖЕНЬ СОБАКОЮ

Генсіцький Б.І., Мойсеєнко О.С.

Сумське обласне бюро судово-медичної експертизи.

За останні роки збільшилася кількість випадків нанесення тілесних ушкоджень собаками. В основному такі ушкодження супроводжуються короткочасним чи тривалим розладом здоров'я. В нашій практиці мав випадок настання смерті в результаті укусів собаки.

На гр. В, ранку в дворі її онука напала собака шотландська вівчарка (колли). Господаря вдома не було, і лише ввечері, онук виявив на подвір'ї бабусю мертвою. При судово-медичному дослідженні трупа гр. В. виявлено: численні розриви правого рукава піджака, сукні та сорочки. Шкіряний покрив в загалі блідий. Трупні плями фіолетового кольору, виражені слабо. Садна в ділянці правого лобного бугра розміром 3x0,5см; синець в правій підключичній ділянці розміром 8x3см, на його фоні 5 саден округлої форми, розташованих ланцюжком, діаметром до 0,5см. На передній поверхні с/з правого плеча рана розміром 3x2см з нерівними краями. По зовнішній поверхні цієї ділянки 2 паралельних ряди округлих ран, по 5 в кожному, розміром 0,6x0,4см кожна. В цій же ділянці багровий синець, невизначеної форми, розміром 14x11см. На задній поверхні в/з правого передпліччя рана з нерівними зсадненими відшарованими краями, розміром 7x3см. На 4см нижче цієї рани аналогічного характеру рана, розміром 4,5x0,7см. На тильній поверхні лівої кисті рана, 2x0,8см. На передне-зовнішній поверхні н/з правого стегна 2 рани 2,5x1см та 4x1,5см. Тут же чисельна кількість саден під червоною кірочкою. На передне-зовнішній поверхні с/з лівої гомілки рана 7,5x2,5см. По зовнішній поверхні с/з лівої гомілки рана 1,5x1,3см. По зовнішній поверхні с/з лівої гомілки рана 7x1,5см. Останні три рани йдуть вертикально та паралельно одна одній. По задне-зовнішній поверхні с/з лівої гомілки 5 ран зірчастої форми, розташовані ланцюжком, розміром 0,6x0,4см. На задній поверхні лівої гомілки в в/з – с/з рана 13x13,5x3см, зяюча, зигзагоподібна. Всі вказані рани мають нерівні, фестончасті, саджені краї з крововиливами; розрив двоглавого м'язу правого плеча з повним розривом плечової артерії в середній третині; повний розрив задньої групи м'язів лівої гомілки з розривом задньої великогомілкової артерії; багатоуламковий перелом лівої малої гомілкової кістки; повний косий перелом лівого стегна у верхній третині. Поодинокі дрібнокрапчасті крововиливи в міждольову плевру легень. Внутрішні органи (серце, легені, печінка, нирки) малокровні. При судово-гістологічному дослідженні виявлено нерівномірне кровонаповнення внутрішніх органів з переважанням малокрів'я. периваскулярний набряк головного мозку, набряк легень, проміжний набряк та паренхіматозна дистрофія міокарду. При медико-криміналістичному дослідженні шматків шкіри з ранами встановлено: рвана рана правого передпліччя, утворилася після захоплення складки шкіри між виступаючими кінцями притупленого предмету конусоподібної форми, невеликого діаметру, з послідуочим розтягненням шкіри. Два ушкодження з області лівої гомілки можна кваліфікувати як колоті ушкодження, що утворилися від кінців притупленого предмету конусоподібної форми, невеликого діаметра. Одна з ран та садна лівого стегна утворилися в результаті тангенційної виступаючими кінцями притупленого предмету. Всі ушкодження на обох шматках шкіри могли утворитися від зубів (ікла) собаки.

Таким чином, на підставі вищевикладених даних було зроблено висновок, що причиною смерті гр. В. стали чисельні укушені рвані рани правої верхньої кінцівки та лівої гомілки, що супроводжувалися розривами двоглавого м'язу правого плеча з повним розривом правої плечової артерії та задньої групи м'язів лівої гомілки з повним розривом задньої великогомілкової артерії; відкритим багатоуламковим переломом лівої малої гомілкової кістки та закритим косим повним переломом лівого стегна; які призвели до розвитку гострого недокрів'я та серцево-легеневої недостатності.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА В НОРМІ ТА ПРИ ПАТОЛОГІЇ НАСЕЛЕННЯ СУМ ТА СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Гольченко Н.О., Шевцова Ю.М., студ. 4-го курсу*

Науковий керівник - к.м.н., асист. Г.Ю. Будко

СумДУ, кафедра патоморфології

**СОКЛ*

Актуальність. Стан здоров'я населення та його прогноз знаходяться у прямій залежності від стану навколишнього середовища та рівня виробництва регіону. В зв'язку з цим вивчення морфофункціональних особливостей органів, систем органів та розробка ефективних мір профілактики найбільш важливих гострих і хронічних захворювань набувають максимальне значення для людини.

Мета роботи. Дослідити біопсії слизової оболонки великої та малої кривизни, антрального відділу шлунка дорослого населення м. Сум та Сумської області в нормі та при патології з метою виявлення особливостей морфофункціональних змін.

Матеріали та методи. Для дослідження брали гастробіопсії у дорослих людей обох статей із шлунково-кишковою патологією, що підтверджувалась клінічними та морфологічними ознаками м. Сум та Сумської області з трьох відділів шлунка: великої, малої кривизни та антрального відділу шлунка. Для порівняння були дослідженні гастробіопсії людей у яких не було виявлено морфологічних змін з боку шлунково-кишкової системи. Матеріал досліджувався гістологічно, морфометричним методом та за допомогою гістохімії. Морфометрії підлягали елементи залозистого і поверхневого епітелію слизової оболонки шлунка та залоз.

Результати досліджень. Під час дослідження біопсійного матеріалу людей, у яких морфологічно не виявлена патологія з боку шлунково-кишкового тракту, гістологічно клітини покривно-ямкового епітелію представлені одношаровим циліндричним епітелієм із добре вираженими межами, ядра овальної форми, що локалізуються в базальній частині клітин. Висота епітелію в тілі шлунка вища на 21,9% ніж у антральному відділі. Апікальна частина покривного епітелію містить велику кількість ШИК-позитивного секрету. Шлункові ямки біль глибші по малій кривизні і в антральному відділі ніж по великій кривизні. Залози в тілі шлунка значно більші за розмірами, ніж в астральному відділі. Епітелій залоз диференційований, круглої форми. Кількість головних клітин у залоз тіла шлунка суттєво вища ніж додаткових та обкладених.

При дослідженні матеріалу з патологією виявлено, що при гастритах з ураженням залоз та при атрофічному гастриті знижується кількість головних і паріетальних клітин, спостерігається мукоїдизація головних клітин, що пов'язане із порушенням диференціації епітелію залоз. Клітини покривного епітелію деформовані, їх ядра зміщені апікально і розташовані багатшарово. Висота епітелію на 24% нижче ніж у здорових людей. Ширина шлункових ямок при всіх видах гастриту значно збільшується в ділянці антрального відділу та малої кривизни. Спостерігається різке зниження кількості залоз у 2 і більше разів на 1 кв. мм. Слизова оболонка при атрофічному гастриті уражується не вся, а має дрібновогнещеву картину.

Висновки. Під час аналізу отриманих результатів, можна сказати, що морфофункціональні процеси у слизовій шлунка як нормі та і при патології, а також короточасні і довгострокові належать до адаптаційних. Вони у своїй основі мають структурну перебудову і є однією із причин варіабельності функції. Найбільш тяжкі ураження виникають при атрофічному гастриті і мають дрібновогнещевий характер і супроводжуються метаплазією покривного епітелію, порушенням диференціювання і транслокації епітелію залоз.

ЗНАЧЕННЯ ТАТУЮВАНЬ У ПРОЗЕКТОРСЬКІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ПАТОЛОГОАНАТОМА І СУДОВО-МЕДИЧНОГО ЕКСПЕРТА

*Будко Г.Ю., Москаленко Р.А., Горбенко Н.І., студ. 4-го курсу
СумДУ, кафедра патоморфології*

Важливу роль у макроскопічній діагностиці різних захворювань і встановленні патоморфологічного діагнозу відіграє огляд тіла померлого. Уважне дослідження зовнішніх шкірних покривів та слизових оболонок може додати нові дані до анамнезу хвороби. Правильно зібраний аналіз, за словами П.Ф.Калітєвського, - це більша половина правильного діагнозу. У ряді випадків тільки анамнез надає можливість впевнено встановити діагноз – дійсний рід занять, професія, місце постійного проживання, можливі переміщення і тд.

У практичній роботі патологоанатома та судово-медичного експерта часто зустрічаються натільні малюнки – татуювання, які можуть слугувати додатковим джерелом інформації, особливо у випадках необхідності ідентифікації особи або при небажанні і неможливості збору анамнезу життя.

Об'єкти і методи. Дослідження проводилося на результатах розтинів, які проводилися в Сумському обласному патологоанатомічному бюро і Сумському обласному судово-медичному бюро впродовж 2007-2009 років. Всього було проаналізовано 33 випадки.

Результати дослідження. При проведенні аналізу літератури було виявлено, що діагностичну цінність представляють кримінальні, армійські та татуювання деяких молодіжних субкультур (пов'язані зі вживанням наркотичних засобів). У практиці патологоанатомічного бюро частота рисунків на шкірних покривах померлих є незначною, що можна пояснити віковим та соціальним складом. При розтинах у судово-медичному бюро кількість татуювань у померлих є більшою. Окрім татуювань, під шкірою статевих органів чоловіків з кримінальним минулим виявлялися сторонні предмети (металеві кулі).

Встановлено, що наявність татуювань може корелювати з певними захворюваннями, такими як вірусний гепатит, цироз печінки, туберкульозом, захворюваннями, які передаються статевим шляхом.

Отже, у секційній діяльності патологоанатома та судово-медичного експерта натільні знаки можуть відігравати додаткове діагностичне значення.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КІСТКОВОГО МОЗОЛЯ ПІД ВПЛИВОМ КОРЕКЦІЇ ОСТЕОГЕНЕЗУ В УМОВАХ ДЕГІДРАТАЦІЇ ОРГАНІЗМУ

*Бумейстер В.І.
Науковий керівник – проф. В.З. Сікора
СумДУ, кафедра анатомії людини*

Враховуючи прогресивний курс розвитку науки на посилення фундаменталізації медико-біологічних досліджень, проблема реактивності і регенерації кісткової тканини і розробка питань направленого впливу на процеси загоєння кістки є актуальною для сучасної медицини.

Дослід проведено на білих лабораторних щурах-самцях 3-місячного віку. Тварини поділені на 2 серії. Перша серія – контрольні щурі, друга – експериментальні, яким проводилася корекція репаративного остеогенезу в умовах

загальної дегідратації важкого ступеня. Тваринам обох серій завдавали травму великогомілкових кісток по досягненню відповідного ступеня зневоднення і переводили на звичайний питний раціон. Динаміку репаративних процесів вивчали на 3, 10, 15 та 24 доби після операції відповідно до стадій репаративного остеогенезу.

При гістологічному дослідженні регенерату великогомілкової кістки щурів, яким моделювався важкий ступінь загальної дегідратації на тлі вживання препарату тималін на 3 добу експерименту виявляються чіткі межі материнської кістки, яка прилягає до дефекту. В зоні дефекту розташована великих розмірів гематома, яка знаходиться в стадії заміщення грануляційною тканиною.

На 10 добу відновлення спостерігалась гематома невеликих розмірів, яка була оточена сполучною тканиною. Сполучна тканина являла собою пучки колагенових волокон, які добре васкуляризовані. Іноді виявлялись маленькі фрагменти пошкодженої кістки, які лізувалися макрофагами. Остеогенна тканина рівномірно розростається по ділянці дефекту і наближується до зони пошкодження. Виражені запальні процеси, зустрічаються невеликі периваскулярні інфільтрати із плазматичних клітин, макрофагів, лімфоцитів. Відбувається формування широких кісткових балок, між якими спостерігається фіброретикулярна тканина.

Через 15 днів відбувається активний розвиток регенерату, переважно з боку периосту. Центральна його частина зайнята розвинутою сіткою кісткових балочок, товщина яких зменшена в порівнянні з контролем і оточені щільними рядами остеобластів. Периостальний мозоль розвивається переважно за рахунок камбіальних елементів окістя і представлений сіткою широких і більш зрілих кісткових балок на значній відстані від країв дефекту. Судина сітка в зоні добре розвинута, але площа судин залишається нижчою за контрольний показник.

Через 24 доби після перелому кістковий мозоль майже не відрізняється від мозоля контрольних щурів. Основним морфологічним субстратом кортикальної пластинки є пластинчаста кісткова тканина. В компактній кістковій тканині відмічаються нерізко виражені процеси резорбування і лізису невеликих фрагментів кісткової тканини.

СЕКЦІЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ (МЕДИЧНА БІОЛОГІЯ, ФІЗІОЛОГІЯ, ПАТОФІЗІОЛОГІЯ, БІОХІМІЯ, ФАРМАКОЛОГІЯ)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОДНЫХ N-ВИНИЛПИРРОЛИДОН-МАЛЕИНОВОГО АНГИДРИДА ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЭПИХЛОРИДРИНОМ

*Качанова А.А., Высоцкий И.Ю., Федорова И.П., * Высоцкая Е.И., студ. 3-го курса ***

СумГУ, кафедра биохимии и фармакологии

** Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко*

*** Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца*

Эпихлоридрин (ЭХГ) является основным полупродуктом промышленного синтеза глицерина, эпоксидных и ионообменных смол, которые применяются в авиации, ракетостроении, авто- и машиностроении, химической и судостроительной промышленности, а также в медицине. Известно, что ЭХГ является высокореакционноспособным и высокотоксичным веществом, отравление которым приводит к тяжелым и часто смертельным последствиям, связанным с алкилированием сульфгидрильных, аминных, карбоксильных групп белков крови и таких жизненно важных органов, как печень, почки и мозг.

Средством антидотного лечения отравлений ЭХГ, как и другими ядами алкилирующего типа действия, является ацетилцистеин. Однако ацетилцистеин в ряде случаев может вызвать бронхоспазмы и провоцировать приступы бронхиальной астмы, особенно у больных страдающих этой болезнью. К недостаткам следует отнести и то, что ацетилцистеин обладает специфическим, неприятным запахом и способен вызывать тошноту, а при длительном применении – нарушение функций печени, почек, надпочечников, белков крови.

Целью работы было изучить детоксицирующую активность сополимеров N-винилпирролидона с диметиламиноэтилметакрилатом (СП-1) и с диметиламиноэтилметакрилатом и винилбутиловым эфиром (СП-2), в состав которых входят третичные аминогруппы, по отношению к ЭХГ, обладающему алкилирующим действием.

Опыты проведены на белых крысах-самцах линии Wistar и мышах линии BALB/c. Установлено, что СП-1 и СП-2 проявляют выраженную детоксицирующую активность по отношению к ЭХГ, что реализуется увеличением выживаемости и сроков гибели животных.

По способности сдерживать уменьшение концентрации SH-групп в крови СП-1 в условиях внутрижелудочного введения заметно превосходит ацетилцистеин, но существенно уступает ему при внутрибрюшинном воздействии. Активность СП-2, по степени влияния на уровень SH-групп, ниже, чем у СП-1 при внутрижелудочном применении, сравнима с таковой у ацетилцистеина и выше чем у СП-1 при внутрибрюшинном введении.

СП-1 проявляет антагонизм по отношению к ЭХГ по типу сверхвычитания, а величины антагонизма ЭХГ к СП-1 характеризуются полным вычитанием. Полученные данные могут служить источником дополнительной информации о характере и величине токсического действия изучаемых соединений.

РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ У ПАТОГЕНЕЗІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Атаман О.В., Гарбузова В.Ю.

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології

Однією з найактуальніших проблем сучасної медицини було і залишається з'ясування механізмів розвитку уражень серця і кровоносних судин та пошук ефективних засобів їх запобігання та корекції. У більшості країн світу перше місце серед причин захворюваності та смертності населення посідають хвороби серцево-судинної системи; однією з найбільш розповсюджених серед них є артеріосклероз та його ускладнення (інфаркт міокарда, аневризма аорти, інсульт, тромбоемболічні порушення та ін.). Сумна статистика свідчить, що тільки в Україні понад 60% від загального показника смертності припадає на хвороби, пов'язані з первинним ураженням кровоносних судин.

Результати сучасних наукових досліджень свідчать, що розвиток і перебіг більшості хронічних патологій, в тому числі і серцево-судинних, залежить від генотипу хворого. Індивідуальний прояв універсальних механізмів захисту та самоушкодження визначається переважно генетичними варіаціями генів – алейним поліморфізмом. Певний набір алейних варіантів генів визначає, в деяких випадках, стійкість індивідууму до захворювання, а в інших, схильність до виникнення патології, в тому числі і серцево-судинної. На сьогодні відомо більше 100 генів, алейний поліморфізм яких має відношення до формування схильності до хронічних серцево-судинних захворювань – ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарду, артеріальної гіпертензії та інших. До них відносять гени, що обумовлюють порушення ліпідного обміну (печінкової ліпази, ліпопротеїналіпази, аполіпопротеїнів А, В, Е, пароксонази, рецептора окиснених ліпопротеїнів низької щільності, сквенджер рецепторів класів В і F, лецитин-холестерин ацетилтрансферази, цитохрому b-245, адіпонектину, 5-ліпоксигенази, простациклінсинтази та ін.); гени ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (реніну, ангіотензиногену, ангіотензинперетворюючого ферменту, альдостеронсинтази), гени факторів зсідання крові (факторів коагуляції II, V, VII, VIII, тромбоспондіну, тромбомодуліну, β-ланцюга фібриногену); гени, що відповідають за формування імунного захисту (інтерлейкінів 1, 6, 10, білку теплового шоку 70 (HSP70), рецептору фактору некрозу пухлин 1A, рецептору хемокіну, селектинів Р і Е), гени оксидоредуктаз (синтази оксиду азоту 3 (ендотеліальної), цитохрому P450, каталази, глутатіон S-трансферази); гени протеолітичних ферментів та їх інгібіторів (матриксних металопротеїназ 1, 2, 3, 9, 12, 13, калікреїну 1, інгібіторів активаторів плазміногену 1 і 2 типу); кальциногенні та антикальциногенні гени (BMP 2 і 4, матриксного Gla-протеїду, остеопрогерину, остеопонтину, фетуїну А, ектонуклеотид пірофосфатази/фосфодіестерази 1). Названі гени з алейним поліморфізмом прямо або опосередковано обумовлюють прискорений розвиток серцево-судинних захворювань. Безумовно, атеросклероз та захворювання, що виникають як ускладнення цього патологічного процесу, мають полігенний тип успадкування. Саме сукупність багатьох генів і відповідних білків, функціональні властивості яких певною мірою відрізняються від типових, спричинює збільшення ймовірності розвитку патологій.

Вивчення генетичної схильності до серцево-судинних захворювань має величезні перспективи у їх профілактиці, ранній діагностиці та лікуванні. Основним завданням сьогодні є вибір серед великої кількості генетичних поліморфізмів тих, що мають найбільше значення як предиктори серцево-судинних захворювань, найбільшою мірою впливають на функціональні властивості відповідних білків та дозволяють застосувати фармакологічні препарати для корекції генетично-обумовлених метаболічних дефектів.

РОЛЬ МАТРИЧНОГО GLA-ПРОТЕЇДУ В РОЗВИТКУ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Борсук А.Д., студ. 4-го курсу

Науковий керівник - проф. О.В. Атаман

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології

Онкопатологія - актуальна проблема сьогодення. За останні 100 років рівень захворюваності і смертності від онкологічних захворювань перемістився з десятого місця на друге, поступившись лише хворобам серцево-судинної системи. По прогнозам ВООЗ до 2020 року онкозахворювання посядуть перше місце за цим показником. Кожного року реєструють 10 млн. онкохворих. Якщо наступні 15-20 років не будуть розроблені ефективні методи профілактики, кількість хворих на рак зросте до 20 млн., а смертей – до 12 млн. Щодо України, то онкологічна захворюваність стабільно зростає на 2,6-3 % в рік, і рак кожного року продовжує «молодіти».

Результати багатьох сучасних наукових досліджень доводять роль матричного Gla-протеїду (MGP) у розвитку онкологічних захворювань. MGP – білок сімейства вітамін К-залежних протеїнів, який вперше був виділений з кістки. Сьогодні доведено, що MGP присутній також у серці, легенях, нирках. При проведенні генетичного аналізу пухлинних клітин (наприклад, гліобластоми) за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЦР) було виявлено, що рівень мРНК MGP в них збільшений порівняно з мРНК здоровими тканинами. У той же час, досліджуючи рівень експресії MGP гена, як маркеру колоректального раку, було виявлено, що у 63 випадках з 80 колоректальної аденокарциноми рівень мРНК MGP нижчий, ніж у сусідніх здорових тканинах. Значно вищий рівень мРНК MGP виявили генетичні методи обстеження у хворих на рак молочної залози з несприятливим прогнозом (загальна тривалість життя <10 років), порівняно з групою пацієнток, що мають сприятливий прогноз (загальна тривалість життя >10 років). Проте пряма залежності, між рівнем MGP і загальною тривалістю життя не доведена. При карциномі нирки гіперекспресія MGP спостерігалась у 21 з 28 пацієнтів, при семіномі – у 16 з 29. Для карциноми нирки характерна обернена кореляція між рівнем експресії MGP і розміром пухлини, метастазами в лімфатичні вузли, ступенем диференціації. Рівень MGP був також високим у 13 первинних карциномах передміхурової залози, в порівнянні з пухлинними клітинами, які були отримані з метастазів передміхурової залози і лімфатичних вузлів.

Таким чином, визначення рівня експресії мРНК MGP має велике значення у діагностиці онкологічних хвороб. В перспективі, можливість застосування MGP, як маркеру розвитку пухлин, відкриває нові можливості ранньої діагностики раку і його лікування.

БІОЛОГІЧНО АКТИВНІ РЕЧОВИНИ МІЦЕЛІАЛЬНИХ ГРИБІВ

Прімова Л.О.

СумДУ, кафедра біохімії і фармакології

Характерною ознакою грибів є лабільність метаболічних процесів. У залежності від умов культивування та складу поживного середовища ці організми здатні продукувати та накопичувати у клітинах і культуральному середовищі такі фізіологічно активні сполуки, як антибіотики, ферменти, стимулятори росту, вітаміни, жирні кислоти тощо. Мікроскопічний муковий гриб *Blakeslea trispora* є продуцентом каротину, але поряд із терпеноїдами здатен акумулювати у складі міцелію інші первинні та вторинні метаболіти.

Метою нашого дослідження було визначення спектру каротиноїдів, вмісту фосфоліпідів, аскорбінової кислоти, метіоніну у складі міцелію мукового гриба *Blakeslea trispora* при культивуванні продуцента на експериментальному безглюкозному поживному середовищі.

Досліджували 8 зразків із різних партій біомаси гриба *Blakeslea trispora*. Концентрацію каротиноїдів визначали фотоелектроколориметричним методом у ацетонових, каротин – у петролейно-ефірних, ксантофіли – у спиртових екстрактах. Каротин відділяли від інших пігментів методом розподільної хроматографії на колонках, ксантофіли – за Вільштеттером. Вміст фосфоліпідів встановлювали за Блюром, аскорбінової кислоти – за реакцією Тільманса. Метіонін визначали методом іонообмінної хроматографії.

Результати досліджень показали, що ліпідна фракція гриба вміщує 3,6% каротиноїдів, 89,0% яких представлені β-каротином, 9,6% становлять ксантофіли, 1,6% - інші каротиноїди. Слід зазначити, що вміст терпеноїдів і зокрема β-каротину, у міцелії гриба суттєво перевищує кількість цих пігментів у рослинах, які вважають традиційними джерелами каротиноїдів. Концентрація фосфоліпідів у біомасі становить 6,2% від загального вмісту ліпідів, що є досить високим для грибів. Водорозчинна фракція біомаси містить 674,0 г/кг аскорбінової кислоти. Кількість її аналогічна вмісту вітаміну С у таких рослинах, як суниця, чорна смородина, шпинат. Необхідно відмітити високу концентрацію метіоніну у складі міцеліальних білків - 32,6 г/кг. Відомо, що ця есенційна амінокислота є лімітованою у більшості білків. Вміст метіоніну у біомасі перевищує кількість його у всіх досліджених до цього часу харчових продуктах.

Таким чином, вивчення складу біомаси мукового гриба *Blakeslea trispora* показало, що крім β-каротину, вона вміщує комплекс біологічно активних речовин і може бути джерелом каротиноїдів, ксантофілів, фосфоліпідів, аскорбінової кислоти, метіоніну.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПАЛЬЦЕВИХ ВІЗЕРУНКІВ БЛИЗНЮКІВ

Будко В.В., Шакоцько С.В., студ. 1-го курсу

Наукові керівники – асист. О.А. Обухова., доц. О.Ю. Смірнов

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології

Відомо, що на світі не існує двох людей з однаковими відбитками пальців. Ця особливість так чи інакше використовується в різних галузях – криміналістиці, медицині, генетиці. Відбитки пальців дають можливість стовідсотково встановити особу, а за допомогою даних дерматогліфіки можна дізнатись ще й про індивідуальні особливості кожної людини. Але цікавою залишається ситуація навколо людей, що ідентичні за своїм генотипом (монозиготні близнюки) або дуже схожі за ним (дизиготні близнюки). Метою даної роботи було вивчення пальцевих візерунків різних типів близнюків і порівняння отриманих результатів з літературними даними.

У ході дослідження нами були випробувані різні технології зняття відбитків пальців, але найкращі результати ми отримали при використанні звичайного скла з фарбою, а також за допомогою спеціальної мікропористої штемпельної подушки.

Оскільки вважається, що пальцеві візерунки формуються під впливом генотипу, то цілком природно було б припустити, що в однойцевих близнюків вони будуть однакові, а у двояцевих – дуже схожими. У результаті дослідження близнюків різної статі й національності нами були отримані дані, які свідчать, що як моно-, так і дизиготні близнюки мають дещо схожі візерунки на пальцях, але їх зовсім не можна назвати однаковими. Схожість пальцевих візерунків у однойцевих близнюків склала лише 60%, а в різнойцевих – 55%, що дещо суперечить загальним показникам. Дельтовий індекс у кожного з близнюків також виявився індивідуальним.

Ми встановили також цікавий факт стосовно досить великої схожості в загальній гребеневій структурі правої та лівої рук близнюків (82,5% подібності).

Крім того, слід відмітити, що серед пар як моно-, так і дизиготних близнюків простежується цікава залежність між величиною дельтового індексу та успіхами в навчанні. Володарі більш складних пальцевих візерунків (завитків, подвійних петель) мають вищі успіхи порівняно зі своїми братами чи сестрами, дельтовий індекс яких був менший. Ці дані ще раз підтверджують, що люди, навіть маючи повністю однаковий або схожий набір генів, все ж являються особистостями зі своїми особливими схильностями, звичками, уподобаннями.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ШКОЛЯРІВ ПІД ЧАС ЕМОЦІЙНИХ І ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ

Воробйова Ю.М., студ. 2-го курсу

Науковий керівник – доц. В.Ю. Гарбузова

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології

Протягом останнього десятиріччя населення України скоротилося на 5 млн. осіб. Серед різних хвороб захворювання серцево-судинної системи є найпоширенішими в усіх країнах світу. Смертність через ці хвороби становить у світі близько 54% загальної смертності. Крім того, переважно серцево-судинні захворювання призводять до тимчасової або повної втрати працездатності. Якщо раніше ці хвороби були притаманні переважно людям літнього віку, то нині патологічні порушення серцево-судинної системи спостерігаються навіть у дітей шкільного віку.

У проведеному дослідженні був визначений стан серцево-судинної системи у школярів Глухівського району в період з 2002 по 2008 рік. Показники кардіодинаміки визначилися у стані спокою, під час відеоігор, емоційного навантаження (складання підсумкових атестацій) і фізичного навантаження.

Дослідження особливостей зміни артеріального тиску під час відеоігор показало, що приблизно 2/3 всіх піддослідних має тенденцію до збільшення артеріального тиску та частоти серцевих скорочень в наслідок тривалої відеоігри. Під час емоційного навантаження у 20% школярів показники кардіодинаміки практично не змінилися, у 49% - зафіксовано помірне зростання величини артеріального тиску і частоти серцевих скорочень, у 20% це зростання суттєво перевищувало нормативні показники. При фізичному навантаженні у 45 % учнів збільшення величини вивчених показників було у межах норми, у 49% – перевищувало ці межі, 6% учнів мали хронічні захворювання серцево-судинної системи.

Напруження стану серцево-судинної системи, що виникає під час емоційного та фізичного навантаження школярів вимагає уважного підходу до створення умов навчання і дозвілля.

ВИВЧЕННЯ T⁻¹³⁸→C-ПОЛІМОРФІЗМУ ПРОМОТОРУ МАТРИКСНОГО GLA –ПРОТЕЇДУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

Гарбузова В.Ю., Дубовик Є., студ. 3-го курсу

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології

Матриксний Gla-протеїд (MGP) – вітамін К-залежний пептид, що складається із 84 амінокислот, вперше був виділений із кісток. Сьогодні виявлений високий рівень експресії цього білка в серці, нирках, підшлунковій залозі, легенях, плаценті та ін. У судинах MGP є одним із потужних інгібіторів судинної кальцифікації. Згідно сучасних даних поліморфізм гена MGP асоційований з інфарктом міокарда і кальцифікацією атеросклеротичної бляшки. У просканованих 40 алелях було ідентифіковано 8 поліморфізмів гену MGP : 2 в екзонах (Lys 34 Glu, Thr 83 Ala) і 6 в промоторі (G -7 A, T -138 C, C -514 T, A -814G, G -2447A, C -2682T). Найбільший ступінь кореляції з вказаними патологіями має T -138C поліморфізм (rs1800802). Було доведено, що поліморфний сайт T -138C знаходиться у тому регіоні промотора, де відбувається приєднання ядерного білка, а заміна T на C призводить до зменшення ступеня зв'язування ядерного білка з промотором. C -138 знижує активність промотора на 20% у ГМК щурів і на 50% у фібробластах людини. T⁻¹³⁸→C поліморфізм був вивчений для більшості європейських та японської популяції, проте для української популяції такі дані відсутні.

Дослідження виконано на 120 хворих на гострий коронарний синдром. Венозну кров набирали в стерильних умовах у моновети об'ємом 2,7 мл з калієвою сіллю етилендіамінтетраоцтової кислоти (11.7 мМ) в якості антикоагулянту ("Sarstedt", Німеччина), заморожували та зберігали при температурі -20°C. ДНК виділяли з цільної крові із використанням наборів D1Atom DNA Prep («Isogene», Росія). T⁻¹³⁸→C поліморфізм промотору визначали методом полімеразної ланцюгової реакції (PCR) з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів (PCR-RFLP) за N.Kobayashi et al. із модифікаціями. Для цього ампліфікували ділянку промотору гена MGP за допомогою пари специфічних праймерів. Ампліфікація фрагменту промотору складалася з 36 циклів: денатурація - 94°C (50 с), гібридизація праймерів - 57°C (1 хв.) та елонгація - 72°C (1 хв). 6 мкл продукту ампліфікації інкубували при 37°C протягом 18 годин з 5 ОД рестриктази BseNI ("Ферментас", Литва) в буфері В наступного складу: 33 мМ трис-ацетату (рН 7.9), 10 мМ ацетату магнію, 66 мМ ацетату калію, 0.1 мг/мл альбуміну. За наявності в -138 положенні промотору тимідину BseNI розщеплює ампліфіковану ділянку промотору (розмір 142 пари основ) на два фрагменти – 118 та 24 пар основ, а при заміні на цитозин рестрикція не відбувається. Ампліфікати після рестрикції розділяли в 2,5 % агарозному гелі, що містив 10 мкг/мл бромистого етидію. Візуалізація ДНК після горизонтального електрофорезу (140 V протягом 25 хв.) проводилася за допомогою транслюмінатора ("Біоком", Росія) та відеосистеми ViTran (Росія).

Співвідношення нормальних гомозигот, гетерозигот і рідких гомозигот при аналізі T⁻¹³⁸→C поліморфізму промотору у хворих на гострий коронарний синдром складає 56,1%, 36,5% та 7,4% відповідно. Для з'ясування кореляції між вивченим поліморфізмом і гострим коронарним синдромом, у наступній серії дослідів планується проаналізувати його частоту у контрольній групі.

ВПЛИВ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА КАРДІОГЕМОДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ СТУДЕНТІВ

Гарбузова В.Ю., Лось Л.О.

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології

Життя сучасної людини характеризується обмеженням рухової активності, що негативно впливає на структуру і функції всіх тканин, призводить до зниження захисних сил організму, збільшення ризику виникнення порушень і розвитку хвороб. Проблема гіподинамії особливо актуальна для представників розумової сфери, до яких відносяться і студенти медичних вузів. Зменшити ризик гіподинамії у значній мірі допомагають заняття фізичною культурою. Фізичні вправи підвищують неспецифічний опір організму, відновлюють функції центральної нервової системи, підвищують розумову працездатність, покращують вегетативні функції.

Метою роботи було вивчення змін функціонального стану організму під впливом фізичного навантаження (швидкісний біг на дистанцію 500 м) у студентів I-го курсу медичного інституту, які за специфікою навчання більше, ніж інші схильні до впливу гіподинамії. У досліді брали участь 65 студентів (38 дівчат і 27 хлопців) віком 17-20 років. Моніторинг функціонального стану студентів проводився на кафедрі фізіології в I-му навчальному семестрі (вересень-жовтень). В якості індикатора адаптаційних реакцій організму було обрано серцево-судинну систему, яка є найбільш чутливою до впливу фізичних навантажень і забезпечує пристосування до них. Для вивчення змін функціонування серцево-судинної системи був використаний метод математичного аналізу серцевого ритму за Р.В.Баєвським. У роботі були визначені і розраховані наступні показники: артеріальний тиск (АТ), частота пульсу (ЧП), життєва ємність легень (ЖЕЛ), частота дихання (ЧД), маса тіла, ріст, індекс маси тіла (ІМТ), хвилиний об'єм крові (ХОК), систолічний об'єм крові (СО), пульсовий тиск (АТ_{пульс}). Реєстрацію всіх показників здійснювали в 2 етапи: за 10 хв. до фізичного навантаження (стан спокою) і через 5 хв. після бігу (відновлювальний період).

Аналіз отриманих результатів показав, що в умовах функціонального спокою всі піддослідні відносились до числа нормотоніків. Після фізичного навантаження як у дівчат, так і у хлопців спостерігалось виражене підвищення ЧД, ЧСС і ХОК. При чому було встановлено, що збільшення ХОК обумовлене збільшенням ЧСС, а не СО, що є неефективним типом забезпечення кровообігу. Чітко виражена хронотропна реакція при незначному прирості інотропної характеризує недостатню потужність міокарду і низьку адаптаційну можливість до фізичного навантаження даної інтенсивності. Довготривале відновлення вегетативного балансу організму в постанавантажувальний період як у дівчат, так і у хлопців в майбутньому може стати причиною перенапруження серцево-судинної системи і зриву адаптаційних процесів. У зв'язку з цим, для тренування адаптаційних механізмів і підвищення їх лабільності необхідне введення додаткових занять фізичною культурою і використання додаткових легких вправ після пробігу, які б сприяли поступовому виходу серцево-судинної системи із стадії напруги.

Таким чином, знаходячись тривалий час у стані гіподинамії в старших класах школи і в період підготовки до вступних іспитів, функціональні системи організму студентів-першокурсників реагують на інтенсивне фізичне навантаження напругою регуляторних механізмів. Надмірне навантаження може стати причиною диспропорціонального розвитку серця, а в подальшому призвести до гіпертрофії міокарду, порушення ритму, послаблення клапанного апарату. Тому в перші місяці навчання у ВНЗі для початкового адаптаційного процесу необхідне використання тренувальних режимів помірної інтенсивності, які б стали перехідним етапом до подальших інтенсивних навантажень.

АЛЕЛЬНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНІВ ФАКТОРІВ ЗГОРТАННЯ КРОВІ ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

*Гарбузова В.Ю., Железний В.П.**

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології,

**Сумська міська клінічна лікарня №1*

Останнім часом велике значення серед чинників ризику розвитку атеросклерозу надається гіперкоагулянтній активності крові. Відомо, що алейний поліморфізм генів факторів згортання крові визначає схильність до хронічних серцево-судинних захворювань – ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарду, артеріальної гіпертензії та інших.

За своїм значенням алейний поліморфізм генів системи згортання крові істотно відрізняється від усіх інших груп генів. Відомо, що рідкісні варіанти генів, які кодують фактори згортання крові, мають протективне значення при серцево-судинних захворюваннях, внаслідок того, що негативно впливають на функції відповідних білків. Наявність таких варіантів генів призводить до зменшення активності згортання крові, зниження ризику виникнення тромбозів, у тому числі і коронарних артерій. Якщо рідкісні алейні варіанти інших генів частіше зустрічаються у хворих, то по відношенню до цих генів встановлена зворотна залежність – більш рідкі варіанти частіше зустрічаються у здорових, тоді як у хворих вони виявляються набагато рідше. Це справедливо для таких генів системи згортання крові як фактори V, VII, XIII. Мета-аналіз, проведений англійськими дослідниками, за визначенням важливості 7 поліморфізмів гемостатичних генів у патогенезі ішемічної хвороби серця показав, що всі вони пов'язані з ризиком розвитку даної патології, оскільки поліморфізм впливає або на вміст фактору в плазмі крові або на його функціональні властивості. Так, алейний поліморфізм гена фактора V призводить до утворення білка, який значно більш резистентний до активуючої дії протеїну С. При поліморфізмі гена VII фактору його вміст у плазмі знижується на 20 %. Проте, поліморфізм гена протромбіну стричинює підвищення концентрації відповідного білка в плазмі, хоча поліморфний сайт розташований в 3'-некодуючому регіоні. Можливість деградації фібринових згортків, що утворюються, також залежить від алейного поліморфізму. Так поліморфізм промотору гену інгібітору тканинного активатору плазміногену (PAI-1) призводить до збільшення вмісту цього білка в плазмі крові і, відповідно, зменшує

ефективність фібринолізу. Стабілізація і ущільнення фібринового згортка забезпечується фактором XIII. Алейний поліморфізм (Val₃₄→Leu) цього білка впливає на його транглутаміназну активність, оскільки в результаті заміни однієї амінокислоти в сайті, що активується тромбіном, знижується функціональна здатність ферменту. Інший поліморфізм XIII фактору (His₉₅→Arg) призводить до прискореної дисоціації функціонального тетрамеру даного білка, проте, результат виявляється тим самим – формується аномальний фібриновий згорт, а ризик розвитку серцево-судинних захворювань знижується. Судинно-тромбоцитарний гемостаз також зазнає впливу алейного поліморфізму – щільність глікопротеїнових рецепторів (GPIa, GPIbα, GPIIb) може істотно підвищуватися внаслідок генетичних варіацій у відповідних генах. Алейний поліморфізм білків, які регулюють активність як тромбоцитів (тромбомодулін, тромбоспондіни), так і міжклітинні взаємодії інших клітин крові, за деякими даними, також може сприяти розвитку ішемічної хвороби серця, проте, невизначене функціональне значення поліморфізму у вказаних білках не дозволяє на сьогодні зробити однозначні висновки.

Таким чином, вивчення алейного поліморфізму генів факторів згортання крові у хворих на серцево-судинні захворювання має велике практичне значення у ранній діагностиці та індивідуалізації лікування.

ВИЗНАЧЕННЯ ДЕЯКИХ НЕЙРОПЕПТИДІВ ГІПОФІЗА ЩУРІВ МЕТОДОМ МАС-СПЕКТРОМЕТРІЇ З ІОНІЗАЦІЄЮ УЛАМКАМИ ПОДІЛУ КАЛІФОРНІО-252

*Кадацький М.Д., студ. 3-го курсу
Науковий керівник – доц. Л.І. Гребеник
СумДУ, кафедра біохімії та фармакології*

На сучасному етапі розвитку медико-біологічних досліджень пептидних гормонів гіпофізу одним з актуальних питань є вибір найбільш інформативного фізико-хімічного методу визначення цих біомолекул. Незважаючи на існування широкого арсеналу методичних підходів в останні роки все більше уваги приділяється мас-спектрометрії як перспективному і доцільному інструменту в дослідженнях нейропептидів.

Метою нашої роботи було вивчення можливостей метода часопролітної мас-спектрометрії з іонізацією уламками поділу 252-Cf (TOF-PDMS) для визначення нейропептидів в мультикомпонентних біологічних зразках, які отримані з тканини гіпофізу щурів. Аналіз проводили з використанням мас-спектрометру біохімічного – МСБХ (АТ "Selmi", Суми, Україна).

Основною проблемою, яка виникає при використанні мас-спектрометрії, є складність аналізу пептидів в багатоконпонентних зразках. Модифікація і удосконалення етапу підготовки зразків до аналізу дозволяє значно розширити можливості методу. Тому в наших експериментах вирішення поставлених завдань здійснювалось насамперед за рахунок змін деяких умов підготовки зразків біологічного матеріалу до аналізу. Були отримані зразки екстракту гіпофізу, підготовка яких відрізнялась використанням видалення надлишку біологічного матеріалу промиванням демінералізованою водою. Отримані мас-спектри дозволили встановити деякі закономірності визначення різних нейропептидів одного екстракту при використанні окремих модифікацій етапу пробопідготовки.

В результаті були отримані мас-спектри екстрактів з гіпофізу щурів, які показують можливість використання цього методу для якісного та напівкількісного аналізу таких пептидів як [Leu5]-енкефаліна Mr 556, кортикотропін-подібного пептида Mr 2355, окситоцина Mr 1007.

Аналіз отриманих експериментальних даних дозволив прийти до висновку, що TOF-PDMS є високочутливим мас-спектрометричним методом, використання якого дозволяє визначати деякі нейропептиди в мінімально очищених біологічних зразках, які отримують з мінімальної кількості тканин гіпофізу щурів. Модифікація умов підготовки зразків до мас-спектрометричного аналізу значно розширює можливості методу з поетапною детекцією різних пептидних гормонів.

НОБЕЛІВСЬКА ПРЕМІЯ З ФІЗІОЛОГІЇ І МЕДИЦИНИ 2009 РОКУ

*Бокатов А.В., студ. 2-го курсу
Науковий керівник – асист. Л.О. Лось
СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології*

Нобелівська премія по фізіології і медицині 2009 року присуджена Елізабет Блекбері (народилася в 1948 році в Австралії), Керол Грейдер (народилася в 1961 році в Сан-Дієго, штат Каліфорнія) і Джеку Шостаку (народився в Лондоні в 1952 році) "за відкриття того, як теломери і фермент теломераза захищають хромосоми" ("for the discovery of how chromosomes are protected by telomeres and the enzyme telomerase"). Механізм захисту хромосом від укорочення при кожному діленні був уперше передбачений в 1971 році Олексієм Матвійовичем Оловніковим, згодом його теоретичні побудови були підтвержені на практиці експериментаторами, які і удостоїлися цієї Нобелівської премії.

Теломери відіграють певну роль у вікових змінах клітин і усього організму, а також в розвитку злоякісних захворювань. Подальші дослідження їх динаміки і принципів роботи ферменту теломерази, що подовжує їх, можуть допомогти знайти нові шляхи боротьби із старінням і раком. Теломери - кінцеві ділянки хромосом, що складаються з послідовностей нуклеотидів, які повторюються, були відкриті в п'ятдесяті роки ХХ століття. Теломери можна побачити навіть у світловий мікроскоп: підготовлені до ділення клітини або клітини, що діляться, можна зафарбувати так, щоб теломери відрізнялися за кольором від центральних частин кожної хромосоми. Теломери є тільки у еукаріот. Ці кінцеві ділянки хромосом не містять генів: записана на теломерах інформація не зчитується на матричні РНК і нічого не кодує. Власне, інформації в теломерах міститься досить мало, адже вони складаються з однакових послідовностей декількох нуклеотидів, що повторюються. Ці послідовності досить одноманітні. Зокрема, в усіх хребетних, а також у багатьох грибів це завжди ЦЦЦТАА, а у вищих рослин - очевидно, завжди ЦЦЦТААА. Same

теломери захищають власні хромосоми від деградації при неодноразовому діленні клітин. Подальші дослідження, проведені в лабораторіях Блекбері і Шостака показали, що позбавлені теломерази клітини рано чи пізно припиняють ділитися і помирають. Багато типів ракових клітин, навпаки, мають підвищену активність теломерази, що сприяє їх неконтрольованому діленню і утворенню злоякісних пухлин. Як і припускав О. М. Оловніков, теломери виявилися важливим інструментом регуляції як старіння, так і виникнення раку. Нині вже розроблені і проходять випробування лікарські препарати, які, можливо, дозволять боротися з рядом форм раку за рахунок пригнічення активності теломерази в ракових клітинах.

Згідно із заповітом Альфреда Нобеля, кожна премія можуть розділити не більше трьох вчених. Шкода, що в число тих, що отримали цю премію не увійшов О. М. Оловніков, який передбачив відмічене нобелівською премією відкриття. В той же час, Блекбері, Грейдер і Шостак, що присвятили багато років успішним експериментальним дослідженням теломерів і теломерази, поза сумнівом, гідні цієї нагороди.

ВМІСТ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ТКАНИНАХ АОРТИ ТА КІСТОК У ЩУРІВ НА ФОНІ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Лось Л.О., Хитрий І.В., студ. 4-го курсу

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології

В останні роки в світі відмічають значний ріст захворюваності і смертності від хвороб, пов'язаних з первинним ураженням кровоносних судин (інфаркт міокарда, гострі порушення мозкового кровообігу, тромбоемболічні ускладнення тощо). Суттєвий внесок у збільшення частоти серцево-судинних захворювань вносять хворі на хронічну ниркову недостатність (ХНН). Захворювання серця і судин вважають провідною причиною смерті хворих з нирковою недостатністю, починаючи з консервативної її стадії. Багаточисельними експериментальними і клінічними дослідженнями встановлено, що незалежно від гемодинамічних умов, уремія є некоронарогенним фактором, що визначає великий спектр порушень структури серця, судинної стінки і кісткової тканини у хворих на ХНН. Такі порушення включають: гіпертрофію лівого шлуночку, дифузний реактивний інтерміокардіальний фіброз, зміни інтраміокардіальних артерій у вигляді дифузного кальцинозу і фіброзу, ренальний остеопороз.

Метою роботи було вивчення вмісту кальцію, магнію, заліза та цинку в тканинах аорти і кісток щурів за умов ниркової недостатності. ХНН у тварин моделювали шляхом одноразового введення внутрішньочеревинно розчину сулеми з розрахунку 4 мг/кг маси тіла. Через 28 днів після введення отрути щурів забивали й одразу проводили забір зразків судин і кісток для дослідження. Аналіз вмісту мікроелементів у пробах проводили на спектрофотометрі С-115-М в атомно-абсорбційному режимі.

Отримані результати свідчать, що за умов сулемової інтоксикації вміст кальцію, магнію та заліза в стінці аорти у тварин експериментальної групи збільшився, тоді як цинку – навпаки, зменшився. Збільшення вмісту кальцію відбулося на 97,7% ($p < 0,001$), збільшення магнію – на 83,5% ($p < 0,001$), збільшення заліза – на 50,8% ($p < 0,01$), тоді як зменшення цинку в стінці аорти відбулося на 47,5% ($p < 0,05$).

Результати аналізу кісткової тканини свідчать, що за умов сулемової інтоксикації вміст кальцію, магнію та заліза у кістках тварин експериментальної групи зменшився, тоді як цинку – навпаки, збільшився. Вміст кальцію кісткової тканини експериментальних тварин зменшився на 28,8% ($p < 0,05$), вміст магнію – на 17,5% ($p < 0,01$), вміст заліза – на 38% ($p < 0,01$), тоді як вміст цинку збільшився на 42,27% ($p < 0,01$).

Виявлені зміни вмісту мікроелементів пов'язані з особливостями їх обміну за умов модельованої ниркової недостатності. У щурів з хронічною нирковою недостатністю виявляється порушений гомеостаз кальцію, магнію, заліза та цинку. Виразене збільшення вмісту кальцію в стінці аорти пов'язане з кальцифікацією судинної стінки. Збільшення вмісту магнію та заліза в стінці аорти у тварин експериментальної групи і зменшення цинку, може свідчити про залежність концентрації цих елементів від рівня кальцію в організмі. Значне зменшення кальцію в кістковій тканині слід розглядати як появу остеопорозу, внаслідок розвитку ниркової недостатності. Зменшення вмісту магнію та заліза кісткової тканини експериментальних тварин (тварин з сулемовою нефропатією) і збільшення вмісту цинку є результатом перерозподілу даних мікроелементів між кістковою тканиною та іншими структурами організму. Таким чином, отримані у роботі дані свідчать, що значні зсуви у вмісті мікроелементів в організмі та їх роль в розвитку патології вимагають оптимізації методів лікування, направлених на відновлення мікроелементного балансу.

ВПЛИВ ВИСОКИХ ДОЗ АДРЕНАЛІНУ НА ЗМІНИ ВМІСТУ ЗАЛІЗА ТА МАРГАНЦЮ У ТКАНИНАХ СУДИННОЇ СТІНКИ

Покотило К.В., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – к.м.н., асист. Р.Ф. Наушко

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології

Однією з причин стрімкого зростання частоти серцево-судинних захворювань є істотне збільшення частоти та інтенсивності стресів у повсякденному житті сучасної людини. Пов'язане з цим збільшення вмісту адреналіну в крові (як результат станів гострого та хронічного стресу) викликає катехоламінові ураження судинної стінки та внутрішніх органів, що є одним із факторів розвитку артеріосклерозу. На сучасному етапі залишаються недостатньо вивченими зміни вмісту основних мікро- та макроелементів у тканинах внутрішніх органів та судинної стінки за умов розвитку адреналінового атеросклерозу. Метою данної роботи було вивчення змін вмісту заліза та марганцю, як кофакторів іоно-транспортуючих та антиоксидантних систем і ферментів енергетичного обміну, для дослідження змін у цих системах за умов гіперадреналінемії.

Дослідження проводилися на 30 безпорідних щурах різної статі. Поділений на 6 досліджуваних груп щурів, вводили внутрішньом'язево, 0,1% розчин адреналіну гідрохлориду з розрахунку 50 мкг/кг маси тварини протягом 14 днів. Об'єктами вивчення були печінка, тонка кишка, серце, головний мозок, аорта та задня порожниста вена щурів. У результаті дослідження виявлено збільшення вмісту магнію у тканині задньої порожнистої вени, серці та головному мозку та зниження показників цього елемента у аорті, печінці та тонкій кишці. Вміст заліза стійко збільшився у задній порожнистій вені, у серці та головному мозку спостерігалось підвищення з наступним зниженням показника, в аорті, печінці та тонкій кишці вміст заліза зменшився. Зміни зазначених показників вказують на стійку активацію антиоксидантних та іон-транспортуючих систем у задній порожнистій вені, що вказує на її підвищену резистентність до впливу високих доз адреналіну. Підвищення активності з подальшим виснаженням у тканинах серця та головного мозку, та швидке виснаження компенсаторних систем у аорті, печінці та тонкій кишці, імовірно пов'язано з більшою чутливістю цих органів до високих доз адреналіну.

ЗМІНИ ВМІСТУ МІДІ ТА ЦИНКУ В ТКАНИНАХ СУДИННОЇ СТІНКИ ЗА УМОВ ВПЛИВУ ВИСОКИХ ДОЗ АДРЕНАЛІНУ

Наушко Р.Ф.

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології

У сучасному розумінні патогенезу атеросклерозу та артеріосклерозу Менкеберга велике значення приділяється ушкоджуваному впливові високих доз адреналіну на тканини кровоносних судин. За умов гіперадреналінемії спостерігається гіпоксичне ушкодження клітин судинної стінки, активація реакцій пероксидного окиснення ліпідів, реалізація кальцієвих патогенетичних механізмів ушкодження клітин. Ці процеси супроводжуються змінами мікроелементного складу тканин кровоносних судин. Мідь та цинк як кофактори входять до складу низки ферментів антиоксидантного захисту та енергетичного обміну. Метою даної роботи було вивчення змін вмісту міді та цинку у судинній стінці щурів у динаміці розвитку адреналінових уражень кровоносних судин.

У 25 щурів у складі 5 досліджуваних груп артеріосклероз моделювали шляхом щоденного внутрішньом'язового введення 0,1 % розчину адреналіну гідрохлориду з розрахунку 50 мкг/кг маси тварини протягом 1, 3, 7 та 14 діб. Об'єктами вивчення були печінка, головний мозок, тонка кишка, серце, аорта, задня порожниста вена. У досліджуваних тканинах спектрофотометрично визначали вміст міді та цинку.

На 14 добу експерименту максимальні зміни вмісту міді та цинку спостерігалися у стінці задньої порожнистої вени, аорти та серця, що вказує на збільшення активності іон-транспортуючих та антиоксидантних систем, а також підвищення енергетичного обміну у цих органах за умов адреналінового ураження. Але на відміну від задньої порожнистої вени, де зазначені показники зростали, в аорті та серці спостерігалось поступове зменшення вмісту цих мікроелементів, що, ймовірно, пов'язано з виснаженням та зривом захисно-компенсаторних механізмів.

ВИВЧЕННЯ ГЕНЕТИЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ ДО РІЗНИХ ВИДІВ СПОРТУ

Обухова О.А.

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології

Останнє десятиріччя спостерігається стрімкий розвиток такої науки як спортивна генетика. Даний факт сприяв появі нових високоефективних технологій в галузі молекулярної біології і генетики. Вважають, що індивідуальні розбіжності в розвитку тих чи інших фізичних чи психічних якостей людини в більшості обумовлені ДНК-поліморфізмами, яких нараховується не менш 12 мільйонів.

Щорічно кількість нових виділених генетичних маркерів, пов'язаних зі спортивною діяльністю зростає в геометричній прогресії: 1997 рік – 5 генів, 2000 – 24 гени, 2004 -101 ген. В 2006 році чергова версія карти (The human Gene Map for Performance and Health – Related fitness Phenotypes) містила 187 генетичних маркерів людини, пов'язаних з фізичною активністю, з них виділяють 112 генів (95 ядерних і 17 мітохондріальних), а також 75 локусів кількісних ознак. На даний час, гени, поліморфізми яких пов'язані з розвитком і проявою фізичних якостей людини і продукти яких відповідають за м'язове скорочення, гемодинаміку, енергетичний метаболізм, ріст і функціонування сполучної тканини, а також впливають на газообмінні функції крові. Послідовність одного і того ж гену може мати декілька варіантів. Деякі ж цих поліморфізми пов'язані з проявою витривалості, швидкісно-силових якостей або з розвитком гіпертрофії скелетних м'язів. Існують також гени, що обмежують фізичну діяльність людини. В наслідок такого обмеження в кращому випадку стане припинення зросту спортивних результатів, а в гіршому – виникнення захворювань таких, наприклад, як надмірна гіпертрофія міокарду лівого шлуночка.

Серед генів, асоційованих зі спортивною діяльністю, виділяють гени першочергової (альфа рецептору, активованого проліфераторами пероксисом (PPARA), дельта-рецептору, активованого ПП (PPARD), ангеотензин-перетворюючий фермент (ACE), альфа-актиніну 3 (ACTN3), аденозин-монофосфат-дезамінази (AMPD), коактиватору PPARG тип 1A (PGC1A)) і другорядної значущості (ангеотензиноген (AGT), ангеотензин-II-рецептору 1-го типу (AGT2R1), b2-рецептору брадикініну (b2BKR) і ендотеліальної NO-синтази (eNOS)).

Подальші дослідження в галузі спортивної генетики сприятимуть отриманню розгорнутої картини генетичної схильності людини до виконання швидкісно-силової спортивної праці та визначенню спектру генів, які можуть бути використані в діагностичному комплексі для відбору того чи іншого виду спорту. Використання отриманих даних в практичній роботі тренерів дозволить підвищувати результати в спортивних змаганнях і збереже здоров'я спортсменів.

ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ПЛАЗМІДНИХ ТА ХРОСОМОСНИХ МУТАЦІЙ СТІЙКОСТІ БАКТЕРІЙ ДО АНТИБІОТИКА

Смірнов О.Ю.

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології

Відомо, що стійкість бактерій до антибіотиків може бути зумовлена як плазмідними, так і хромосомними генами. Стійкість, що зумовлена мутаціями в хромосомних генах, звичайно не передається горизонтально (від бактерії до бактерії). Плазмідні, що несуть ген (гени) стійкості до антибіотика (антибіотиків), тобто R-плазмідні, здатні до незалежної ампліфікації й переносу до інших бактерій шляхом кон'югації. Є дані, що плазмідні зумовлюють також стійкість до деяких дезінфектантів. Проблема появи нових штамів, стійких до різних хімічних сполук, особливо утворення мультирезистентних штамів (з множинною лікарською стійкістю), має велике медичне значення й активно досліджується. При цьому часто виникає необхідність виявити природу стійкості та яким геном вона зумовлена – плазмідним чи хромосомним, дослідити роль окремих генів.

У наших експериментах за допомогою нітрозогуанідину були отримані індуковані мутації стійкості до тетрацикліну (Tc) штамів *Escherichia coli*, що несли плазмідну рBRH4, в якій був інактивованій промотор *tet*-гена. На середовищі з концентрацією Tc 5 мкг/мл були відібрані колонії, стійкі до цього антибіотика. Щоб з'ясувати локалізацію мутацій, з них виділяли плазмідну ДНК, трансформували штам *E. coli* C600 і визначали рівень стійкості. Було з'ясовано, що всі мутації відбулися в плазміді й надавали клітинам стійкість до 20–30 мкг/мл Tc, але до 30–40 мкг/мл Tc трансформанти були чутливі. З метою отримання вторинної мутації в плазмідному гені, яка б підвищила рівень стійкості до Tc, штам, що містив плазмідну з вихідною мутацією, висіяли на середовище із 70 мкг/мл Tc. З однієї з колоній, що вирости, виділили плазмідну й перевірили на здатність надавати клітинам стійкість до антибіотика. Було з'ясовано, що плазмідна забезпечувала попередній низький рівень стійкості. Коли ж цей штам вилікували від плазмідні за допомогою антибіотика коамерміцину, виявилось, що, хоча сам він був чутливий до 5 мкг/мл Tc, після трансформації іншими плазмідами рівень його стійкості був значно вищий, ніж у контрольного штаму C600 (наприклад, під час висіву розведеної культури краплями на агар з антибіотиком мутантний штам із плазмідною рBR322 був стійкий до 200 мкг/мл Tc, а контрольний штам з цією плазмідною був стійкий до 150 мкг/мл Tc і чутливий до 200 мкг/мл). Таким чином, був отриманий штам з хромосомною мутацією, яка підсилювала дію плазмідного гена.

Висновки: 1) в експериментах по отриманню в плазмідних генах мутацій стійкості до лікарських препаратів можливе неочікуване отримання хромосомних мутацій стійкості; 2) для диференціації плазмідних мутацій від хромосомних використовується метод трансформації бактерій виділенням препаратом плазмідної ДНК; 3) для диференціації хромосомних мутацій від плазмідних ефективним є використання коамерміцину.

ДИЕЛЕКТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СУСПЕНЗИЙ ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Стенковая Т.А., Горобченко О.А., Гаташ С.В., Николов О.Т., Горшунская М.Ю., Овсянникова Т.Н.

Научный руководитель – доц. С.В. Гаташ

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина,
кафедра биологической и медицинской физики

Целью данной работы являлось исследование диэлектрических свойств суспензий эритроцитов и эритроцитарных мембран больных сахарным диабетом 2 типа до и после лечения. Диэлектрические параметры исследуемых образцов крови больных измеряли методом СВЧ-диэлектрметрии на рабочей частоте 9,2 ГГц при комнатной температуре. Для приготовления образцов суспензий эритроцитов венозную кровь пациентов, стабилизированную гепарином, центрифугировали при 1500 об/мин. Осажденные эритроциты отмывали физиологическим раствором 3 раза. Отмытые эритроциты разбавляли физиологическим раствором в соотношении 1:1 и полученные суспензии использовали в исследовании. Тени эритроцитов получали путем гемолиза эритроцитов 0,015 NaCl в течение получаса с последующим центрифугированием при 4000 об/мин в течение 10 мин. Далее тени отмывали трижды в физиологическом растворе.

Значения статической диэлектрической проницаемости суспензий эритроцитов преимущественно увеличиваются в образцах суспензий эритроцитов после курса лечения. У больных сахарным диабетом, отмечается тенденция к повышению диэлектрической проницаемости мембран. Причиной изменения данного параметра может быть увеличение микровязкости липидов в мембранах эритроцитов вблизи поверхности. Появлению подобных нарушений способствует усиление пероксидации липидов с последующим увеличением количества насыщенных жирных кислот. Подобные изменения могут свидетельствовать о повышении количества свободной воды в мембранах эритроцитов, что может быть следствием дегидратации мембран на фоне сахарного диабета. После лечения наблюдается увеличение количества жестко связанной воды в мембранах эритроцитов, увеличение количества свободной воды и упорядоченность ее структуры, о чем свидетельствует уменьшение частоты релаксации. Выявленные изменения свидетельствует о положительном влиянии исследуемых лекарственных препаратов на состав примембранной воды, что может служить дополнительным критерием оценки адекватности проводимого лечения при соматической патологии.

ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ СФИНГОЗИНА В ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТКАХ КУЛЬТУРЫ НЕР-2 ПРИ АКТИВАЦИИ И БЛОКАДЕ ОПИАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ

Соловьева И.В., Перетяцько Д.С., Курило А.В., Горлов Н.С.

Научный руководитель – проф. И.А. Комаревцева

*Луганский государственный медицинский университет,
кафедра медицинской химии*

Уже несколько десятилетий онкологические заболевания занимают одно из первых мест среди причин смертности населения развитых стран мира, но несмотря на многолетние исследования в этой области возможных способов контроля опухолевого роста так и не найдено. В последние годы исследователи уделяют огромное внимание опиоидной системе как одной из универсальных регуляторных систем организма, которая представлена опиатными рецепторами, опиоидными пептидами и различными ферментами. Кроме того, в регуляции пролиферации клеток организма значительная роль принадлежит сфинголипидам, особенно сфингозину, который в различных условиях способен как стимулировать, так и тормозить клеточное деление. Для исследования нами была взята культура клеток Нер-2, которая предварительно культивировалась в полной питательной среде в течение 5 суток после пересева. В экспериментальных группах культивирование клеток проводилось с добавлением неселективного агониста опиатных рецепторов даларгина, индуктора апоптоза дексаметазона и блокатора опиатных рецепторов налоксона. Клетки с препаратами инкубировались 24 и 48 часов. Контролем служила интактная культура клеток. Определение содержания свободных сфингоидных оснований проводили по методу Прохоровой М.И. в нашей модификации. Полученные результаты свидетельствуют о снижении уровня сфингозина под влиянием агониста опиатных рецепторов даларгина, как на первые, так и на вторые сутки эксперимента. Напротив, блокада опиатных рецепторов налоксоном вызывает стабильное повышение содержания сфингозина в опухолевых клетках культуры Нер-2.

ПОТЕНЦИРОВАНИЕ ПРОПРАНОЛОЛОМ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ФУРОСЕМИДА

Коваль И.А., Заиченко Л.В., студ. 3 курса

Научный руководитель – доц. Р.А. Храмова

СумГУ, кафедра биохимии и фармакологии

Различные антагонисты β -адренорецепторов широко применяются самостоятельно и в комбинации с диуретиками для лечения гипертонической болезни. Выявление у некоторых препаратов этого ряда мочегонного и натрийуретического эффектов позволяет рекомендовать их для потенцирования лечебного действия диуретиков у больных с отечным синдромом при некоторых формах хронической недостаточности кровообращения и других заболеваниях, связанных с активацией симпато-адреналовой и ренин-ангиотензиновой систем. Следует также учитывать, что салуретический эффект диуретиков сопровождается снижением объема циркулирующей крови и дополнительной рефлекторной стимуляцией этих систем, которые ослабляют противоотечное действие этих лекарственных веществ, препятствуя потере натрия из организма. Увеличение канальцевой реабсорбции натрия при этом, по крайней мере частично, связано с возбуждением β -адренорецепторов клеток юкстагломерулярного аппарата, секретирующих ренин, и β -адренорецепторов, локализованных непосредственно в клетках проксимальных канальцев и других отделов нефрона. Вполне вероятно, что антагонисты β -адренорецепторов, устраняя влияние симпато-адреналовой системы на почки, способны усиливать мочегонное и натрийуретическое действие диуретиков. Для проверки этого предположения мы исследовали взаимодействие $\beta_{1,2}$ -адреноблокатора пропранолола с фуросемидом у крыс с моделью задержки натрия в организме, вызванной хроническим сужением нижней полой вены. Спустя 7-8 дней после операции у животных по сравнению с контрольной группой крыс отмечено снижение экскреции с мочой натрия и калия при отсутствии существенных сдвигов в объеме мочеотделения и выделения креатинина. У таких крыс фуросемид (5 мг/кг подкожно) вызывал диуретическую реакцию, которая сопровождалась значительным увеличением натрийуреза и в меньшей степени калийуреза. Экскреция креатинина имела тенденцию к некоторому увеличению. Предварительная инъекция животным пропранолола (1 мг/кг подкожно) потенцировала диуретический и натрийуретический эффекты препарата соответственно на 38,4% и 41,1%. В связи с этим есть основание рекомендовать тотальный β -адреноблокатор пропранолол для потенцирования лечебного эффекта фуросемида у больных с отечным синдромом при заболеваниях, связанных с активацией симпато-адреналовой и ренин-ангиотензиновой систем.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ДНК-КЛІТИН ТА ЇХНЬОЇ РЕПАРАЦІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МЕТОДУ ДНК-КОМЕТ

Чорна І.В.

СумДУ, кафедра біохімії та фармакології

Відомо, що дія на клітини стресових чинників фізичної та хімічної природи викликає одно- та дволанцюгові розриви ДНК. У репарацію цих пошкоджень залучаються різні молекулярні системи. Однотиткові розриви швидко відновлюються, а двониткові репарують повільно або зовсім не репарують, що призводить у кінцевому результаті до загибелі клітин. Адаптаційні зміни, які забезпечують виживання клітин за рахунок тимчасової активації їхніх захисних механізмів, можуть лежати в основі виникнення стабільної резистентності до хіміо- та радіотерапії частини ракових клітин. Тому виникає необхідність більш детального вивчення цих змін. Гель-електрофорез окремих клітин (метод ДНК-комет) є високочутливим методом визначення ниткових розривів ДНК та їхньої репарації. Аналіз електрофоретичної рухливості ДНК поодиноких клітин, поміщених в агарозний гель, дозволяє розрізняти апоптичні

та некротичні клітини. Удосконалення та модифікація методу ДНК-комет дозволили значно підвищити його чутливість та розширити сферу застосування.

Метою роботи було дослідити вплив іонізуючого опромінення на ріст, виживання та репарацію одноланцюгових розривів ДНК у клітинах мієлогенної лейкемії лінії K562.

Виявлено дозозалежне (2, 5, 10 Гр) інгібування росту клітин даної лінії. Застосування методу фарбування клітин барвником трипановим синім для оцінки життєздатності клітин дозволило встановити, що зменшення приросту кількості клітин K562 після опромінення у порівнянні з неопроміненими клітинами зумовлене, головним чином, припиненням їхньої проліферативної активності, а не загибеллю. Даний ефект залежав від часу і його величина зростала зі збільшенням тривалості культивування клітин після припинення дії радіації. За допомогою методу ДНК-комет за умов лужного рН встановлено, що первинний рівень індукованих радіацією пошкоджень ДНК після опромінення клітин K562 дозою 2 Гр становив 219 % від рівня пошкоджень ДНК неопромінених клітин даної лінії та знижувався з часом завдяки репарації ДНК, яка найбільш інтенсивно проходила протягом перших 30 хвилин після опромінення. Слід зазначити також, що залишкові нерепаровані пошкодження (у середньому біля 25%) були виявлені після 180 хв культивування опромінених клітин лінії K562.

Таким чином, метод днк-комет є ефективним для детекції пошкоджень днк, викликаних дією іонізуючої радіації на клітини, а при дослідженні через певні часові інтервали (0, 15, 30, 60, 120, 180 хв) після опромінення дає інформацію про ефективність процесів репарації.

ВПЛИВ ЕКЗОГЕННИХ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН МЕДИЧНОЇ П'ЯВКИ НА ПІГМЕНТОУТВОРЕННЯ САПРОФІТНИХ БАКТЕРІЙ

Фролов О.К., Копійка В.В., Федотов Є.Р., Литвиненко Р.О.

*Запорізький національний університет,
кафедра імунології та біохімії*

Гірудотерапія успішно застосовується у лікувальній та профілактичній практиці завдяки її високій ефективності. Однак мають місце деякі постгірудотерапевтичні ускладнення, наприклад, септичні ураження шкіри. Представляло інтерес вивчити за рахунок яких факторів відбуваються ці ускладнення: бактеріальної флори медичної п'явки чи бактеріальної сапрофітної флори шкіри людини. Для вирішення цієї проблеми взяли пігментують сапрофітні бактерії, синтез пігментів яких є показником їх функціонального стану. Вивчали вплив екзогенних біологічно активних речовин культуральної води при біотехнології медичної п'явки і бакфільтрату *Aeromonas hydrophila* на пігментування культур *Serratia marcescens*, *Azotobacter chroococcum*, *Pseudomonas fluorescens*, *Pseudomonas iodium*. Пригнічення пігментування у бактеріальних культурах відбувалося вже при концентрації дослідних рідин 1%, коли показник дорівнював 0,5-1,5 бали при 4 балах у контролі (без екзогенних біологічно активних речовин медичної п'явки). При підвищенні концентрації культуральної води та бакфільтрату пригнічення пігментування баккультур посилювалось, а при 20% концентрації доходило до залишків або було відсутнім. За результатами статистичної обробки даних зв'язок між показниками відсотків розведення екзогенних біологічно активних речовин медичної п'явки та інтенсивністю пігментування мікроорганізмів виявився високим (- 0,72 та - 0,87). Таким чином, зважаючи на високу бактеріостатичну дію екзогенних біологічно активних речовин медичної п'явки, її екзо- та ендосимбіоти не можуть бути джерелом бактеріологічних ускладнень при гірудотерапії. Останні є наслідком вторинного інфікування постп'явочної ранки сапрофітами шкіри при порушенні догляду за ранками.

МІКРОТВЕРДІСТЬ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ЩУРІВ ЗА УМОВ ГІПЕРВІТАМІНОЗУ D

Хижня Я.В.

Науковий керівник – проф. О.В. Атаман

СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології

Розвиток гіпервітамінозу D супроводжується загальною інтоксикацією організму з порушенням білкового, вуглеводного, ліпідного та мінерального обмінів. Під впливом високих доз ергокальциферолу відбувається мобілізація кальцію із кісток і зростання майже в 10 разів його всмоктування у кишечнику. Це призводить до активного відкладання кальцію у м'яких тканинах, в тому числі у серці, судинах, нирках, хрящах, на тлі небезпечної втрати мінерального матриксу кістки. Розвиток змін, що виникають, пов'язаний з цілою низкою процесів, серед яких активація кальцієвих механізмів ушкодження, інтенсифікація перекисного окиснення ліпідів, пригнічення енергетичного обміну. Провідне значення у морфофункціональних змінах кісткової тканини належить дисбалансу в обміні кальцію, що перш за все виявляється порушенням її мікротвердості.

Метою дослідження було визначення біомеханічних параметрів стегнової кістки та вмісту в ній кальцію у щурів. Дослідження виконано на 20 самицях віком 3-4 місяці масою від 100 до 150 г. Тварин утримували в стандартних умовах віварію. Досліди здійснювали відповідно до "Правил проведення робіт з експериментальними тваринами". Тварин було поділено на дві групи: інтактні щури та дослідні, яким протягом 7 днів щодоби вводили вітамін D, у вигляді 0,125% -ного олійного розчину ергокальциферолу у шлунок через зонд з розрахунку

300000 МО/кг. На 7 добу тварин забивали шляхом швидкої декапітації. Об'єктом вивчення була стегнова кістка. Стегнові кістки ретельно відсепаровували від прилеглої м'язової та сполучної тканини. Механічні властивості кісткової тканини вивчали за допомогою вимірювання мікротвердості стегнової кістки на приладі ПМТ-3 при постійному навантаженні 100 г та часі підведення й навантаження індексорм 5 с. Отриманий матеріал опрацьовано статистично з використанням параметричних (критерію t-Ст'юдента) та непараметричних методів (критерію Вілкоксона-Манна-Вітні). При дослідженні було виявлено зменшення мікротвердості стегнової кістки в 2 рази у

тварин дослідної групи в порівнянні з інтактними ($76,57 \pm 2,45$ кгс/мм² проти $154,83 \pm 0,68$ кгс/мм², $p < 0,001$). Вміст кальцію у дослідній групі зменшився на 19 % - $360,53 \pm 12,3$ мг/0,1г реч. проти $444,31 \pm 3,74$ мг/0,1 г реч. в контрольній групі тварин.

Таким чином, зменшення вмісту кальцію у стегновій кістці за умов D-вітамінної інтоксикації, пов'язане зі стимуляцією резорбції, супроводжується зменшенням мікротвердості та сили деформації кістки і, поряд з іншими ознаками, може свідчити про розвиток остеопорозу.

ДОБОВІ КОЛИВАННЯ РІВНЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ У СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ

*Янчик Г.В., Зудіна Т.О., Мірошніченко Г.І., студ. 2-го курсу
СумДУ, кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології*

Циркадіанний ритм функцій в організмі людини є біологічно доцільним процесом. Завдяки йому людина може напружено працювати під час оптимального стану функцій і раціонально використовувати періоди низького рівня функцій для відновлення сил. Показники циркадіанного ритму є надійним орієнтиром оцінки стану здоров'я та індикатором несприятливих впливів зовнішнього середовища.

Метою даного дослідження було вивчення добових коливань показників функціонального стану організму у студентів 2 курсу медичного інституту і встановлення у них типу працездатності. Обстежено 67 студентів, в тому числі 18 чоловіків і 49 жінок. Для роботи було використано спеціальний тест Остберга в модифікації Степанової С.І. Добові коливання рівня працездатності та їх характер дозволили виділити 3 групи студентів: ранковий тип працездатності - жайворонки (13 осіб), денний тип – голуби (12 осіб), вечірній тип – сови (42 особи). Жайворонки намагаються виконувати найбільш відповідальну роботу в проміжок часу з 6 до 10 год. ранку, але до кінця дня швидко втомлюються. Голуби спроможні зберігати високу працездатність з 12 до 16 годин. Сови пізно прокидаються, відповідальну роботу виконують залюбки в другу половину дня або в вечірній час з 20 до 24 годин і пізніше. У кожній групі вивчався розмах добових коливань температури тіла, частоти пульсу, кров'яного тиску, тривалості бодрого стану та визначався пік працездатності. Отримано ландшафтні криві працездатності, характерні для кожної з груп. Встановлено найбільший розмах добових коливань цих показників в групі голубів. Найменший розмах аналогічних показників мав місце в групі сов, де М-подібна крива працездатності мала два піки активності і найбільшу тривалість бодрого стану. Аналіз отриманих результатів показав, що серед показників функціонального стану організму найменші добові коливання має температура тіла в усіх досліджуваних групах.

Для підтримки більшої тривалості активного стану і високої якості виконуваної роботи розроблено відповідні рекомендації для кожної з досліджуваних груп студентів і зроблено відповідні висновки.

СЕРЕДНЯ ПЛОЩА ЗРІЗУ ГОЛОВНИХ КЛІТИН ФУНДАЛЬНИХ ЗАЛОЗ ЗА УМОВ ДІЇ ІНОЗИНУ

*Лежньова Т.В.
Науковий керівник - проф. С.М. Смірнов
Луганський державний медичний університет, кафедра медичної біології*

Вивчали вплив інозину на середню площу зрізу головних клітин фундальних залоз шлунка шурів.

Матеріали та методи. Дослідження проводились на 72 білих безпородних статевозрілих самцях щурах, котрі були розділені на дві групи. Перша група – група порівняння (контроль). Друга група була представлена тваринами, котрі щоденно отримували інозин з їжею. На 1, 7, 15, 30 та 60 добу після закінчення вживання інозину по шість тварин кожної групи виводили з експерименту.

Результати. Середня площа зрізу головних клітин фундальних залоз шлунка шурів на першу добу після закінчення вживання інозину склала $64,32 \pm 0,67$ мкм². У порівнянні з контрольною групою, де середня площа зрізу була $66,58 \pm 1,60$ мкм². На сьому добу після закінчення введення інозиту середня площа зрізу головних клітин склала $64,71 \pm 2,75$ мкм², у контрольній групі цей показник дорівнював $64,25 \pm 3,26$ мкм². П'ятнадцята доба характеризувалась наступними показниками середньої площі зрізу головних клітин $63,01 \pm 2,54$ мкм², та у контрольній групі $64,65 \pm 7,48$ мкм². На тридцять добу та на шістдесят добу площа зрізу головних клітин фундального відділу шлунка шурів склала відповідно $64,08 \pm 2,37$ мкм² та $64,19 \pm 1,06$ мкм², що відповідало показникам у контрольній групі $65,55 \pm 2,98$ мкм² та $62,87 \pm 1,24$ мкм². Ці зміни не є достовірними та статистично вірогідними ($p \geq 0,05$).

Висновки. Встановлено, що введення інозину не впливає на середню площу зрізу головних клітин фундального відділу шлунка шурів.

СЕКЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН ТА ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ

О ФОТОГРАФИИ АНТОНА ПАВЛОВИЧА ЧЕХОВА 1883 ГОДА (К 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПИСАТЕЛЯ)

*Васильев К.К.
СумГУ, кафедра гігієни і екології, соціальної медицини і організації здравоохранения*

В 1879 г. окончив Таганрогскую мужскую гимназию, Антон Чехов едет в Москву. Ему девятнадцать лет и он решил поступать на медфак Московского университета (МУ). В стенах МУ он будет учиться с 1879 по 1884 г., то есть пять лет, так как тогдашний курс обучения составлял не шесть лет, как теперь, а пять; 5 курсов или 10 семестров, то есть каждый курс состоял из двух семестров – осеннего и весеннего. Сохранилась фотография студента Чехова 1883 г.

В этом году он прошел 8-ой и 9-ый семестры. В ту эпоху студенты вузов России не носили формы. На фотографии мы видим Чехова в сюртуке. Внимательно рассматривая фотографию, мы обращаем внимание на то, что из нагрудного кармана сюртука выглядывает какой-то предмет. Чем это может быть? В сообщении приводятся фотографии медиков того времени и обосновывается мнение, что в карман чеховского сюртука засунут перкуссионный молоточек, а значит из кармана выглядывает ручка этого молоточка. Посредственная (опосредованная) перкуссия была предложена французом П.-А. Пьорри в 1826 г. Во второй половине XIX в. перкуссия широко использовалась врачами и в России. «Анна Каренина» Л. Толстого (действие романа происходит в 1870-х годах, то есть в то время, когда А.Чехов учился в гимназии): «После внимательного осмотра и **постукивания** растерянной и ошеломленной от стыда больной (юной княжны Кити Щербацкой – К.В.) знаменитый доктор, старательно вымыв руки, стоял в гостиной и говорил с князем»; «<...> доктор очень внимательно расспросил Алексея Александровича (А.А. Каренина – К.В.) про его состояние, прослушал его грудь, **постучал** и пощупал печень». (Выделено нами). Студенты медики на первых двух курсах на теоретических кафедрах, а с осеннего семестра третьего курса, то есть с 5 семестра, начинали обучение на клинических кафедрах, в клиниках. П. И. Мессарошем: «Я помню также, как, будучи на 3-м курсе университета, я впервые вошел в здание клиник (еще на Рождественке) и чувствовал себя совсем новичком, а Антон Павлович был уже на 4-м курсе, т. е. уже второй год посещал клиники...». Питомец Новороссийского ун-та доктор Ш.И. Зайденберг вспоминал: «Университет ожил, студенты съехались и готовятся к учебному году. Мы студенты V семестра особенно рады. Успели за лето отдохнуть после сдачи полукурсовых (полукурсовые экзамены – это экзамены по дисциплинам первого и второго курсов – К.В.); <...> теоретические дисциплины сданы, и теперь нам предстоит впервые познакомиться с “больным” – этим дорогим и близким нам “сфинксом”, о котором мы долго мечтали. Первая клиника – это диагностическая (более точно: кафедра врачебной диагностики с пропедевтической клиникой – К.В.). <...> Каждый из нас вооружившись стетоскопом, плессиметром и молоточком (перкуссионным молоточком – К.В.) гордо мнил из себя “врача”». Итак, каждый студент медик, в осеннем семестре 3-го курса должен был иметь «стетоскоп, плессиметр и молоточек», а на третьем курсе Чехов учился в 1881/82 учебном году, а это значит, что в 1883 г., у него уже был перкуссионный молоточек.

ИЗ БИОГРАФИИ ПРОФЕССОРА-НЕВРОПАТОЛОГА ГРИГОРИЯ ИВАНОВИЧА РОССОЛИМО (1860-1928)

Васильев К.К.

СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения

Греки издавна, еще с античных времен жили в северном Причерноморье. Но Россолимо, точнее Россолимос, так как надо считать, что Россолимо – это русифицированный вариант греческой фамилии Россолимос, по семейному преданию, будучи молодым человеком, отправился в плаванье из Кефалинии, потерпел кораблекрушение и был выброшен на берег вблизи Одессы, где и остался навсегда. Так ли было дело мы не знаем, но его внук проф. Г.И. Россолимо в автобиографии отметил: «Предки по отцу жили на острове Итаке еще задолго до крестовых походов.»

В 1821 г. у этого Россолимо Григория Богдановича (или Бенедиктовича) от его супруги Марии Дмитриевны, урожд. Морайти (или Морант; 1807-1874) родился сын, которому при святом крещении было дано имя Иоанн. Иоанн же Россолимо женился на Христине Исаевне Перваноглу (1836-1908), уроженке Триестра. В семье одесситов Иоанна и Христины Россолимо 5/17.12.1860 г. родился и через два дня был крещен в Одесской Греческой Свято-Троицкой церкви будущий известный ученый-невропатолог Григорий Россолимо. Восприемниками новорожденного были одесской 1-й гильдии купец Георгий Эммануилович Вицино и вдова, одесская купчиха Елена Димитриевна Горбатенко.

Григорий среднее образование получил в родном городе. В июне 1879 г. ему вручили аттестат зрелости, в котором было записано: «Дан сей Россолимо Григорию, сыну потомственного почетного гражданина, вероисповедания православного, родившегося 5 декабря 1860 года, обучавшегося в Одесской 1-й прогимназии два года, а в Ришельевской пять лет и пробывшему в восьмом классе один год, в том <...> он обнаружил нижеследующие познания <...> по Закону Божию 4, 5; русскому языку 3, 3; латинскому языку 3, 3; греческому языку 3, 4; математике 3, 4; физике и математической географии 4; истории 3, 3; географии 4, 3; немецкому языку 4». (Вторая оценка, если она приведена, получена на испытаниях письменных и устных, происходящих 15, 16, 17, 18, 19, 25, 28, 31 мая, 4 и 8 июня).

В августе Россолимо стал студентом Московского университета и через пять лет - 2 июня 1884 г. - был утвержден в степени лекаря. Все пять лет он был сокурсником А.П. Чеховым, о котором оставил интересные воспоминания.

К БИОГРАФИИ ДОКТОРА ИСААКА НАУМОВИЧА АЛЬТШУЛЛЕРА (1870-1943) (ПО АРХИВНЫМ ДАННЫМ)

Васильев К.К.

СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения

И.Н. Альтшуллер - ялтинский врач, лечил А.П. Чехова и Л.Н. Толстого, и оставивший о них воспоминания. В 1920 г. из Ялты эмигрировал в Константинополь, откуда перебрался Берлин, затем в Праге (с 1932 г.), а с 1938 г. в США, где в Нью-Йорке скончался.

В Центральном историческом архиве Москвы хранится его студенческое дело (Ф. 418. – Оп. 303. – Д. 17. – ЛЛ. 1-36) из которого следует, что Исаак (или Ицка, еще один вариант написания имени – Ицгок) Наумович (Нотович) Альтшуллер (второй вариант написания фамилии – Альтшулер), иудейской веры, сын мещанина, родился 10/22 мая

1870 г. в Ливнах Орловской губернии (ныне в Орловской обл.). Имеется отметка рижского раввина следующего содержания: имя «Ицка» тождественно с библейским именем «Исаак». Его отец Нотки Ицков Альтшулер числился рижским мещанином (1889 г.).

Первоначально обучался дома, а затем 8 лет в Рижской Александровской гимназии (изучал латинский, греческий, французский и немецкие языки), которую окончил с золотой медалью в 1889 г. Тогда же поступил на естественное отделение физико-математического факультета Московского университета, а в июле 1890 г. со второго курса перевелся на медицинский факультет с зачислением на третий семестр. В 1894 г. окончил медфак.

2/14.08.1892 г., еще будучи студентом, в Москве вступил в первый законный брак по обряду еврейской религии с разведенною московскою мещанкой Марией Абрамовной Масс. В деле имеется удостоверение следующего содержания: «Сим свидетельствую, что дочь моя Мария вступает в брак со студентом Исааком Альтшуллером с моего родительского согласия. Московский мещанин Абрам Лейбович Масс. Москва, 29 июля 1892 г.». Также приложено такого же содержания удостоверение от «рижского мещанина» Н.И. Альтшулера от 7/9.09.1892 г., «проживающего в настоящее время в Нью-Йорке США по заграничному паспорту выданному из канцелярии Лифляндской губ. 25 мая 1891 г.».

ВОЕННЫЙ ВРАЧ ИВАН ИВАНОВИЧ КРАШЕНИННИКОВ (1869-1940) (К ИСТОРИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОЛИТИЧЕСКОЙ ЭМИГРАЦИИ)

Васильев К.К.

СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения

И.И. Крашенинников родился 8/20.11.1869 г. в Уфе в православной семье чиновника, потомственного дворянина Ивана Евтифиевича женатого вторым браком на Олимпиаде Михайловне. Отец: из обер-офицерских детей, окончил полный курс Пермского уездного училища, в 1840 г. вступил в службу в Пермский приказ общественного призрения, был челябинским уездным исправником, дослужился до коллежского советника, скончался 15.07.1883 г. в возрасте 56 лет. И.И. Крашенинников обучался три года в Челябинском духовном училище, а затем шесть лет в Пермской гимназии. Аттестат зрелости получил в 1891 г. и в этом же году поступил в Петербургскую военно-медицинскую академию (ПВМА), которую окончил в 1896 г. (Российский государственный военно-исторический архив. – Ф. 316. – Оп. 65. – Д. 868. – 30 л.). Служил военным врачом в трех военных округах – Кавказском, Финляндском и Варшавском. В годы первой мировой войны начальник врачебно-гигиенического отдела Управления начальника санитарной части армий Западного фронта. Участник Белого движения. Из Севастополя с армией покинул пределы родины. В 1920 г. старший врач лагеря русских беженцев «Селимие» в Гайдар-Паша на азиатском берегу Босфора и там же заведующий амбулаторией. Затем поселился в Праге, где работал в амбулатории Российского общества Красного Креста (старая организация). С 1923 г. член Общества русских врачей в Чехословакии (ОРВвЧС), был казначеем этого общества. С 1923 г. член президиума Комитета по борьбе с туберкулезом при ОРВвЧС. В 1934 г. молодые российские врачи создали свое общество – «Союз русских врачей – граждан Чехословацкой республики». В 1936 г. в почетные члены этого Союза был избран Крашенинников. Союз издавал журнал «Русский врач в Чехословакии» (РВвЧС), на страницах которого Крашенинников поместил небольшую заметку (1937, № 12) – отклик на опубликованные воспоминания питомца ПВМА А. Дуката. В ней он рассказал о гистологе проф. Ф.Н. Заварькине (1835-1905). 7.05.1938 г. на собрании организованном правлением Союза Иван Иванович выступил с докладом «О русском военном враче», после которого «в интимной и дружеской обстановке присутствующие коллеги живо поделились своими сведениями и воспоминаниями о ПВМА и о службе русского военного врача в мирное и военное время. Доктор безвременно лишился сына умершего на родине и второго сына – художника Валентина (31.12.1903/13.01.1904, Финляндия – 13.05.1939, Прага), который в Москве посещал художественную школу, окончил русскую гимназию в Моравска-Тршебова (Чехословакия) и Пражскую академию художеств. Сам же Крашенинников скончался от рака легких в Праге 6.10.1940 г. и был похоронен на 18 участке Ольшанского кладбища рядом с сыном (могила 416). Из некролога: «Иван Иванович глубоко впитал в себя величие Императорской России, благородные традиции ее армии и до последних дней оставался верным сыном своей родины». И далее: «В нашей пражской русской врачебной жизни Иван Иванович благородно исполнял свою задачу – быть связующим звеном между поколениями российских врачей и врачей, окончивших заграничные школы, и надеющихся послужить Родине».

ВИДАТНИЙ ВІТЧИЗНЯНИЙ ЛЕПРОЛОГ Г. М. МІНХ

Руда С.П.

Центр досліджень науково-технічного потенціалу й історії науки ім. Г. М. Доброва НАН України

Проказа або лепра – одне з найдавніших інфекційних захворювань людини. У XI-XIII ст. вона набула поширення в Європі, але завдяки застосуванню ізоляції хворих у XVI ст. майже припинилась. Проте у другій половині XIX ст. знову з'явилися повідомлення про випадки захворювання на проказу у деяких регіонах земної кулі.

До вивчення епідеміології цієї небезпечної хвороби звернулися вчені різних країн, і серед них професор Київського університету Григорій Миколайович Мінх. У 1879 р., досліджуючи епідемію чуми у Ветлянці, він зустрівся з випадками захворювання на проказу і вирішив знову приїхати до Астраханської губернії з метою більш детально дослідити цю маловивчену на той час хворобу. Проте для більш повного з'ясування питань, пов'язаних з її етіологією, йому знадобилося побувати і в інших місцях: у Кубанській, Терській та Херсонській губерніях, у Криму, в Єгипті та Палестині. Результати трьохрічних експедицій по вивченню прокази (здійснених частково за власні кошти) Г. М. Мінх виклав на VII Російському з'їзді природознавців і лікарів, що відбувався в Одесі у 1883 р., а у більш

широкому обсязі – у праці “Проказа (lepra album) на юге России” (1884-1887), присвяченій 50-річчю Київського університету.

В своїх виступах та працях професор Мінх гаряче обстоював заразливість прокази, що мало принципове значення: адже в такому разі ця хвороба була здатна припинитися за умови застосування необхідних санітарно-гігієнічних заходів. Проте у своїх поїздках він переконався в антисанітарних умовах життя населення обстежуваних регіонів, в результаті чого зараза продовжувала поширюватись. Тому як єдиний дійовий захід у боротьбі з нею вчений рекомендував відділення хворих від здорових. “Я вважаю, – писав він, – не тільки корисним, але й необхідним, щоб медична адміністрація визнала проказу хворобою заразною, а відокремлення хворих – обов’язковим” (1888).

Одним з найвідоміших опонентів Г. М. Мінха у питанні контагіозності прокази виступав А. Г. Полотебнов (1838-1907), один з основоположників наукової дерматології, професор Санкт-Петербурзької військово-медичної академії, який вважав це захворювання спадковим. Його авторитет у значній мірі впливав на погляди багатьох російських лікарів, і Г. М. Мінх повинен був захищати свої висновки.

У 1890 р. Г. М. Мінх видав монографію “Проказа и песь”, в якій на основі історичних, епідеміологічних та клінічних даних остаточно підтвердив безсумнівність положення щодо заразливості прокази і необхідності ізоляції хворих і підкреслив, що ініціатива постановки цього питання перед державними структурами повинна належати медикам.

ВІДОМИЙ ГІГІЄНИСТ ТА ГРОМАДСЬКИЙ ДІЯЧ І. П. СКВОРЦОВ

Гамалія К.М.

Кафедра мистецтвознавства та етнічної культури Мистецького інституту художнього моделювання та дизайну ім. Сальвадора Далі

Іринарх Поліхронійович Скворцов народився 7 серпня 1847 р. у селі Ромашкіно Бузулукського повіту Самарської губернії, в родині сільського священика. У 1871 р. він закінчив медичний факультет Казанського університету і почав працювати земським лікарем, а у 1872 р. був обраний стипендіатом Казанського університету для підготовки до професорського звання. Захистивши у 1874 р. докторську дисертацію, виконану у Петербурзькій медико-хірургічній академії під керівництвом О. П. Доброславіна, у 1875 р. І. П. Скворцов став доцентом кафедри гігієни Казанського університету. У 1882-1885 рр. він завідував кафедрою гігієни Варшавського, а у 1885-1886 рр. – Харківського університетів. З 1906 по 1917 рр. працював приват-доцентом кафедри загальної гігієни та санітарної поліції Київського університету і водночас керував санітарним відділом земської управи Київської губернії. Помер він у 1921 р., на 74-му році життя.

І. П. Скворцов – автор більше ніж 150 праць, загальна спрямованість яких – вивчення впливу фізико-хімічних та біологічних факторів на здоров’я людини, висвітлення змісту і завдань гігієни та санітарної справи. Йому належить низка підручників з загальної, практичної та військово-польової гігієни. В означених працях вчений виклав своє розуміння гігієни як науки, нерозривно пов’язаної з основними фізико-хімічними та біологічними процесами життя природи, а також розроблену ним на цій основі динамічну теорію сутності життя як цілісної єдності людини і довкілля. З цієї точки зору він розглядав гігієнологію як науку, що досліджує природне середовище, і гігієну, предметом вивчення якої є штучне середовище, створене людиною. В такому сенсі гігієнологія вивчає природні умови здорового існування, а гігієна – штучні обставини, побут людини, і дає рекомендації з її оздоровлення. І. П. Скворцов закликав до комплексного вивчення людини і довкілля у їх взаємодії: тільки такий підхід, на його думку, дозволить всебічно розглянути всі явища, в яких виявляється ця залежність. У 1884 р. І. П. Скворцов виступив у пресі з проектом реформи медичної освіти в Росії, в якому пропонував наступне: 1) на університетських факультетах впродовж 4-х років дається загальна медична освіта, завдання якої – визначення умов здорового життя і засобів запобігання (гігієна) та лікування (власне медицина) хвороб як окремих осіб (терапія), так і в масах (санітарія); 2) наступні два роки студенти проходять спеціалізацію з судової медицини, гігієни та лікувальної медицини; 3) клінічна підготовка проводиться у крупних периферійних лікарнях, зв’язаних з факультетом. Великого значення надавав професор Скворцов виданню керівництв з питань гігієни для народу. Розповсюдження у популярному вигляді гігієнічних істин у зв’язку з екологічними він вважав дуже важливою ланкою у справі покращання народного здоров’я.

ОСНОВАТЕЛЬ КРИМИНАЛИСТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ НИКОЛАЙ СЕРГЕЕВИЧ БОКАРИУС (1869-1931)

Огнев В.А., Трезуб П.О.

*Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра социальной медицины, организации и экономики здравоохранения*

Судебная медицина как наука была востребована на протяжении многих лет своего существования и немаловажное влияние на ее развитие оказал выдающийся основатель криминалистического направления в судебной медицине Николай Сергеевич Бокариус. Николай Сергеевич родился 31 марта 1869 г. в Одессе в семье преподавателя и воспитателя Ришельевской гимназии, учился преимущественно на отлично и по ее окончании поступил на медицинский факультет Императорского Харьковского университета. После показанных им блестящих знаний по окончанию университета Н.С. Бокариуса избрали сверхштатным ординатором факультетской хирургической клиники (зав. проф. В.Ф. Грубе), где занимался патолого-гистологическими исследованиями. Это настолько увлекло его, что он больше не представлял себе жизнь без любимого занятия. Его желание и целеустремленность не могли остаться незамеченными - в 1897 г., Николаю Сергеевичу предлагают перейти на кафедру судебной медицины, на должность помощника проректора. И с этого времени и до конца своих дней он на протяжении 34 лет работает на этой кафедре.

Не забывая о науке, в 1902 г., была успешно защищена при Московском университете докторская диссертация на тему «Кристаллы Флоранса, их химическая природа и судебно-медицинское значение». В 34 года Николай Сергеевич получает должность приват-доцента, а в 41 - профессора, став заведующим кафедрой - кафедрой судебной медицины. Но он понимал, что изучить его любимый предмет, пользуясь только конспектами и книгой, у студентов не получится, если они не будут видеть, как происходит само вскрытие. И как целеустремленный ответственный человек с 1902 г. принял безвозмездно заведование городским трупным покоем и продолжал заведовать им в течение 19 лет. Это дало возможность использовать трупный материал в учебном процессе. Занимаясь исследовательской деятельностью, он в 1910 году выпускает в свет свое первое оригинальное руководство "Судебно-медицинские микроскопические и микрохимические исследования вещественных доказательств", пользовавшееся заслуженным успехом среди специалистов, не потерявшее значение и в наши дни, участвовал в составлении народной энциклопедии, являлся организатором и редактором журналов "Архив криминологии и судебной медицины" и "Вопросы криминалистики и научно-судебной экспертизы". В 1911 году издал за свой счет „Краткий курс судебной медицины" для студентов, а в 1915 появился капитальный труд Николая Сергеевича – «Судебная медицина в изложении для юристов». С 1923 года начался следующий этап жизни – назначение на должность главного государственного судебного медицинского эксперта УССР. В этом же году при его непосредственном участии был создан кабинет научно-судебной экспертизы, который через 2 года преобразовали в научно-исследовательский институт и до конца своих дней оставался бессменным директором. После кончины Николая Сергеевича институту было присвоено его имя. И сейчас ни одно криминальное дело не обходится без участия специалистов, работающих в данном учреждении. Таким образом, Николай Сергеевич Бокариус оставил после себя огромное наследие для последующих поколений, а его девиз «Внимание каждому пустяку» навсегда останется напутствием для многих поколений его учеников.

ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ НАУЧНЫХ ЗНАНИЙ ПО ГИГИЕНЕ ЗРЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПЕЧАТИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX в.

Емельянова Н.А.

ФГУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца»

В России в конце XIX в. издано большое количество научно-популярных офтальмологических книг, посвященных гигиене зрения. В брошюре доктора М. Рейха «Как предохранять и лечить глаза детей преимущественно от гнойного воспаления» (Тифлис, 1879; 1200 экз.) разъяснились основные причины заболеваний глаз у детей, профилактические меры и лечение. Книга рекомендовалась «образованным людям вообще, родителям, повивальным бабкам, фельдшерам». Цель книги автор сформулировал так: «Если благодаря этой брошюрке не ослепнут хотя только 10 детей, все заботы по написанию и расходы по изданию её окупятся вполне». Своевременность и успех книги объяснялся её многократным переизданием. М. Рейхом издана и книга «О выражении глаз» (СПб., 1898). В ней в увлекательной форме объяснялись основные физиологические явления зрения (свечение глаза, расширение и сужение зрачка), связь темперамента с выражением глаз. В Одессе в 1879 г. вышла книга доктора Г.Х. Шмида «Глаз. Общепонятное описание глаза и его деятельности в здоровом и больном состоянии». Книга знакомила читателей с анатомией глаза, основными болезнями, гигиеническими требованиями к школьным помещениям и др. В приложениях дан чертеж Одесской городской глазной лечебницы. В 1887 г. в Полтаве издана переводная книга Германа Коона «Гигиена глаз в школах». Автор, известный немецкий профессор, придавал большое значение роли школьных учителей в профилактике детской близорукости. Он рекомендовал вывешивать в каждом классе таблицы для исследования остроты зрения, следить за освещенностью школьных помещений. Важные сведения об очках находим в книге доктора Л. Симонова «Гигиена зрения и выбор очков» (СПб., 1890). Отечественный офтальмолог Н. Зак издал книгу «Внешние качества наших школьных учебников с точки зрения гигиены зрения» (М., 1892). Автор предлагал проверять качества школьных учебников – величину букв, расстояние между ними и строчками, цвет и яркость бумаги, ее плотность. Он считал «некачественные» учебники одной из причин развития школьной близорукости, предлагал изымать их из обращения, проводить профилактические меры в борьбе с близорукостью. Научно-популярная книга Р. Каца «Уход в семье за глазами детей» (СПб., 1895), содержала ряд полезных сведений для родителей: объяснялась анатомия глаза, основные заболевания и травмы глаз у детей, полезные советы по гигиене зрения и предупреждению близорукости. С.С. Головиным издана научно-популярная брошюра «Берегите глаза!» (Кутаис, 1892). В подзаголовке написано «Наставление к сбережению зрения и уходу за глазами». Брошюра издана редакцией журнала «Пастырь». Проф. Головин в дальнейшем продолжил исследования проблемы слепоты в России. Важным источником распространения гигиенических сведений являлись научные медицинские журналы. Основанный в 1884 г. журнал «Вестник офтальмологии» регулярно публиковал материалы по гигиене зрения. Особое место на его страницах отводилось социально значимым темам: каким путем достигнуть того, чтобы простой народ пользовался специальной врачебной помощью и уменьшить громадное количество слепых в России. В условиях недостатка подготовленных кадров врачей-окулистов в конце XIX в. российская офтальмологическая печать имела важное значение в распространении офтальмологических сведений по гигиене зрения.

О МУЗЕЯХ – КАБИНЕТАХ РОССИЙСКИХ ХИРУРГОВ

Кузыбаева М.П.

НИИ истории медицины РАМН, Москва, Россия

Уникальность музея–кабинета состоит на наш взгляд в том, что он позволяет с большой степенью достоверности представить современному человеку в какой обстановке жили и творили лучшие представители врачебной интеллигенции России в досоветское и советское время. Кабинет-музей по изучению жизни и деятельности Н.И. Пирогова (дир. – А.Б. Серебренников, научный руководитель – проф. А.М. Геселевич), открыт в 1954 г. при Институте хирургии им. А.В. Вишневского в Москве. Его создатели сосредоточили свои научные интересы только на деятельности знаменитого хирурга. Им были интересны любые свидетельства, так или иначе, связанные с его жизнью. Результатом работы сотрудников кабинета стала самая обширная за всю историю медицинской литературы библиография трудов о Н.И. Пирогове и небольшая экспозиция исторического характера, опирающаяся частично на подлинные материалы. Музей–кабинет Владимира Андреевича Опделя в Военно-медицинской академии (ВМА). Он был подарен дочерью ученого – В.В. Оппель, сумевшей сохранить кабинет отца в полной неприкосновенности даже в суровые годы блокады Ленинграда. Начальник ВМА в тот период генерал-лейтенант медицинской службы, проф. Н.Г. Иванов нашел возможность воссоздать в стенах своего учреждения точную копию кабинета В.А. Опделя. Он выделил для экспонирования равноценную площадь в 60 кв.м. Хранителем этого уникального музея–кабинета был назначен подполковник медицинской службы Л.Н. Фелицын. Особо следует отметить мемориальные кабинеты-музеи в экспозиции НИЦ «Медицинский музей» РАМН (1994-1998 гг.) о жизни и деятельности хирургов-академиков: С.С. Юдина и Б.В. Петровского, А.В. Вишневского. Концепцию историко-мемориального кабинета ученого, разработанную научными сотрудниками, художниками и дизайнерами Центра необходимо признать наиболее удачной среди существующих в настоящее время. Она получила дальнейшее развитие в музеях истории Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова и КГМУ, где как самостоятельное целое или как фрагмент основной экспозиции представляется публике среда кабинета ученого. В 2008 г. в Российском научном центре хирургии им. Б.В. Петровского, в связи с 100-летием со дня рождения основателя этого Центра акад. Петровского, был торжественно открыт малый конференц-зал, которому присвоено имя юбиляра. В нём воссоздан уголок кабинета ученого с его рабочим столом и предметным окружением, выставленными на небольшом подиуме, с помощью которого авторы обособили мемориальную часть от остального пространства зала. Там же создана музейная экспозиция из материалов музея истории Центра, посвященная акад. Петровскому. Нужды клинического учреждения, острая нехватка помещений, побудили создателей такого конференц-зала отказаться от сохранения в первоначальном виде рабочего кабинета почетного директора и основателя Центра Б.В. Петровского. Он был трансформирован и расширен. Сообразно новым задачам и целям использования помещения его наполнили современной мебелью, большими во всю высоту стен витринами с подсветкой и сформировали иную среду, адекватную новой функции. Такой подход к пониманию мемориального кабинета, включенного в коммуникативные процессы современности, стал новым этапом в развитии одной из старейших форм медицинского музея России.

РАЗВИТИЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КРЫМУ: 1866-1917 ГОДАХ

Кондратюк Г.И.

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.В. Иванова

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь,
кафедра отоларингологии и офтальмологии*

Поражение в Крымской войне (1853-1856гг.) положило начало реформам императора Александра II. Реформированию подверглась и медицинская сфера. В 1866 году создаются органы местного самоуправления – земства, осуществлявшие управление и финансирование медицинских учреждений. Так, в Симферополе губернская больница стала подчиняться земской управе, а основанная в 1868 году Евпаторийская уездная земская больница - уездной земской управе. Имеются отчеты о принятых больных с глазной патологией в этих больницах с 1873 года.

Земская медицина, помимо оказания офтальмологической помощи, вела статистическую работу. Так, в 1914 году было зафиксировано наличие 1702 слепых в губернии. На 100 тысяч жителей приходилось 117 слепых, что меньше общероссийского показателя составлявшего 150 человек.

В конце XIX века в структуре Таврической Губернской земской больницы начала действовать специализированная глазная амбулатория. Заведовал амбулаторией врач Н. Янчевский. С каждым годом возрастали объемы оказываемой в ней помощи. В 1905 году было пролечено 2330 человек, которые сделали 13 908 посещений. Офтальмологическая помощь оказывалась и в хирургическом отделении больницы: в 1901 году здесь прошло лечение 548 человек. Из них 40 были сделаны глазные операции: 26 «извлечений» катаракт, 8 иридэктомий, 3 «вылущения» глазного яблока и 3 пластические операции.

Врачи города Симферополя были объединены в творческий союз Таврическое медико-фармацевтическое общество. В его составе работали и врачи-офтальмологи: Ножников Б.П., Розанов П.П., Закиев А.Д., Машковцева О.А. Общество достаточно часто обращалось на своих заседаниях к офтальмологической тематике. Так, на заседании 16 апреля 1893 года выступил с докладом «О трахоме в войсках» доктор медицины С.Б.Шер. А 17 мая 1901 года доктор О.А. Машковцева показала коллегам больную девочку 14 лет с врожденной капсулярной передней и задней катарактой правого глаза.

Симферопольские офтальмологи активно публиковались, обобщая в работах богатый практический опыт. Так, в «Трудах общества Симферопольских врачей» за 1901 год доктор Александр Фёдорович Каблуков опубликовал статью

«200 экстракций катаракт. Из хирургического отделения Таврической Губернской Земской больницы». В работе был проанализирован опыт по лечению катаракты за 15 лет.

С 15 ноября 1905 года начала работу первая специализированная глазная лечебница в г.Ялта. Первым доктором стал И.А. Гончаров. Лечебница находилась под патронатом Попечительства императрицы Марии Фёдоровны о слепых и существовала на суммы с капитала сформированного благотворителями

К 1915 году медицинская сеть Симферополя состояла из 17 больниц на 1453 кровати, из них офтальмологическая помощь оказывалась в Больнице губернского земства, больнице Таранова-Белозёрова, Еврейской, Детской больнице, Лечебнице Красного Креста, Немецкой больнице, клинике Каблукова, Лечебнице Левина, Приюте хронических больных, больнице Духовного училища, Епархиального женского училища и Духовной семинарии.

Таким образом, к 1914 году в Таврической губернии сформировалась целостная система оказания офтальмологической помощи. Она предоставлялась как специализированными лечебными заведениями, так и хирургическими и терапевтическими отделениями больниц, частными клиниками, а также вольнопрактикующими докторами.

МОЙ ПРАДЕД - ПРОФЕССОР НИКОЛАЙ КОНСТАНТИНОВИЧ КУЛЬЧИЦКИЙ (1856–1925)

Голубинов В.В.

Москва

Писать о собственном предке и радостно, и трудно. Первое – понятно, второе объясняется тем, что для полноценной научной биографии требуется беспристрастность. Надежда только на то, что необходимую дистанцию дает время, прошедшее со времени описываемых событий. Так или нет, но первая столь подробная и иллюстрированная биография моего прадеда профессора Н.К. Кульчицкого (1856, Кронштадт – 1925, Лондон) наконец увидела свет при участии автора этих строк. Будучи рассмотренной под разными углами зрения, биография Н.К. Кульчицкого опубликована не только в России (Голубинов В.В. Казус Кульчицкого: материалы к биографии профессора Н. К. Кульчицкого (1856 – 1925) // Саратовский медицинский журнал. – 2009. – Том 5. – № 3. – Стр. 454-467.), но и в двух авторитетных европейских медицинских изданиях «Neuroendocrinology» (Drozdov I., Modlin I.M., Kidd M., Goloubinov V.V. From Leningrad to London: The Saga of Kulchitsky and the Legacy of the Enterochromaffin Cell // 2009. – Vol. 89. – No. 1. – P. 109-120) и «Journal of Medical Biography» (Drozdov I., Modlin I.M., Kidd M., Goloubinov V.V. Nikolai Konstantinovich Kulchitsky (1856–1925) // 2009. – Vol. 17. – P. 47-54.). Н.К. Кульчицкий, всемирно известный русский ученый, гистолог, профессор, сенатор и последний министр просвещения Императорской России, прожил долгую и насыщенную событиями жизнь, отданную служению науке, образованию и отечеству. Долгое время его роль в развитии гистологии, в частности, и биологии и медицины в целом замалчивалась. Но теперь интерес к его судьбе и научному наследию неуклонно растет, публикуются все новые и новые материалы о нем, в том числе подготовленные и авторами Сумского государственного университета профессором К.К. Васильевым и С.В. Павлычевой. Продолжается и исследовательская работа автора. За короткое время, прошедшее со времени названных публикаций, получены и приобщены к работе новые биографические данные и фотоматериалы, уточнены некоторые детали и исправлены допущенные ошибки. Последнее касается обстоятельств пребывания Кульчицкого с семьей на Мальте в 1919 г. Весьма вероятно, что транспорт, на котором Кульчицкий с женой, дочерью и внуками прибыл на остров, был не указанный мною и моими соавторами корабль Британского флота «H.M.S. Marlborough», а, скорее, канадское судно «Bermudian». Косвенным свидетельством этой поездки и действительного последующего возвращения в Севастополь служат семейные воспоминания о рассказах моего отца о поездке того ребенком на Мальту. Готовятся к публикации сохранившиеся в домашнем архиве материалы семьи Кульчицких: их фотографии и несколько писем из Харькова (1910, 1911) и Лондона (1924, 1925) – в Севастополь. Это письма проф. Кульчицкого к дочери Ксении Николаевне, моей бабушке, и к зятю, доктору медицины Евгению Петровичу Голубинову (Голубинов В.В. Благородство имени и судьбы. Евгений Петрович Голубинов (1880 – 1937) // Вестник морского врача. – Севастополь: 2008. - № 5 (5). – С. 190-194), моему деду, а также письма жены проф. Кульчицкого Евгении Васильевны и дочери Марии Николаевны из эмиграции. В корреспонденции идет речь о жизни и работе проф. Кульчицкого в Харькове и Лондоне и об его кончине в результате несчастного случая в 1925 г. Ждут своей публикации воспоминания сына проф. Кульчицкого – Дмитрия Николаевича. Таким образом, работа над биографией Н.К. Кульчицкого и его семьи продолжается, открываются новые обстоятельства, устанавливаются связи с другими заинтересованными авторами. Во многом работа развивается при помощи третьих лиц, перечислить которых здесь не предоставляется возможным, но всем им автор всецело признателен и благодарен.

РАБОТА ХАРЬКОВСКОГО ГИСТОЛОГА В.А. ПАВЛОВА (1863-1931) В ЛАБОРАТОРИИ ПРОФЕССОРА А. ВАН ГЕХУХТЕНА

Павлычева С.В.

Научный руководитель – проф. К.К. Васильев

СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения

Ещё недостаточно изучено влияние работы отечественных учёных в западно-европейских научных центрах в конце XIX века на развитие науки в Украине. В зарубежной лаборатории выполнял исследования и представитель харьковской гистологической школы Владимир Алексеевич Павлов (1863-1931), в 1895 г. под руководством проф. Н.К. Кульчицкого защитивший диссертацию «Материалы к изучению строения ствола в области среднего мозга». Во время заграничной командировки в Бельгию, предпринятой в 1899 году с целью подготовки к профессуре,

В.А. Павлов спеціалізувався в лабораторії нервної клініки, возглавляемій известним анатомом і нейрогістологом Артуром Ван Гехухтенем (1861-1914). Последний рекомендовал учёному зайнятися дослідженням нисходящих проекційних нервних путей, берущих начало в верхніх буграх четверохолмія. Полученные результаты были изложены в об'ємній роботі, посвящённій фізіологічеській ролі верхнього двухолмія.

Используя метод прижиттєвеного переродження структур мозга, Владимир Алексеевич пришёл к выводу, что в верхнем двухолміи начинаются несколько систем волокон, идущих в нисходящем направлении. Одна из них была впервые описана в 1895 г. Мюнцером, однако топографія пучка требовала уточнений. В.А. Павлов установил, что тракт, не перекрещиваясь, направляется к серому веществу латеральных отделов мозга, где около пирамидных путей оканчивается. Полученные данные соответствуют современным представлениям о ходе волокон указанного пучка, в настоящее время носящего название tractus tectorontinus. Учёным описана система коротких волокон, берущих начало от верхних бугров четверохолмія. Образующий ими пучок не перекрещивается, проходит медиальнее пучка Мюнцера и оканчивается в ретикулярной формации покрывки среднего мозга и Варолиева моста. По мнению автора, он обеспечивает связь зрительных центров с клетками сетевидного образования. Эти короткие пути переднего четверохолмія были описаны В.А. Павловым впервые. В настоящее время пучок носит название tractus tectoreticularis и назван именем учёного (Павлова тракт). Учёный выделил систему длинных волокон, исходящих из этой области. Волокна начинаются в глубоком слое верхнего двухолмія, образуют фонтановидный перекрёст и, перейдя на противоположную сторону, принимают нисходящее направление. В.А. Павлов смог проследить пучок лишь до уровня продолговатого мозга. В настоящее время он носит название текто-спинального тракта. Он уточнил ход пучка, впервые описанного в 1883 г. К. И. Монаковым под названием «Aberirrendes Seitenstrangbündel». Тракт начинается от клеток красного ядра, волокна переходят на противоположную сторону, образуя вентральный перекрест Фореля, проходят через ретикулярную формацию моста и продолговатого мозга, вступают в боковые канатики спинного мозга, располагаясь впереди от латерального корково-спинномозгового пути, и достигают двигательных нейронов передних рогов. С учётом анатомического хода волокон автор предложил назвать пучок Монакова рубро-спинальным трактом, что было принято всеми морфологами. Обобщая полученные результаты, В.А. Павлов подошёл к объяснению физиологической роли верхних холмиков крыши среднего мозга. Часть волокон зрительного тракта оканчивается в серых массах верхнего двухолмія, которое, таким образом, является «приёмной станцией» для световых раздражений, откуда последние с помощью описанных пучков и их коллатералей передаются нижележащим двигательным отделам. Знание таких анатомо-физиологических связей позволяло объяснить целый ряд рефлекторных реакций, возникающих в ответ на световые раздражения.

ДО ПИТАННЯ ПРО ПРОФЕСІЙНУ ЗАХВОРЮВАНІСТЬ (ЗА ДАНИМИ ВАТ «СНВО ім. Фрунзе» ЗА ПЕРІОД 2005 - 2009рр.)

Шаповалова І.В.

СумДУ, кафедра гігієни та екології, соціальної медицини та організації охорони здоров'я

ВАТ «СНВО ім. Фрунзе» є потужним машинобудівним підприємством Сумщини та України з чисельністю працюючих понад 20 тис. працівників. Аналіз професійної захворюваності серед робітників ВАТ «СНВО ім. Фрунзе» за останні роки свідчить про зростання даного виду захворюваності.

Структура професійної захворюваності по стажу роботи в шкідливих умовах праці

Стаж роботи	2005 рік	2006 рік	2007 рік	2008 рік	2009 рік
6-10 років	2	1	0	1	0
11-15 років	4	2	6	13	1
16-20 років	11	6	18	19	5
більше 20 років	46	51	76	93	117
Всього:	63	60	100	126	123

З вищенаведеної таблиці можна зробити висновок, що зростання професійної захворюваності відмічається майже в 2 рази (порівняння 2005 та 2009 років). Основний відсоток професійних захворювань (94-96%) при стажі роботи більше 15 років в шкідливих умовах праці, що перевищує рекомендовані терміни по деяким нозологіям в 2-3 рази.

Вважаю за необхідне звернути увагу, що переважна більшість професійних захворювань встановлена в осіб стажу роботи яких в шкідливих умовах складає 16-20 років і більше, що значно перевищує терміни роботи в шкідливих умовах праці (від 7 років 6 місяці до 12 років 6 місяців) передбачених законодавством - «Списки виробництв, робіт, професій, посад і показників зайнятості яких дає право на пенсії за віком на пільгових умовах», затверджені Постановою Кабінетів Міністрів України від 16.03.2003р. №36.

Серед професій, які мають найбільший вплив шкідливих факторів на робітників, є професії – котельників, електрозварювальників, купальників, малярів, слюсарів-збірників, формовників, машиністів кранів, сталеварів, вибивників. Слід зазначити, що більшу частину зареєстрованих випадків встановлені при первинному направленні в Харківській науково-дослідній інститут гігієни праці та професійних захворювань.

Таким чином, відсутність обмеження на рівні держави (законодавчі нормативні документи) термінів роботи в шкідливих умовах праці є однією з причин виникнення та збільшення професійних захворювань.

ГУБЕРНСКИЙ ЛЕКАРЬ ОСИП ШУМЛЯНСКИЙ

Чернобров И.В.

СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения

Осип (Иосиф) Шумлянский родился в Глухове, в бедной семье. В 1738 г. поступил учеником в Московскую госпитальную школу, где проявил большие способности к наукам. Л.Л. Блюменталь (бывший лейб-медик Петра I, первый президент Петербургской академии наук) рекомендовал его, как лучшего своего ученика, направить в западноевропейский университет для усовершенствования медицинских знаний и подготовки к профессорской деятельности. Однако вместо этой поездки молодого подлекаря направили в Новгород для медицинского обслуживания турецкого посольства, прибывшего для мирных переговоров. После выполнения этого задания он был назначен подлекарем Петербургского главного сухопутного госпиталя, но через месяц направлен подлекарем в Шляхетский корпус. Там он зарекомендовал себя прекрасным специалистом, серьезно занимающимся научной работой. Доктор медицины, известный оператор фон Мелле считал, что О. Шумлянский сможет лучше проявить свои потенциальные способности по анатомии и хирургии в госпитале. Поэтому стал хлопотать о возвращении его в Петербург и направлении затем в Парижский университет. Однако и в этой поездке было отказано.

Утратив надежду на получение университетского образования, он обратился в 1742 г. в Медицинскую канцелярию (высший орган, руководивший медицинским делом в России до 1763 г.) за разрешением сдать лекарский экзамен с последующим направлением на службу в Украину, в г. Глухов. Экзаменаторы высоко оценили теоретические и практические знания О. Шумлянского. Но после получения лекарского чина он был направлен не в Глухов, а лекарем в гусарский полк, в составе которого принимал участие в военных операциях против Швеции. Перенес тяжелую болезнь и снова обратился в Медицинскую канцелярию, но уже с просьбой о направлении его лекарем в Петербургский госпиталь. Однако, несмотря на наличие там 2 вакантных должностей, а также ходатайства П.З. Кондоиди, одного из видных реформаторов медицинского дела в России, получил очередной отказ.

В 1743 г. О. Шумлянский уволился с военной службы. Работал лекарем в Новгородской духовной семинарии, а с 1751 г. – в старинном городе Севск. С 1760 г. стал трудиться губернским врачом Белгородской губернии. За ряд научных работ был удостоен в 1769 г. чина штаб-лекаря. Своим трудом он внес весомый вклад в организацию и оказание медицинской помощи населению губернии. Особо отличился в проведении мероприятий по борьбе с чумой, другими инфекциями. Скончался в 1781 г.

Судьба О. Шумлянского, как ученого, сложилась не так, как он к этому стремился. Ни большой талант, трудолюбие, постоянная и вдохновенная научная работа, ходатайства видных деятелей медицины того времени не открыли перед ним путь в университеты Западной Европы. Но за свою плодотворную практическую деятельность по охране народного здоровья стал известным лекарем в Российской империи.

Следует отметить, что вскоре положение несколько изменилось. Благодаря многолетним усилиям П.З. Кондоиди, который в 1753 г. стал архиатром России, в 1761 г. «высочайшим повелением» было разрешено лекарям отправляться за границу для усовершенствования в науках с назначением им единовременного двойного жалованья. Но при этом требовалось возвращение их на службу после получения «докторского градуса».

ПЕРВЫЕ УЕЗДНЫЕ ВРАЧЕБНЫЕ ОБЩЕСТВА НА СУМЩИНЕ

Чернобров И.В.

СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения

Передовые земские врачи Сумщины неоднократно выступали с инициативой об организации уездных врачебных обществ в целях объединения усилий по развитию медицинской помощи населению. Но непосредственная их организация началась в конце земского периода. Лебединское уездное врачебное общество было создано в мае 1917 г. Его уставом предусматривалось «объединить врачей в вопросах научных и общественно-врачебных», содействовать правильной постановке работы медицинских учреждений в городе и уезде. Членами общества состояли все врачи, ветеринарные врачи, провизоры, магистры фармации – всего 35 человек. Все вопросы медицинского дела предварительно обсуждались на заседаниях врачебного общества, а затем на санитарном совете. При этом подчеркивалась необходимость «всеми мерами содействовать развитию общественной медицины и научно-обоснованной постановке ее, руководствуясь заветами Пироговских съездов». Ахтырское уездное общество врачей организовано в начале 1919 г. и включало 48 членов. Обществу пришлось работать в сложных условиях. В печати отмечалось, что в Ахтырке «царил полный произвол по отношению к врачам», для которых была введена трудовая повинность. Предлагалось всем врачам «подать заявления об увольнении и новые прошения о приеме на службу». Правление общества направляло свою деятельность на организацию медицинской помощи населению, борьбу за правовое и экономическое положение медицинского персонала. Большая заслуга в этом принадлежала зав. хирургическим отделением уездной больницы И.П. Склярову, имевшему большой опыт общественной и лечебной работы. В 1920 г. И.П. Скляров начал работать в Сумской уездной Народной больнице, вскоре реорганизованной в центральную городскую больницу им. Н.А. Семашко, возглавив хирургическое отделение, которому в 1911 г. было присвоено имя Н.И. Пирогова, и научное врачебное общество. По его инициативе в обществе была образована научная комиссия, в задачу которой входила «организация сообщений научного и научно-просветительского характера». Заседания общества проводились 2 раза в месяц – в дни заседаний уездного санитарного совета. В Роменском уезде врачебное общество создано в начале 1918 г. Но группа вольнопрактикующих врачей в открытом

письме изложила принципиальные, по их мнению, причины, «препятствовавшие плодотворной работе общества», выступив против создания уездного отдела здравоохранения. В связи с возникшей ситуацией Роменское уездное общество врачей заново создано в феврале 1919 г. В его составе было 33 члена. Уставом общества, предусматривалось участие в проведении мероприятий по развитию здравоохранения, борьбе с инфекциями, защите прав и интересов медицинского персонала. В апреле 1920 г. проведено публичное заседание общества, посвященное «памяти погибших от сыпного тифа товарищей-врачей». Собранные при этом средства были направлены «на усиление фонда помощи лицам медицинского персонала, пострадавшим от сыпного тифа».

ВРАЧ Н.А. ШИРЯЕВ – ГЕРОЙ ТРУДА

Чернобров И.В.

СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения.

История медицины хранит имена многих медиков, спешивших делать людям добро. Таким был врач Николай Алексеевич Ширяев. Родился он в 1868 г. в Ахтырке. Учился на медицинском факультете Харьковского университета, но за участие в революционных кружках был в 1889 г. арестован, исключен из университета и приговорен к тюремному заключению. Только через 9 лет ему удалось завершить образование в Юрьевском (Тартуском) университете. Работал земским врачом в Воронежской губернии. В 1905 г. принимал активное участие в стачечном комитете, за что был арестован и сослан в Нарымский край Томской губернии. С 1917 г. работал санитарным врачом, уделяя особое внимание борьбе с инфекционными болезнями. В 1919 г. из-за болезни младшего сына переехал в Крым, где в с. Корбек, возле Алушты (ныне с. Измайловское), был врачом. После издания в 1920 г. декрета «Об использовании Крыма для лечения трудящихся» по распоряжению Д.И. Ульянова, возглавившего Центральное управление курортами Крыма, Н.А. Ширяев назначен санитарным врачом Ялтинского курортного управления, а вскоре стал зам. заведующего медицинским отделом и одновременно секретарем Ученого совета Центрального управления курортами. Регулярно выступал с лекциями, занимался научной работой, заботился о голодающих детях, вел прием граждан, обращавшихся по различным вопросам, оказывал им медицинскую помощь. Его привлекала врачебная работа в сельской местности. С 1922 г. трудился зав. врачебным участком в с. Дерекоей Ялтинского уезда и одновременно был санитарным врачом Ялтинского курортного управления. Он всегда был готов бороться за жизнь и здоровье больных, никогда не отказывал в медицинской помощи, менее всего думал о себе, о своем больном сердце. Повседневным трудом он завоевал любовь и доверие населения. В 1927 г. во время землетрясения было разрушено здание врачебной амбулатории, но спустя некоторое время его восстановили за собранные врачом средства.

Н.А. Ширяев опубликовал около 30 работ по вопросам климатолечения и санитарной профилактики. Его имя вошло в историю развития курортов Крыма. ВЦИК высоко оценил заслуги врача, присвоив ему в 1936 г. высокое звание Героя Труда, которое присваивалось в СССР в 1927-1938 гг. за особые заслуги. Зимой 1940 г. Николай Алексеевич выехал на вызов для оказания помощи роженице. Мать и ребенок были им спасены, а сам он простудился и слег. В марте 1940 г. ушел из жизни. Был похоронен на сельском кладбище. Но в 1972 г. его останки перенесены на Ялтинское городское кладбище. В 1967 г. на здании сельской врачебной амбулатории установлена мемориальная доска, а улица, где она расположена, носит имя Н.А. Ширяева.

К ИСТОРИИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРИОД МАССОВЫХ ПОЛЕВЫХ РАБОТ

Чернобров И.В.

СумДУ, кафедра гігієни та екології, соціальної медицини та організації охорони здоров'я

В начале 1930-х годов учреждения здравоохранения начали осуществлять мероприятия, направленные на обеспечение медицинского обслуживания сельского населения в период проведения массовых сельскохозяйственных кампаний. Уделялось внимание обмену опытом работы по развитию и совершенствованию этой новой формы организации медицинской помощи. Об этом свидетельствуют материалы об итогах проведенной работы за 1931-1932 гг. в Конотопском районе, опубликованные в 1933 г. в журнале «Врачебное дело». При этом отмечалось, что мероприятия были направлены на «создание благоприятных условий для работников земли. В районе, где проживало 85 тыс. сельских жителей, были созданы 14 совхозов, 107 колхозов, 1 машинотракторная станция. Коллективизацией охвачено 53,8% индивидуальных крестьянских хозяйств. Подготовка к медицинскому обслуживанию населения в период массовых полевых работ осуществлялась планово. В 1931г. перед весенними работами были проведены курсы санитарных уполномоченных, первой медицинской помощи и ясельных работников с охватом 137 человек. В районе работали 28 врачей и 60 средних медработников, но непосредственно в сельской местности сеть медицинских учреждений была незначительной – 4 врачебные амбулатории и 9 фельдшерских пунктов. Поэтому в период посевной кампании командированы из Конотопа 10 бригад из числа врачей и средних медработников. Были организованы 30 сезонных детских яслей на 1100 детей. Перед уборкой урожая в 1931г. дополнительно проведены курсы первой помощи для 30 человек. Колхозы и совхозы получили достаточное количество аптек. Медработниками города были созданы 25 пунктов первой помощи в совхозах и колхозах, 8 – передвижных. Функционировали в период уборки урожая 49 сезонных детских яслей с охватом – 1500 детей, организованы 25 столовых с полевыми пунктами питания. Проводилась санитарно-просветительная работа среди населения. В 1932 г. осуществлялись аналогичные организационные мероприятия. На месячных курсах прошли подготовку 90 человек ясельного персонала, 133 санитарных уполномоченных, из них для колхозов – 121. Колхозы и совхозы были обеспечены достаточным количеством аптек первой помощи. Имелись подготовленные работники по оказанию первой медицинской помощи. Дополнительно организовано медработниками города 19 пунктов первой помощи, из них 3 в дальнейшем были

реорганизованы в постоянные фельдшерские пункты. Работал передвижной зубо-врачебный кабинет. Функционировали 60 сезонных детских яслей с охватом более 2800 детей. Обязанности медработников города, уезжавших в села, выполняли оставшиеся медики, «заменяя их в порядке общественной нагрузки». Был сделан вывод о том, что опыт направления медицинских бригад в села на период массовых сельскохозяйственных работ себя всецело оправдал, так как они «пользовались на селе авторитетом и влиянием на массы». Кроме сугубо медицинской деятельности, «бригады вели разъяснительную работу о необходимости коллективизации».

ВОЛЬНЫЕ АПТЕКИ АХТЫРСКОГО УЕЗДА В КОНЦЕ XIX – НАЧАЛЕ XX вв.

Вижунов В.Л.

Научный руководитель – проф. К.К. Васильев

СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения

Важным источником изучения развития аптечного дела в Ахтырском уезде являются Российские медицинские списки (РМС), которые издавались в Российской Империи ежегодно до 1916 года, а с 1890 года содержат сведения о вольных (частных) аптеках царской России. К 1890 г. в Ахтырском уезде действует три вольные аптеки. В том числе, две из них были в Ахтырке: провизора А.И. Букрабо (поляк, римокатолик) и дрoгиста О.И. Страусса, управляющий – провизор К.А. Пумпарев (православный). Третья вольная аптека была в слободе Котельва, владелец – аптекарский помощник Д.Д. Куличенко (православный). В 1891 г. аптекарский помощник Г.И. Пинцевич (поляк, римокатолик) открывает четвертую аптеку в с. Боромля. По состоянию на 1897 г. количество аптек в уезде не изменилось. Аптека О.И. Страусса переходит в собственность дворянина И.М. Ковтуновского, управляющий – провизор Б.Ф. Польковский (поляк, римокатолик), аптекой в с. Боромля владеет провизор А.И. Чеборовский (поляк, римокатолик).

В 1901 г. аптека в с. Боромля закрывается, по видимому по экономическим причинам. В 1908 г. в слободе Краснополье открывает аптеку аптекарский помощник В.Т. Костюков (русский, православный). В 1909 г. в слободе Тростянец функционирует аптека провизора Г.К. Квасневского (поляк, римокатолик). С 1910 г. возобновляется работа аптеки в слободе Боромля, управляющий – аптекарский помощник Д.Х. Франкфурт (еврей, иудей). В 1911 г. в г. Ахтырка отрывается третья вольная аптека провизора Г.П. Акимова (русский, православный).

Данные исследования позволяют проследить развитие аптечного дела в Ахтырском уезде Харьковской губернии с 1890 по 1916 г. Так если в 1890 г. в г. Ахтырке было 2 аптеки, то к 1916 г. их становится 3, количество сельских аптек за исследуемый период также увеличилось на 3.

Пользуясь данными Российских медицинских списков по Ахтырскому уезду можно определить национальную принадлежность владельцев и управляющих вольных аптек. Большинство аптек принадлежало полякам, меньше – русским и евреям.

На 1897 г. в Ахтырском уезде действовало четыре аптеки, население составляло 161243 человека. Показатель обеспеченности аптеками на 10000 населения составил – 0,15. Количество работающих – 3 провизора, 2 аптечных помощника, 1 ученик аптекарского помощника. Обеспеченность фармацевтическими работниками на 10000 населения составляла 0,29.

По состоянию на 1914 г. в уезде семь аптек, население 206458 человек. Показатель обеспеченности аптеками на 10000 населения составлял 0,33. Количество работающих – 5 провизоров, 5 аптекарских помощников, 4 ученика аптекарского помощника. Обеспеченность фармацевтическими работниками на 10000 человек населения составляла 0,67.

ИЗ ИСТОРИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВА ОДЕССКИХ ВРАЧЕЙ В НАЧАЛЕ XX ст.

Васильев Ю.К.

Научный руководитель – проф. К.К. Васильев.

СумГУ, кафедра гигиены и экологии, социальной медицины и организации здравоохранения.

Общество одесских врачей (ООВ) было образовано в 1849 г. В начале XX в. оно продолжало успешно функционировать. Председателями общества в этот период вначале был Густав Теофилович Духновский (1840-1906), а с 1902 г. Яков Юльевич Бардах (1857-1929). Численный состав ООВ был стабильный и составлял до 200 действительных членов. Число заседаний доходило до 13-14 в год. Каждое заседание собирало 30-60 действительных членов, но присутствовали и гости – врачи, не состоящие членами общества, а так же и студенты медицинского факультета Новороссийского университета, а после открытия Одесских высших женских медицинских курсов в 1910 г. и курсистки этих курсов. Так, на пяти заседаниях ООВ в марте-мае 1903 г. в среднем присутствовало 45 членов общества и 32 гостя.

В 1900 г. в Одессе при Новороссийском университете был открыт медицинский факультет. Однако профессорско-преподавательский состав этого факультета не вошел в состав ООВ, а пошел на создание своего общества. Медицинское общество при Новороссийском университете было создано в 1904 г. В списках ООВ мы находим фамилии только отдельных представителей университета: проф. П.А. Вальтер, приват-доцент Л.А. Тарасевич. С докладом в ООВ выступил профессор-фармаколог П.Я. Борисов. В этом была особенность Одессы, в отличие, скажем от Киева, где в местном обществе врачей активно участвовали как практические врачи, так и профессора-медики университета.

Большинство сообщений заслушиваемых в этот период было посвящено внутренней медицине – около 19%, и приблизительно столько же вопросам хирургии (1901-1913 гг.). Затем следует акушерство-гинекология (9%), педиатрия (8%), нервные болезни (около 7%). Обращает на себя внимание, что бальнеологии посвящено всего около 1% всех докладов, что объяснимо тем, что в Одессе еще с 1876 г. активно работало Бальнеологическое общество.

Етим же обстоятельством – открытие специализированных обществ - можно объяснить небольшое число сообщений по дермато-венерологии (в 1902 г. создано Одесское дерматологическое и венерологическое общество), офтальмологии (с 1903 г. в городе работает Одесский офтальмологический кружок, который в 1910 г. преобразован в Одесское офтальмологическое общество), по болезням уха, горла и носа (с 1911 г. Одесское отоларингологическое общество). Создание же в 1916 г. Одесского общества невропатологов и психиатров, в 1917 г. Общества детских врачей, в 1920 г. Одесского хирургического общества, в 1921 г. Одесского акушерско-гинекологического общества поставило на повестку дня переименование ООБ в Одесское терапевтическое общество, что и было осуществлено в 1924 г.

ДО ПИТАННЯ ПРО ОРГАНІЗАЦІЮ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В НОРВЕГІЇ

П'ятигор В.О., Хоппестад Н.В., Михайленко С.М., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – ст. викл. С.В. Павичева

СумДУ, кафедра гігієни та екології, соціальної медицини та організації охорони здоров'я

На сучасному етапі пошук оптимальної моделі і обґрунтування шляхів реформування системи охорони здоров'я є актуальним завданням для багатьох європейських країн, у тому числі і для України. В зв'язку з цим досвід найблагополучніших країн світу і розгляд організаційно-правових основ передових систем охорони здоров'я представляє особливий інтерес. Норвегія посідає перші місця у рейтингу ООН за рівнем людського розвитку, загальний обсяг фінансування системи охорони здоров'я країни становить більше, ніж 9 % від ВВП, частка державних витрат в структурі загальних витрат на охорону здоров'я становила в 2008 р. 82,5%. Досвід Норвегії у забезпеченні права на охорону здоров'я та високої результативності діяльності медичної галузі потребує детального вивчення з метою можливого використання при плануванні та здійсненні реформ в системі охорони здоров'я України.

Система охорони здоров'я Норвегії є моделлю національної системи охорони здоров'я з децентралізацією управління, фінансуванням за рахунок податків, з охопленням усіх громадян медичним обслуговуванням, його широкою доступністю, переважуванням державного сектору і невеликою часткою платних послуг, з державною системою соціального страхування. Система охорони здоров'я України є моделлю державної системи охорони здоров'я, заснованої на принципах загальної доступності і безоплатності. Система має трьохрівневу структуру і фінансується за рахунок витрат з державного бюджету і місцевих бюджетів.

Аналіз інтегральних показників здоров'я населення цих країн дозволив виявити значні їх відмінності. В Україні відмічається зниження чисельності і регресивний тип відтворення населення, тоді як в Норвегії спостерігається зростання чисельності населення і прогресивний тип його відтворення. Як і в Україні, показники народжуваності в Норвегії низькі. Разом з тим, в Україні відмічається високий показник смертності населення, тоді як в Норвегії цей показник низький. За ключовим показником здоров'я - середньою очікуваною тривалістю життя - Україна на 12,7 років відстає від Норвегії. Зростання рівнів смертності на тлі низьких рівнів народжуваності призводить до формування негативного природного приросту населення України.

Інший ключовий показник здоров'я населення – смертність дітей першого року життя, в Україні має чітку тенденцію до зниження, однак він перевищує аналогічний показник в Норвегії в 3,46 разу. В Україні та Норвегії сформувався неепідемічний тип патології, у структурі смертності та захворюваності провідну роль відіграють хронічні неепідемічні захворювання - хвороби системи кровообігу та злоякісні новоутворення. На тлі сформованого неепідемічного типу патології в Україні зростає захворюваність на деякі інфекційні захворювання, зокрема, продовжується епідемія туберкульозу, показник захворюваності на який в Україні перевищує аналогічний показник в Норвегії в 13,94 разу. Таким чином, одні з найкращих у світі та Європі інтегральні показники здоров'я свідчать про ефективність системи охорони здоров'я Норвегії.

ФАКТОРИ СМЕРТНОСТІ ДІТЕЙ (ЗА ДАНИМИ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ, 2007 РІК)

Рашиєвська В.А., студ. 6-го курсу

Науковий керівник - проф. К.К. Васильєв

СумДУ, кафедра гігієни та екології, соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Сучасну демографічну ситуацію України фахівці оцінили як кризову, тобто таку, за якої відбувається поєднання депопуляції з погіршенням якісних характеристик населення. Зокрема, стрімке зростання смертності населення є найбільшим проявом демографічної кризи в країні. Смертність населення детермінована багатьма чинниками. Взаємодіючи, вони у кінцевому підсумку визначають показник смертності населення, який помітно впливає на численні демографічні (кількість населення, статеві-вікова структура, рівень демоекономічного навантаження, освітній і трудовий потенціал), соціальні, економічні та інші процеси в країні.

Метою нашої роботи було саме з'ясувати фактори ризику смертності дітей в залежності від місця проживання (місто, село), статі та оцінити вплив цих факторів в залежності від віку дітей (0, 1-4, 5-9, 10-14 років).

Для виконання цієї роботи використовувалися розрахунки наступних показників: абсолютний ризик, відносний ризик, додатковий популяційний ризик та ДДПР.

При порівнянні даних щодо смертності дітей від 0 до 15 років, які проживали в сільській та міській місцевості ми отримали наступні дані. АР-598,3, ВР-1,7, ДПР-34,2, ДДПР-3,3, що свідчить про те, що проживання в сільській місцевості являється фактором ризику смертності. При порівнянні цих даних у кожній віковій групі вдалося з'ясувати, що найбільший показник смертності склав серед дітей першого року життя, в подальшому, в кожній наступній групі показник смертності зменшувався.

При порівнянні даних щодо смертності хлопчиків та дівчаток від 0 до 15 років було виявлено, що АР склав 556,8, ВР- 1,7, ДПР- 51,3, ДДПР- 4,9, що в свою чергу демонструє, що чоловіча стать є фактором ризику смертності. При чому при дослідженні по віковим групам виявлено 2 піки смертності - діти до року та 10-14 років.

При порівнянні показників смертності хлопчиків від 0 до 15 років, які проживали в сільській місцевості з дівчатками с міста було встановлено, що АР- 1302,4, ВР- 2,9, ДПР- 18,5, ДДПР- 1,7, що свідчить про те, що хлопчики з села гинуть частіше за дівчаток з міста при чому більшою мірою це діти до року.

Отже, вік до року, чоловіча стать та проживання в сільській місцевості являються основними факторами ризику дитячої смертності, особливо при поєднанні всіх цих факторів. Недостатній соціальний та матеріальний рівень, низька освіченість батьків, неможливість вчасно отримати кваліфіковану медичну допомогу та багато інших причин можуть призводити до підвищених показників смертності при поєднанні факторів ризику, але зниження цього показника повинно стати однією з головних цілей сучасної демографічної політики України.

МОНІТОРИНГ ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ШТАМІВ *SALMONELLA ENTERICA*

Дем'янова А.А., студ. 5-го курсу

Науковий керівник - проф. А.Г. Дьяченко

СумДУ, кафедра гігієни та екології, соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Salmonella enterica вважається однією з головних причин діарейних захворювань у світі, які інколи переходять у системні захворювання. Ципрофлоксацин (та інші фторхінолони, ФХ) є препаратом вибору при лікуванні системного сальмонельозу. Зменшення чутливості бактерій до фторхінолонів пригортає значну увагу наукової спільноти, оскільки інфекція ФХ-резистентними штамми *S. enterica* супроводжується смертністю, що більш ніж у 10 разів перевищує рівень смертності від звичайних штамів.

Зважаючи на це, метою роботи було визначення чутливості клінічних штамів сальмонел до спектру протимікробних засобів, включно з ФХ. У кількох штамів із суттєвою резистентністю до ФХ була визначена послідовність частки гена, який детермінує топоізомеразу.

Показано, що переважна більшість штамів *S. enterica* мають виражену чутливість до ФХ. Лише два штами були резистентними до окремих ФХ (два до офлоксацину і гатіфлоксацину та один з них – до левофлоксацину). Найбільша активність у відношенні сальмонел притаманна ципрофлоксацину та левофлоксацину. Слід зазначити, що детермінанти резистентності у сальмонел до хінолонів з'явилися лише в останні роки. Максимальне значення МІК фторхінолонів (за виключенням офлоксацина), що вивчалися, становило 1мкг/мл і офлоксацина – 2 мкг/мл.

Аналіз гену топоізомеразу 6 штамів з проміжним чи значним рівнем резистентності до ФХ показав наявність мутацій заміщення Ser83 → Phe (TCC → TTC) в одному ізоляті сальмонел та Asp87 → Asn (GAC → AAC) – в трьох. Обидві мутації виявлені в двох штамів. Саме ці штами відзначалися значною стійкістю до ФХ. Жодної мутації не виявлено в 5 рандомізовано вибраних високо чутливих до ФХ ізолятів сальмонел.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ АДАПТАЦІЇ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ ДО УМОВ ЖИТТЯ І НАВЧАННЯ В УКРАЇНІ

Дорош Д.С., Ільченко М.В., студ. 5-го курсу

Науковий керівник - доц. І.М. Терлецька

СумДУ, кафедра іноземних мов

Останнім часом постійно зростає кількість іноземних студентів у СумДУ, освіта в якому приваблює такими перевагами як гідний рівень підготовки молодих фахівців за різними профілями спеціалізації, (який відповідає міжнародним стандартам), так і порівняно вигідні (за вартістю) умови проживання і навчання в Україні. Відповідно більш актуальним постає питання адаптації іноземців до навчання і різнопланового спілкування як в межах ВНЗ, так і у межах міста (країни).

Мета роботи: по-перше, виявити джерела існуючих на сьогоднішній день проблем іноземних студентів-медиків; по-друге, дослідити виявлені першопричини та їх вплив на перебіг навчального процесу; по-третє, знайти імовірні шляхи вирішення існуючих питань.

Були застосовані такі методи: інтерв'ю з викладачами студентів, кураторами груп, замісником директора по навчальній роботі, адміністраторами гуртожитків та безпосередньо зі студентами-іноземцями.

Згідно з результатами проведеного дослідження проблема комунікації стає першочерговою. Хоча навчання іноземних студентів-медиків ведеться англійською мовою, відсутні попередні підготовчі мовні курси з української мови для них, а більшість українського населення не володіє вільно англійською мовою, що призводить до певних труднощів як у побуті, так і у вирішенні практичних питань (магазин, пошта, банк, тощо).

Іншим, не менш важливим питанням є нестача персональних комп'ютерів для доступу до глобальної мережі Інтернет. Це значно сповільнює перебіг навчального процесу, та обмежує спілкування з рідними та близькими людьми.

В перші місяці проживання в Україні у зв'язку з різкою зміною клімату, іноземці стикаються з певними труднощами, але через деякий час вони звикають до кліматичних умов країни. Як виявилось, студенти з країн Африки потребують окремого приміщення для дозвілля і спілкування між собою, при чому бажано неподалік від місця їх проживання.

Висновок. Отже, пропонується декілька шляхів вирішення існуючих питань: по-перше, заснувати мовні курси доузівської підготовки іноземних студентів-медиків, попередньо проінформувавши про це абітурієнтів; по-друге, організувати Інтернет-кафе на території інституту та кімнату відпочинку в гуртожитку; по-третє, для прискорення

процесу адаптації залучати іноземних студентів до колективних видів відпочинку та активної участі в громадському житті університету, інституту та гуртожитку.

АЛІМЕНТАРНИЙ ПОРТРЕТ СТУДЕНТА

Лайкова Л.М., Науменко А.В., студ. 3-го курсу

Наукові керівники - ст. викл. Н.А. Галушко, асист. В.В. Собакарь

СумДУ, кафедра гігієни та екології, соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Проблема незбалансованого харчування є недостатньо вивченою серед окремих груп населення. в більшій мірі це стосується студентів, які складають значну частину молодого населення. Адаптація в колективі, розумові навантаження, фізіологічні зміни, характерні для даного віку, підвищують потребу молодого організму в харчових речовинах, в першу чергу вітамінах та мінеральних речовинах. В зв'язку з цим дослідження характеру харчування та харчового статусу студента є актуальним та перспективним для покращення здоров'я молоді.

Метою цієї роботи було вивчення особливостей аліментарного статусу та впливу на нього характеру харчування.

Під спостереженням знаходилося 100 студентів (50 чоловіків та 50 жінок) 3-го курсу Медичного інституту. Робота проводилась в 3 етапи: на першому – оцінка харчового статусу, на другому – розрахунок добових енерговитрат, на третьому – кількісний та якісний аналіз харчування протягом 5 робочих днів.

Були отримані такі результати:

1. Оптимальний харчовий статус мають 60% студентів, надлишковий – 17,2%, недостатній – 22,8%.
2. У 55% студентів калорійність раціону харчування менше ніж добові енерговитрати.
3. Всі студенти мали відхилення в характері харчування:
 - недостатність білків в раціоні виявлено у 30% студентів (з них тваринних – у 25%), жирів – у 12%, вуглеводів – у 58%;
 - надлишок вуглеводів – у 18% студентів за рахунок моно- та дисахаридів;
 - недостатність вітамінів: С – 22%, В₁ – 16 %, В₂ – 12 %, РР – 20%, А – 17 %;
 - недостатність мінералів: Са – 35%, Р – 24 %, Fe – 22%;
 - в раціоні практично всіх студентів відсутні рибні страви, що може призвести до дефіциту поліненасичених жирних кислот групи ω_6 .
4. Має місце нераціональний розподіл калорійності харчування за прийомами їжі: більш ніж у половини студентів значна частина добового раціону (30-50%) припадає на вечерю.
5. Статевих відмінностей в характері харчування не встановлено.

Таким чином, всі студенти мають потребу в корекції харчування. Незважаючи на те, що 60 % студентів мають оптимальний харчовий статус, недостатність харчування свідчить про наявність передумов для розвитку аліментарно-дефіцитних патологій. Надлишковий харчовий статус у 17,2% студентів є наслідком гіподинамії, нераціонального розподілу калорійності за прийомами їжі та надлишку простих вуглеводів.

ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ЛАТИНСКОГО ПИСЬМА (ЛАТИНИЦЫ)

Ануфриев В.В., студ. I-го курса

Научный руководитель - ст. преп. Г.С. Ильина

СумГУ, кафедра иностранных языков

Как латинский язык в своем историческом развитии прошел несколько периодов, так и латинское письмо за свою долгую историю не раз менялось под влиянием разных факторов. Это и изменение материала, и изменение орудий письма и т. д. Древнейшей формой латинских надписей является «капитальное» письмо на камне. Техника высекания на камне определила большие размеры и форму букв. Для латинского письма такой тип называется «маюскул» (от лат. *maius* – больше). Буквы в таком письме не связаны друг с другом и занимают пространство между двумя мысленно проводимыми горизонтальными линейками: А В С D E F G.

Противоположный маюскулу тип письма – минускул (от лат. *minus* – «меньше»), т.е. письмо строчными буквами. В минускуле часть букв располагается уже не между двумя, а между четырьмя линейками; часть буквы, которая остается в пределах двух строчек, наз. корпусом (телом) буквы. В латинском языке это буквы b d f g h l p q t u.

В императорскую эпоху (I-II вв.), при росте канцелярской документации, использовался другой тип латинского письма – курсив (от лат. *cursus* – бег), для которого характерно связывание букв одним непрерывным движением пера, сильный наклон их вправо и обилие лигатур (слитных букв). Происходило сближение двух видов письма- маюскула и курсива.

В XI-XII вв. переходят на новый тип письма, получившему название «готическое письмо». Характерной чертой готического письма является излом букв, тесное их слияние, минимальное расстояние между словами и строчками. В буквах с закругленными очертаниями корпуса (b,d,o,p,q) овалы превращаются в ромбики. Такой тип письма давал возможность более экономно расходовать писчий материал (на 50%), нехватка которого стала ощущаться очень отчетливо с появлением школ и первых университетов. В XIII –XV вв. готическое письмо стало универсальным во всей Европе.

В XV в. деятели эпохи Возрождения задались целью возродить не только античную культуру, ни и античное письмо (*litteral antiquae*). С изобретением книгопечатания именно это письмо послужило основой для создания первого печатного итальянского шрифта. В XVI в. книги уже не пишутся, а печатаются готическим шрифтом в Германии и возрожденной антиквой в Италии. Шрифт антиква применяется и в наши дни.

ДО ПИТАННЯ РЕФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Пак С.Я.

*Науковий керівник - д.м.н., проф., заслужений діяч науки і техніки України І.М. Солоненко
Національна академія державного управління при Президентові України,
кафедра державного управління охороною суспільного здоров'я*

Систему охорони здоров'я варто розглядати і як підсистему стосовно держави або суспільства, що не повинні входити у протиріччя як із загальними конституційними основами держави, так і з конституційними гарантіями прав громадян на охорону здоров'я і медичну допомогу. Вказана увага до здоров'я населення пояснюється загальновідомим фактом існування у нашій країні глибокої демографічної кризи, що виражається негативним значенням показника природного приросту населення, погіршенням загального рівня здоров'я, зниженням середньої тривалості життя громадян, ростом інвалідизації населення тощо. Необхідно звернути увагу, що у доступній нам літературі ми не знайшли відповіді на те, хто і як має проводити реформи в галузі медицини. Тобто, не пропонується чіткого бачення структури і функції управління особливо на регіональному, та на місцевому рівнях, принаймні у перехідному періоді становлення держави. Метою дослідження є вивчення шляхів реформування державного управління охороною здоров'я в Україні, розробка рекомендацій щодо застосування отриманих результатів у практиці. У процесі роботи встановлено, що протиріччя, які виникли між декларативними нормами і наявним станом справ у державі, зокрема в галузі охорони здоров'я, необхідно привести у відповідність із сучасними суспільними вимогами. Тому моделювання перспективної і раціональної системи охорони здоров'я є процесом активним, професійним і наукомістким, а забезпечення подальшого розвитку такої системи повинно бути керованим процесом, насамперед, у правовому відношенні. Правове регулювання форм і методів державного управління охороною здоров'я повинно відображати об'єктивну сутність і сучасний стан такої соціальної системи, яка забезпечує відновлення здоров'я населення. Концептуальне бачення такої системи, її організаційно-правові форми, розкриття і розуміння об'єктивної сутності наближує формування нової парадигми існуючої охорони здоров'я, визначає побудову адекватної моделі управлінсько-правових та функціональних характеристик. Здоров'я населення має бути національним пріоритетом, і саме уряд, місцеві органи державної виконавчої влади та місцевого самоврядування мають забезпечувати ефективний управлінський процес на усіх рівнях з метою досягнення стратегічних цілей у сфері охорони здоров'я, тобто державне управління є найважливішою функцією. Процес управління зазначеною сферою передбачає цілу низку взаємопов'язаних заходів, у тому числі визначення чіткої політики і стратегії її розвитку: забезпечення відповідної державної підтримки діяльності установ охорони здоров'я на усіх рівнях і їх пропаганду, здійснення поточного контролю і регулювання взаємодії секторів причетних до організації охорони здоров'я, тощо. Перед національною системою охорони здоров'я постають важливі завдання з удосконалення організаційно-правових, функціонально-структурних моделей, налагодження оптимальних конструкцій та взаємозв'язків між суб'єктами управління, та власне медичного обслуговування. За останні 10 років активно обговорюються шляхи реформування медичної галузі України. Сьогодні реформи в Україні мають якісно визначити два стани: з одного боку, умовного початкового етапу перетворень системи охорони здоров'я, з іншого боку – стратегічного напрямку її розвитку. Однак слід зазначити, що напрямками вибрані лише, в основному, два – це страхова медицина та загальна практика - сімейна медицина. Зазвичай заклики до необхідності реформ обмежуються деклараціями, часто без конкретних механізмів їх впровадження. Реформою називають ліквідацію фельдшерсько-акушерських пунктів та дільничних лікарень у сільській місцевості, скорочення ліжкового фонду та лікарських посад у лікарняних закладах. Неоднозначною залишається проблема реалізації принципів профілактики і загальнодоступності медичної допомоги. Спираючись на переважний розвиток регіональної охорони здоров'я, профілактичний напрямок полягає у забезпеченні і підтриманні належного рівня здоров'я населення конкретної території. Подібний підхід дозволяє враховувати як загальні, так і специфічні фактори, що визначають стан здоров'я населення того або іншого регіону. На основі дослідженого можна констатувати, що в час, коли відсутні демократичні засади та не визначена стратегія розвитку держави, говорити про серйозні трансформаційні процеси особливо у медичній галузі – передчасно. З огляду на це, доцільно проводити не реформи, як більш кардинальний процес, а зміни, що потрібні на сьогоднішньому етапі розвитку України і здійснювати управління змінами. Для забезпечення управління громадським здоров'ям, підвищення ефективності систем охорони здоров'я та їх рентабельності необхідно створити чітку структуру управління, запровадити систему стимулів і регуляторів, а також забезпечити суспільство, і насамперед медичну громадськість, необхідною інформацією з питань політики та діяльності у сфері охорони здоров'я.

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ СІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ В УКРАЇНІ: ЕКОНОМІЧНИЙ АСПЕКТ

Пак С.Я.

*Науковий керівник - д.м.н., проф., заслужений діяч науки і техніки України І.М. Солоненко
Національна академія державного управління при Президентові України,
кафедра державного управління охороною суспільного здоров'я*

У більшості економічно розвинених країн діяльність учених соціологів, медиків, економістів багато в чому пов'язана із пошуками оптимальної моделі розвитку та функціонування системи охорони здоров'я. Пояснення досить високої і, основне, стійкої наукової та соціальної активності у спробах знайти рішення цієї проблеми, криється у специфіці ринкових відносин. Однією із їх норм, як відомо, є необхідність постійного зіставлення остаточного результату та витрат на його досягнення. Безперечно, політика держави у галузі охорони здоров'я має зосереджуватися, в основному, на місцевому рівні, коли одним з найважливіших напрямків є створення ефективної

системи надання медичної допомоги населенню. Концепція державної регіональної політики у галузі охорони здоров'я, з метою підвищення ефективності її управління, передбачає вдосконалення розподілу повноважень та функцій між територіальними підрозділами центральних органів виконавчої влади, місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування. Згідно з Бюджетним кодексом України, передавання повноважень має відбуватися за умов одночасної передачі бюджетних ресурсів у вигляді закріплених за відповідними бюджетами загальнодержавних податків, зборів, обов'язкових платежів, а також трансфертів із Державного бюджету України. Контроль за використанням державних трансфертів повинен покладатися на державні адміністрації. У свою чергу, логічною з'єднувальною ланкою між органами влади та лікувальними закладами мусить бути запровадження договірних відносин. Саме вони є тим інструментом де від імені громадян у цих відносинах мають виступати місцеві державні адміністрації, які здатні ефективно вплинути на поведінку постачальників медичних послуг, а організація їх діяльності базуватиметься на принципах професійної конкуренції. Стороною-платником (замовником, покупцем) такого соціального блага як медичні послуги, що діє в інтересах громади, мають бути районні державні адміністрації чи спеціальний державний, або недержавний страховий фонд. Стороною-виконавцем слугують автономні постачальники медичних послуг - медичні підприємства різних форм власності або фізичні особи. Суттєвим фактором, що стримує запровадження практики державних закупівель у охороні здоров'я на рівні сільського району, є відсутність тут відповідних інституційних можливостей, тобто органу управління охороною здоров'я. Розмежування замовника та постачальників послуг принципово можливе як в умовах моделі, що передбачає фінансування системи охорони здоров'я за рахунок загальних податків, так і в умовах загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Однак, як тільки будуть прийняті політичні рішення щодо запровадження обов'язкового медичного страхування, місцеві органи охорони здоров'я можуть бути інтегровані у фонд обов'язкового медичного страхування. Таким чином, досвід у запровадженні механізмів фінансування охорони здоров'я за допомогою контрактів буде відігравати ключову роль для майбутніх реформ системи охорони здоров'я в Україні. Основні завдання державних замовників медичних послуг в особі органів місцевого самоврядування та фондів соціального медичного страхування в основному тотожні. Важливим кроком для органів влади сільських районів є планування послуг з надання медичної допомоги територіальній громаді та організація постачальників як юридичних осіб, особливо якщо вони залишаються у державній власності, або у власності органів місцевого самоврядування. Слід наголосити, що у державному управлінні районні державні адміністрації відіграють відповідну роль в управлінні охороною здоров'я та її фінансуванні на місцевому рівні. Оскільки вони є фондотримачами у цьому процесі, саме вони повинні бути зацікавлені у необхідності підтримки запровадження пропонуванних трансформацій, а політична підтримка органів місцевого самоврядування в особі районних рад є запорукою усіх цих реформ. Крім того, районні ради затверджують рішення щодо того, якою буде кількість автономних постачальників медичних послуг, з якими місцевий державний замовник укладатиме угоди про закупівлю медичних послуг територіальній громаді. Саме такий процес реформування є оптимальним і його необхідно імплементувати у державне управління на рівні сільського району, інакше усе пояснюватиметься як перешкоди на місцевому рівні.

СУТНІСТЬ ВПЛИВУ ГРОМАДСЬКОГО СЕКТОРА СУСПІЛЬСТВА НА РОЗВИТОК СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Пак С.Я.

*Науковий керівник - д.м.н., проф., заслужений діяч науки і техніки України І.М. Солоненко
Національна академія державного управління при Президенті України,
кафедра державного управління охороною суспільного здоров'я*

Головна проблема непослідовності і половинчастості реформ, започаткованих в Україні за час її незалежності, а часто і їх нереалізованості полягає у відсутності широкої підтримки з боку громадськості. Як свідчить практика, більшість із програм суспільного реформування, започаткованих в Україні, так і не була винесена на широке громадське обговорення. Отже, у практиці державно-управлінської діяльності, зокрема в системі охорони здоров'я, залишаються нереалізованими наступні базові засади демократичного врядування: по-перше, широке громадське обговорення проектів та програм суспільних реформ; по-друге, залучення до реалізації цих програм, проектів, реформ в цілому, об'єднань громадян. Ми вважаємо, що у сучасних реаліях України владі і громадськості необхідні розроблені та чітко прописані методи та форми широкого залучення громадян до процесу прийняття управлінських рішень органами державної влади та місцевого самоврядування. Основними чинниками, на яких базується діяльність громадського сектору, є: самоуправління його структури, членство зацікавлених організацій, добровільність членства, обмеження у членстві чиновників, представництво у якості координаційного та методичного підрозділу при органах влади; управління і закладах охорони здоров'я. Якщо визнавати і розуміти що громадськість, як споживач медичних послуг, теж має нести відповідальність за своє здоров'я та стан справ у галузі, то потрібно пропонувати конкретні та аргументовані кроки її активної участі у реформуванні системи охорони здоров'я. Залишатися осторонь і пасивно очікувати - означає погоджуватися з існуючим станом речей. Громадськість має зробити кроки назустріч проблемам і простягнути державі руку взаємодії та співучасті у вирішенні цих проблем. Оскільки галузь охорони здоров'я є надто специфічною в сенсі суто медичних знань, а медичні працівники та громадськість по-різному уявляють собі цю діяльність, то часто виникає конфлікт і непорозуміння. Для усунення недоліків має бути взаємне бажання зблизити інтереси, тобто громадськість повинна брати участь у процесах управління охороною здоров'я, а медичні працівники мають бути представлені у політичних та громадських організаціях, у тому числі і немедичних. Зазначимо, що громадської охорони здоров'я в її класичних проявах у нас немає, вона знаходиться на початкових етапах розвитку. Це визначення завжди мало декларативний характер як і багато інших визначень у законодавстві і політиці, що стосуються охорони здоров'я. Дійсної участі громадськості у діяльності системи охорони здоров'я також не було, та й

не могло бути тому, що це не підтримувалося при колишній політичній системі, зате зараз справляє враження вимушеного заходу, до якого звернулося керівництво галуззю через різке погіршення стану медичної допомоги населенню і від якої при зміні ситуації в кращу сторону легко можна буде відмовитися. Однак, як свідчить світовий досвід, уряди розвинутих країн при їх фінансовому благополуччі не відмовляються від ролі громадськості у справах охорони здоров'я, а навпаки - усіляко підтримують збільшення повноважень громадян у цих питаннях, зміцнюють їх права, поліпшують інформованість і створюють сприятливі умови для участі у справах охорони здоров'я. Тому в цій ситуації необхідно скористатися можливістю і рішуче підтримати тенденцію залучення громадськості до справ охорони здоров'я, особливо на регіональному рівні, тому що багато центральних ініціатив у цій галузі скоріше переслідують політичні цілі, ніж вирішення реальних проблем. Багато ініціатив громадських організацій на регіональному рівні носять досить чіткий конструктивний характер і тому підтримуються місцевою владою. Крім того, вже можна говорити про їх результативність, що виражається у невеликих, але все-таки змінах у політиці, що проводиться місцевою владою на регіональному рівні в системі охорони здоров'я.

Отже пріоритетним кроком у реформуванні системи управління, що склалася, мав би стати перехід до державно-громадського управління системою охорони здоров'я. У цьому і є суть розподілу повноважень з прийняття рішень між державними органами управління охороною здоров'я і громадськими організаціями, у тому числі організаціями медичних працівників, які представляють свої корпоративні інтереси. Запровадження ефективного лікарського самоврядування повинно змінити регулювання професійної діяльності лікарів, що здійснюють самостійно або у складі установ охорони здоров'я медичну практику, визначати їх повноваження, права і обов'язки для забезпечення якісної медичної допомоги, а також забезпечувати лікарській громаді представницькі функції на всіх рівнях влади і суспільства.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

СЕКЦІЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

ВИКОРИСТАННЯ ПОСТІЙНОГО АМБУЛАТОРНОГО ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ У НЕФРОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ (АНАЛІЗ ЗА 2006-2009 РОКИ)

*Погорелова О.С., Кригін В.І., Пристуна Л.Н., Киричок А.П., Васильєва Я.В., Солонар О.Г.
СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики*

Для лікування пацієнтів із термінальною стадією ниркової недостатності використовуються методи замісної ниркової терапії (ЗНТ): гемодіаліз (ГД), перитонеальний діаліз і трансплантація нирки.

Показаннями для ПАПД є: хронічне захворювання нирок (ХЗН) V ст. (тобто ШКФ $15 \leq$ мл/хв.) у хворих із вираженими серцево-судинними захворюваннями, важкість або неможливість судинного доступу, наявність цукрового діабету, похилий вік хворого, хворі діти, хворі, що мешкають у віддаленні від центрів гемодіалізу, що потребують свободи у пересуванні, свідомий вибір хворого

Метою роботи було провести аналіз застосування перитонеального діалізу у хворих із хронічною хворобою нирок у нефрологічному відділенні СОКЛ із 2006 по 2009 рік.

Усього за період 2006-2009 роки в Сумській області методом перитонеального діалізу лікувалися 19 осіб, серед яких 10 чоловіків, 9 жінок. 15 осіб, що складає 78,9 % вікової групи 18-44 роки, 4 (21,1 %) – віком 45-64 роки. 18 хворих (94,7 %) – це хворі на ПД з діурезом. 55,6 % хворих мали індекс маси тіла (ІМТ) менший, ніж 25, а 44,4 % хворих мали ІМТ більший, ніж 25. Причини, що призвели до розвитку ХЗН V ст. у цих пацієнтів: у 57,89 % хворих - хронічний гломерулонефрит, у 26,33 % - діабетична нефропатія, у 10,52 % і 5,26 % - хронічний пієлонефрит і гіпертензивна нефропатія відповідно.

У своїй роботі ми оцінювали адекватність застосування ПАПД в умовах нефрологічного відділення СОКЛ за допомогою наступних клінічних і лабораторних показників: тривалість з моменту взяття хворого на ПД, Кt/V, ПЕТ-тест, рівень артеріального тиску (АТ), рівень гемоглобіну, еритроцитів та електролітів (калію, кальцію, фосфору).

Аналіз наданих клінічних і лабораторних показників свідчить про адекватність та ефективність лікування методом ПАПД хворих нефрологічного відділення СОКЛ з термінальною стадією ХЗН, що дозволяє зберегти остаточну функцію нирок, підтримувати показники гемодинаміки та водно-сольового, електролітного балансу. ПАПД не є альтернативою гемодіалізу, а є етапом у лікування ХРН, що дозволяє зберегти залишкову функцію нирок і відстрочити лікування у відділенні хронічного гемодіалізу.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕБІВОЛОЛУ В ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ПОСДНАННІ З ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ

*Белоусова І.П., Афоніна Т.В., Федорець Л.І., Ховерко О.Є.
Луганський державний медичний університет,
кафедра клінічної фармакології та фармакоterapiї*

Як відомо, захворювання серцево-судинної системи (ССС) мають широку розповсюдженість, у зв'язку з чим проблема їх адекватної фармакоterapiї є дуже гострою. Арсенал лікарських засобів (ЛЗ) кардіологів дуже багатий і щорічно поповнюється, але й досі актуальні ЛЗ, які використовуються вже досить довго. Так, для лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) та ішемічною хворобою серця (ІХС) традиційно використовують β -адреноблокатори (β -АБ). Але ці ЛЗ призначаються лише в половині випадків, коли в них є потреба, що пов'язано, з наявністю у пацієнтів супутніх хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ). Допомогу в рішенні цієї проблеми надала поява на фармацевтичному ринку нових ЛЗ з високою селективністю, та меншим ризиком щодо розвитку побічних реакцій.

Метою роботи було вивчення ефективності та безпечності застосування селективного β_1 -АБ небівололу у пацієнтів з АГ або ІХС на тлі ХОЗЛ різного ступеню важкості в стані ремісії. В дослідження було включено 35 пацієнтів різної статі віком від 41 до 53 років. Діагноз ІХС було верифіковано за анамнезом, скаргами та даними інструментальних досліджень. АГ - за даними добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ), анамнезу та даних об'єктивного дослідження. Гіпотензивний ефект ЛЗ оцінювали за даними ДМАТ, частоти серцевих скорочень (ЧСС). Антиангінальний ефект – за динамікою нападів стенокардії та потребі пацієнтів у нітратах. Небіволол призначали в дозі від 2,5 до 5 мг на добу у комплексі основної терапії. Оцінку безпечності ЛЗ проводили за динамікою виникнення кашлю та задишки, а також за даними спірометрії (визначали форсовану життєву ємкість легень (ФЖЄЛ), об'єм форсованого видиху за 1 с (ОФВ₁), відношення ОФВ₁/ФЖЄЛ).

Було встановлено, що небіволол виявляє високу антиангінальну та гіпотензивну активність. Так, на тлі його прийому у пацієнтів з ІХС відмічалось суттєве зниження частоти та інтенсивності нападів стенокардії, також вірогідно знизилась потреба хворих у нітратах (з $5,0 \pm 1,8$ до $2,5 \pm 1,5$ т/добу). Щодо аналізу антигіпертензивного ефекту ЛЗ, то, за даними ДМАТ, відмічалось вірогідне стабільне зниження систолічного і діастолічного АТ та ЧСС. Слід зазначити, що у всіх пацієнтів наприкінці терміну спостереження було досягнуто цільовий рівень АТ. Доведена також висока безпечність застосування препарату, яку відобразила стабільність динаміки респіраторних симптомів і

показників функції зовнішнього дихання. Слід підкреслити, що у жодного з пацієнтів, включених в дослідження, не спостерігалось погіршення перебігу або загострення ХОЗЛ.

Таким чином, результати проведених досліджень оцінки безпеки та ефективності застосування небівололу в комплексній терапії пацієнтів з ІХС або АГ у поєднанні з ХОЗЛ показали високу антигіпертензивну та антиангінальну активність препарату поряд з достатньо високою безпечністю його застосування, яка зберігається за умов динамічного спостереження за показниками функції зовнішнього дихання та адекватної фармакокорекції ХОЗЛ.

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ЭТАПАХ ТЕРАПИИ

Егорова А.Ю.

*Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина,
кафедра внутренней медицины*

Цель исследования – оценить спектральный анализ (СА) вариабельности сердечного ритма (ВСР) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и гипертензивными ортостатическими реакциями (ОР) артериального давления (АД) при терапии амлодипином, метопрололом и эналаприла малеатом для разработки предложенных относительно повышения ее эффективности.

Обследовано 113 пациентов (44 мужчины и 69 женщин) с АГ в возрасте ($64,73 \pm 6,42$) лет принимавших амлодипин, метопролол тартрат и эналаприла малеат в средних суточных дозах. При недостаточном контроле АД к амлодипину присоединяли гидрохлортиазид в суточной дозе 12,5 мг. Определялись: общая мощность спектра (Total power - TP) ВСР в диапазоне от 0 до 0,40 Гц/мс² и соотношение $LF[мс^2]/HF[мс^2]$ (безразм.) ВСР. Период наблюдения в оценке контроля АД составил 6 месяцев.

Пациенты делились на 3 группы терапии, в каждой из которых по 2 подгруппы: изо- и гипертензивных типов ОР АД. Для статистической оценки результатов использовались параметрические критерии (среднее значение – М и стандартное отклонение –sd). Достоверность различий между группами пациентов определяли с помощью критерия Пирсона. Расчет показателей производился с помощью SPSS 10.0 для Windows.

Полученные нами данные показывают, что терапия амлодипином и эналаприла малеатом оказывала однонаправленное действие на TP ВСР, снижая ее и в клиностазе, и в ортостазе, причем при терапии АК в клиностазе в большей степени при изотензивной ОР АД. В ортостазе снижение TP ВСР наблюдалось в большей степени при гипертензивной ОР АД, и в меньшей при изотензивной. LF/HF снижалось в клиностазе и ортостазе при гипертензивной ОР АД в обеих группах терапии и оставался на высоких цифрах при изотензивной в группе АК..

При терапии β -АБ наблюдалось повышение TP ВСР при обоих типах ОР АД. Однако, если при гипертензивной ОР АД сохранялась исходная реакция TP ВСР со снижением LF/HF , при изотензивной ОР АД она нарушалась с одновременным повышением TP ВСР и LF/HF .

Целесообразным и перспективным является изучение отдаленных последствий антигипертензивной терапии АГ и показателей ВСР у пациентов с гипертензивными ОР АД.

ЛІКУВАННЯ ДУОДЕНО-ГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ У ХВОРИХ НА ЕРОЗИВНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ

Орловський О.В., Орловський В.Ф.

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

Наявність дуодено-гастрального рефлюксу (ДГР) у хворих на ерозивні ураження гастро-дуоденальної зони завжди розцінюється як обтяжливий фактор, який сприяє торпідному перебігу захворювання та затягує зворотній розвиток клінічної симптоматики та морфологічних змін з боку слизової оболонки (СО). Одним із провідних факторів пошкоджуючого впливу ДГР на СО гастродуоденальної зони є наявність у рефлюктаті первинних жовчних кислот (холової та дезоксихолової), які пошкоджують епітелій, знижують кількість фосфоліпідів у шлунковому слизу та сприяють формуванню вогнищ кишкової метаплазії. Зростання в складі жовчі частки третинної жовчної кислоти – урсодезоксихолової – зменшує пошкоджуючу дію рефлюксату на СО та потенціює позитивний ефект базової терапії гастродуоденіту.

Мета роботи: Вивчити вплив використання в комплексному лікуванні ДГР при ерозивному гастродуоденіті урсодезоксихолової кислоти на клінічну симптоматику та морфологічний стан СО гастродуоденальної зони.

Матеріал і методи. Обстежено 62 пацієнта з ерозивним гастродуоденітом в період загострення. Наявність ДГР підтверджувалась за даними інтрагастральної рН-метрії та фіброгастродуоденоскопії (ФЕГДС). Відкритим когортним методом хворі були розділені на 2 групи: I група (основна, 32 пацієнта) – хворі, які, крім нозоспецифічної терапії (інгібітори протонної помпи, прокінетики, цитопротектори) отримували Урсолізін («Magis», Італія) в дозі 300 мг двічі на добу (після сніданку та ввечері) на протязі 4 -х тижнів. II група (контролю, 30 пацієнтів) отримували лише базисну терапію. Обидві групи були рівноцінними за віком та статтю. Результати лікування оцінювали через 2 та 4 тижні від початку лікування за вираженістю клінічної симптоматики та результатами ФЕГДС. Математичну обробку даних виконували за допомогою пакета статистичних програм «Statistica».

Результати та їх обговорення. Через 2 тижні від початку лікування клінічна симптоматика зберігалася серед 34,4% пацієнтів основної групи та серед 53,3 % - контрольної групи ($p < 0,05$). За даними ФЕГДС ерозії та ДГР спостерігались відповідно у 62,5% та 83,3% пацієнтів ($p < 0,05$). Через 4 тижні клінічні симптоми були відсутні у всіх хворих основної групи та зберігалися у 2 пацієнтів контрольної групи. Ерозії та ДГР спостерігалися лише у 12,5% (4)

пацієнтів основної групи та у 26,7%(8) пацієнтів контрольної групи ($p < 0,01$). У хворих, що мали ерозії та ДГР після 4-х тижнів лікування, воно було продовжене ще на 2 тижні.

Висновки. Використання Урсолізину у комплексному лікуванні загострення хронічного ерозивного гастродуоденіту з наявністю ДГР достовірно прискорює редукцію клінічної симптоматики та загоєння ерозій. Отримані дані підтверджують доцільність використання Урсолізину в комплексному лікуванні уражень СО гастродуоденальної зони при наявності ДГР.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТЕРИ (S-ПАНТОПРАЗОЛУ) У АНТИХЕЛІКОБАКТЕРНІЙ ТЕРАПІЇ ПЕПТИЧНОЇ ВИРАЗКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Орловський В.Ф., Орловський О.В.

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

Вступ. Проблема антихелікобактерної терапії (АХТ) кислотозалежних захворювань не втрачає своєї актуальності як у зв'язку з високою поширеністю Нр, так і з зростанням їхньої резистентності до різних схем лікування. Серед інгібіторів протонної помпи, що є обов'язковою складовою АХТ, особливе місце займає ультера. Це S(-)пантопразол — активний лівообертаючий ізомер пантопразолу, який накопичується і перетворюється в активну форму в кислому середовищі секреторних каналців париетальних клітин, де він пригнічує Н+/К+-АТФазу, блокуючи секрецію соляної кислоти. Цей ефект є дозозалежним, тривалим (24 год), не залежить від прийому їжі. S(-)пантопразол метаболізується в печінці переважно ферментами СYP 3A4, СYP 2C19 та сульфотрансферазою. Доза S(-)пантопразолу в 2 рази нижче звичайної дозволяє отримати таку ж терапевтичну відповідь, як і стандартна доза пантопразолу, що зменшує кількість побічних ефектів.

Мета роботи. Вивчити ефективність комбінованої АХТ з включенням Ультери у хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки (ПВ ДПК).

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 34 хворих обох статей (середній вік - 36,2±2,55 року) під час загострення ПВ ДПК. Тривалість захворювання в середньому дорівнювала 7,7±1,12 років (від 1,5 до 18 років). Проводилась ретельна оцінка клінічних проявів больового, диспептичного та астено-невротичного синдромів як до так і в процесі лікування. Діагноз ПВ верифікували ендоскопічно, Нр виявляли швидким уреазним тестом та морфологічно в біоптатах антрального відділу шлунка при фарбуванні за методом Гімзи.

В якості АХТ використовували Ультера в дозі 20 мг; кларитроміцин – по 500 мг та амоксицилін – 1000 мг двічі на добу протягом 7 днів. Після закінчення АХТ хворі продовжували прийом Ультери в дозі 20 мг один раз на добу протягом трьох тижнів. Частоту ерадикації Нр оцінювали з використанням швидкого уреазного тесту та морфологічного методу через 4 тижні після закінчення АХТ.

Результати та їхнє обговорення. При оцінці клінічної ефективності проведеного лікування встановлено, що основні клінічні прояви захворювання були ліквідовані протягом перших 5-7 днів лікування. На кінець місячного терміну після АХТ виразки у всіх випадках були зарубцьовані. Ерадикація Нр-інфекції через 4 тижня після закінчення лікування, була констатована у 29 хворих (85,3 %), що задовольняє міжнародні вимоги до АХТ. Протягом лікування фіксувалися клінічно виражені побічні ефекти у 8 хворих (23,5%): зміна смакових відчуттів, тошнота, короткочасна діарея, метеоризм, головний біль. В зв'язку з тим, що ці симптоми не впливали суттєво на стан хворих, ніяких додаткових препаратів для їх корекції не призначали та АХТ відміняли.

Висновки: Результати дослідження підтвердили той факт, що Ультера (S(-)пантопразол) є високоефективним та безпечним антисекреторним препаратом. У складі комбінованої АХТ Ультера (S(-)пантопразол) дає достатній рівень ерадикації Нр – 85,3 %, на фоні відсутності клінічно значущих побічних ефектів.

СТАН АЛЕРГОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2009 РОЦІ

Пристапа Л.Н., Гуйва Т.О., Кутина О.В.*, Лоза Є.О.*, Гончаренко Т.С.*, Чередніченко Н.А.*, Савенко І.І.***

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

**Сумська обласна клінічна лікарня*

***Управління охорони здоров'я*

Алергологічна допомога населенню Сумської області здійснювалась відповідно до нормативних документів: Наказу МОЗ України № 127 та Наказу МОЗ України № 122 та відповідних наказів управління охорони здоров'я облдержадміністрації. Спеціалізована медична допомога надавалась підготовленими з алергології терапевтами, які є у 13 районах області, а також лікарями-алергологами СОКЛ. Забезпеченість лікарями-алергологами дорослого населення складає 0,04 у порівнянні із 0,07 по Україні.

Аналіз показників алергологічної служби у Сумській області у 2009 році показав, що у структурі алергічних захворювань основне місце займає бронхіальна астма (БА) (кількість хворих – 3417), а поширеність її – 365,8 на 100 тисяч населення у порівнянні із 358,6 у 2008 році та із загальнодержавними показниками (496,3). Показник захворюваності на БА зменшився до 14,3 у порівнянні із 17,04 у 2008 році та залишається нижчим від загальнодержавного показника (23,9), що свідчить про недостатню діагностику та недовиявлення цієї патології. Смертність від БА зменшилась у порівнянні із такою у 2006 році (0,69) та становить 0,5 проти 0,9 по Україні. Негативною тенденцією є збільшення виходу на інвалідність до 0,34 у порівнянні із 0,22 у 2008 році та зростання смертності від БА до 0,6 у порівнянні із 0,3 у 2008 році.

Показник поширеності алергічного риніту нижчий за державний - 187 проти 288,7, що свідчить про низьке його виявлення. В умовах спеціалізованих ліжок СОКЛ проліковано 6,4 % хворих методом специфічної імунотерапії.

Рівень виявлення atopічного дерматиту недостатній, про що свідчать показники його розповсюдженості та захворюваності: 2009 рік – 37,6/1,51, 2008 рік – 41,8/8,92 у порівнянні із загальнодержавними – 67,1/30,5.

Активно проводиться реабілітація хворих на алергопатологію в реабілітаційних центрах України. Кількість оздоровлених у 2009 році 79 хворих на БА (медична ефективність 98,5 %). В умовах стаціонару оздоровлено 16,1 % хворих на БА, які знаходяться на диспансерному обліку. Специфічна діагностика проведена у 489 хворих. З метою покращання діагностики алергічних хвороб було здійснено 14 планових виїздів у райони, у т.ч. - з метою алергогестування.

Зважаючи на певні успіхи в наданні алергологічної допомоги населенню області, потрібно підвищити забезпеченість лікарями-алергологами з метою покращання діагностики алергічних хвороб, більш широко впроваджувати методи специфічної діагностики та специфічної імунотерапії.

АНАЛІЗ РОБОТИ ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ У 2009 РОЦІ

*Гуйва Т.О. *, Приступа Л.Н., Купина О.В. *, Лоза Є.О. *, Гончаренко Т.С. *, Чередніченко Н.А. *, Савенко І.І. ***

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

** Сумська обласна клінічна лікарня*

*** Управління охорони здоров'я*

Метою роботи була оцінка стану пульмонологічної допомоги населенню Сумської області у 2009 році.

Матеріал та методи дослідження. З метою оцінки рівня пульмонологічної служби області використано показники стаціонарної та консультативної допомоги за два поточні роки й для порівняння - загальнодержавні показники.

Результати дослідження. Надання пульмонологічної допомоги населенню проводилось згідно клінічних протоколів, рекомендованих МОЗ України (Наказ № 127). Забезпеченість лікарями-пульмологами та пульмонологічними ліжками є нижчими у порівнянні із державними показниками (0,11 проти 0,14 на 10 тисяч населення та 0,93 проти 1,05).

Розповсюдженість хвороб органів дихання по Сумській області за даними 2009 року становить 17697,7 на 100 тисяч дорослого населення (по Україні – 23758,7) з них: ХОЗЛ – 2020,1 проти 3673,4 – по Україні, бронхіальна астма – 365,2 проти 496,8 по Україні. Захворюваність на хвороби органів дихання становить 12393,1 (по Україні – 17701,9). Захворюваність на ХОЗЛ становить 135,4 проти 239 по Україні; на бронхіальну астму – 14,3 у порівнянні із 23,9 по Україні. Показник захворюваності на пневмонії зріс до 411,6 та є вищим державного (394).

Смертність населення області від хвороб органів дихання знизилась до 85,6 на 100 тисяч населення, хоча значно перевищує державний показник (50,4 на 100 тисяч населення). Зокрема, показник смертності від пневмонії зріс на 22,9 %, залишається на високому рівні смертність від ХОЗЛ.

З метою покращання роботи пульмонологічної служби виконано 26 планових виїздів, проведено 2 обласних конференції за участю провідних фахівців Інституту фізіатрії та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, видано 2 інформаційних листи. Протягом 2009 року впроваджено 4 нових методики лікування. На базі пульмонологічного відділення СОКЛ виконуються магістерські та кандидатські дисертації, результати яких підсумовані у 19 наукових працях, з них: 6 журнальних статті, 13 тез доповідей.

Необхідними шляхами поліпшення пульмонологічної допомоги населенню є підвищення забезпеченості лікарями-пульмологами та пульмонологічними ліжками, а також – чітке дотримання лікарями протоколів надання пульмонологічної допомоги.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ СИМВАСТАТИНУ У ХВОРИХ ІЗ ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Приступа Л.Н., Циганкова Т.І.

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

Метою дослідження було вивчення клініко-імунологічної ефективності симвастатину у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) із III стадією.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 74 хворих на ХОЗЛ III стадії, які були поділені на дві групи: I групу склали 29 хворих, які отримували базисне лікування; II – 35 хворих, які отримували в доповнення симвастатин по 20 мг протягом 3 місяців. Визначення вмісту цитокінів (ІЛ-6, ІЛ-8, ФНП- α) у сироватці крові проводили з використанням наборів ТЗОВ «Протеїновий контур» (Росія), а С-реактивного білка (СРБ) - Biomerica (США) методом імуноферментного аналізу згідно методики виробника.

Результати досліджень. Вплив симвастатину у поєднанні із базисною терапією через 3 місяці на клінічну ефективність лікування полягав у зменшенні вираженості симптомів у хворих II групи у порівнянні із I групою: кількості мокротиння – у 5,2 разів та у 3,4 разу; кількості сухих хрипів - у 4,4 разу та у 2,8 разу; задишки - у 3,6 та 3 рази; кашлю - у 2,6 та 2,3 разу відповідно.

Аналіз вмісту маркерів запалення у хворих II групи показав, що рівні СРБ, ІЛ-6 та ФНП- α знижувались до показника контролю і були нижчими за такі у хворих I групи ($p < 0,05$). Вміст ІЛ-8 мав лише тенденцію до зниження та не відрізнявся від такого у хворих I групи.

Висновки. Таким чином, залучення симвастатину до лікування хворих на ХОЗЛ сприяло нормалізації вмісту маркерів запалення (СРБ, ІЛ-6, ФНП- α), що супроводжувалось зменшенням кількості мокротиння, інтенсивності кашлю та задишки.

ПОРІВНЯЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ І БЕЗПЕЧНОСТІ S-АМЛОДИПІНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ ІЗ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Шкрьоба А.О., Приступа Л.Н.

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

Мета роботи – вивчити клінічну ефективність і безпечність нового препарату амлодипіну – S-амлодипіну у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ).

Матеріал та методи. Обстежено 45 хворих на ХОЗЛ II стадії у поєднанні із АГ I ступеню, які були поділені на дві групи. До I групи увійшло 22 хворих, які отримували лікування з приводу ХОЗЛ згідно Наказу МОЗ України №128 і рацемічний амлодипін (суміш S- і R-ізомерів) у дозі 5-10 мг на добу. До II групи увійшло 23 хворих, які отримували ідентичне лікування з приводу ХОЗЛ, але у якості гіпотензивного препарату S-амлодипін у дозі 2,5-5 мг. Тривалість лікування становила 3 місяці. Проводився добовий моніторинг артеріального тиску, ехокардіоскопічне дослідження серця, дослідження показників бронхіальної обструкції, частота побічних ефектів на початку та після закінчення лікування.

Результати дослідження показали, що обидві форми амлодипіну мають виражену гіпотензивну дію – відмічається зниження середніх показників систолічного і діастолічного тиску, причому, статистично вагоміше зниження артеріального тиску спостерігалось у хворих, які приймали S-амлодипін. Крім того, покращились структурно-функціональні параметри серця, що призвело до зменшення гіпертрофії міокарду і покращення діастолічної функції серця. Частота побічних ефектів у S-амлодипіну значно менша, ніж у рацемічного амлодипіну, особливо це стосується набряків гомілок.

Висновки. S-амлодипін є ефективним антигіпертензивним препаратом, який у дозі удвічі нижчій, ніж рацемічний амлодипін, позитивно впливає на структурно-функціональні параметри серця, має низьку частоту побічних ефектів.

НАВЧАЛЬНІ ПРОГРАМИ ДЛЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЯК МЕТОД ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЇХ ЖИТТЯ ТА ЗНИЖЕННЯ ТЕМПІВ ПРОГРЕСУВАННЯ

Захарченко Н.О., Приступа Л.Н., Дмитрук В.А., Гуйва Т.О.***

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

**фтизіатрична МСЕК*

***Сумська обласна клінічна лікарня*

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – це одна з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. В Україні ХОЗЛ входить у число лідерів причин тимчасової втрати працездатності та інвалідності населення. Незважаючи на значну кількість різноманітних методик лікування ХОЗЛ, ця патологія залишається однією із провідних причин смерті населення в усьому світі.

Мета дослідження. Дослідити ефективність навчальної програми у хворих на ХОЗЛ.

Матеріал та методи дослідження. Проведено анкетування 80 хворих на ХОЗЛ згідно розробленої нами анкети.

Результати дослідження. У результаті анкетування хворих пульмонологічного відділення виявлено, що близько половини хворих ХОЗЛ не дотримувалися призначеної регулярної базисної терапії, а надавали перевагу препаратам короткої дії з швидким отриманням ефекту. Серед інвалідів це співвідношення було дещо менше. Анкета також включала перелік питань для оцінки якості життя хворих у залежності від регулярності та повноцінності лікування. Переважна більшість серед опитаних хворих (більше 90 %) хотіли б більше дізнатися про своє захворювання, причини розвитку, лікування та методи реабілітації. На основі отриманих даних була розроблена програма навчання хворих ХОЗЛ, в якій приймали участь 32 хворих. Навчання включало: показ мультимедійного навчального курсу по ХОЗЛ, бесіду та спонування хворих до відмови від куріння, вивчення причин загострення захворювання та методів їх попередження, обговорення необхідності адекватного та регулярного лікування, консультації по харчуванню хворих, консультації по фізичній реабілітації (дихальна гімнастика, дозована хода).

Після завершення навчальної програми було встановлено, що близько 83 % хворих схильні до регулярного прийому медичних препаратів (але 12 % з них указують на неможливість прийому через низьке матеріальне забезпечення сімей), 57 % опитаних обмежують себе в курінні, 84 % хворих регулярно проводять міри із покращення свого здоров'я, займаються лікувальною гімнастикою на дому. Більшість серед опитаних (майже 90 %) відмітили покращення настрою, апетиту.

Висновок. Таким чином, за рахунок навчальних програм для хворих ХОЗЛ в короткі терміни та при незначних матеріальних затратах можливо досягнути покращення якості життя більшості хворих.

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Пилипенко В.Г., Маркин М.А., Кисляков В.П., Старкив Е.И., Горяева С.Ю., Кравец А.Ф., Собчишин Н.П.

Сумский областной клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны

Изучено клиническое течение хронического пиелонефрита у 53 больных пожилого возраста. Клинико-лабораторная диагностика этого заболевания в условиях терапевтического отделения встречает затруднения. Это связано со скудностью клинических проявлений, их слабой или умеренной интенсивностью, кратковременным непостоянным течением, слабо выраженными лабораторными показателями.

Характерной особенностью клиники хронического пиелонефрита в геронтологической практике, в отличие от больных среднего и молодого возраста, является его возникновение и развитие на фоне других заболеваний. У наблюдаемых нами больных хронический пиелонефрит чаще развивался на фоне атеросклероза коронарных и церебральных артерий, ишемической болезни сердца с ее осложнениями (сердечной недостаточностью, нарушениями ритма сердца), реже воспалительными заболеваниями органов дыхания, аденомы простаты у мужчин, хронического холецистита, сахарного диабета. Можно полагать, что патология органов дыхания и желчевыводящих путей служила источником инфекции и одной из причин развития хронического пиелонефрита.

Жалобы на боль в пояснице и дизурические расстройства у наблюдаемых больных встречались редко. Систоло-диастолическая артериальная гипертензия (АГ) различной степени выраженности обнаружена у 46 больных. У основной массы больных АГ имела слабую или умеренную степень выраженности (мягкая АГ) с тенденцией к ослаблению по мере их лечения.

Хроническая почечная недостаточность, судя по величине содержания в плазме крови мочевины и креатинина, наблюдалась лишь у 6 больных, анемия - у 13 больных, СОЭ увеличивалась у 21 больного, лейкоцитоз - у 2. Что касается изменений в моче, то у половины больных обнаружена гипостенурия, лейкоцитурия и примерно у 2/3 из них - умеренная протеинурия.

Таким образом, фоновая патология сердечно-сосудистой системы с сопутствующей хронической сердечной недостаточностью и другие заболевания с их многочисленными поражениями внутренних органов, особенностями иммунных и адаптационных процессов “затягивают” клинико-лабораторную картину хронического пиелонефрита и ограничивают его клинические проявления.

ДЕЯКІ МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ЛІТНІХ ХВОРИХ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ

Трофімцова О.П., Скоробагата Т.Є., Котова С.В., Руденко Т.М., Греченкова В.А., Міхно Т.О.

Сумський обласний клінічний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни

Остеоартроз (ОА) є лідером серед дегенеративних захворювань суглобів, особливо у людей похилого віку. За поширеністю ОА посідає значне місце серед ревматичних захворювань, уступаючи остеопорозу та синдрому болю в спині. Терміном метаболічний синдром (МС) пов'язані на патобіохімічному та патофізіологічному рівнях фактори, що обумовлюють високий сумарний ризик розвитку серцево-судинних захворювань. МС об'єднує такі фактори, як артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, ожиріння, порушення вуглеводного обміну. Поширеність МС складає 15-20%. Тому актуальним є вивчення показників метаболізму при поєднаному перебігу ОА та МС у хворих похилого віку. Такий компонент МС, як дисліпопротеїнемія, є фактором ризику ішемічної хвороби серця (ІХС). Згідно сучасних уявлень, необхідними для профілактики прогресування ІХС є статини (ловастатин). Результати багаточисельних досліджень протягом 15 років свідчать, що регулярне застосування статинів призводить до зниження частоти розвитку інфаркту міокарда і смерті від патології коронарних судин до 40%.

Мета: вивчити стан деяких метаболічних показників у хворих на ОА з МС в похилому віці, вплив ловастатину на показники ліпідного обміну.

Обстежено 48 хворих на ОА колінного суглобу та МС віком від 64 до 83 років. Тривалість захворювання ОА склала у 14,8 років, порушення функції суглобу – II стадії. У всіх хворих діагностували МС за наявності критеріїв: порушення толерантності до глюкози або цукровий діабет II типу (за результатами визначення глікемії натщесерце та рівня постпрандіальної глікемії), абдомінальний тип ожиріння, дисліпопротеїнемія (гіперхолестеринемія, гіпертригліцеридемія). Хворим був призначений ловастатин у дозі 20 мг раз на добу протягом 18 діб. Контрольна група - 15 хворих, які не отримували ловастатин.

Після лікування ловастатином середній показник холестерину у сироватці крові складав $6,04 \pm 0,25$, до лікування – $6,12 \pm 0,34$ ммоль/л; тригліцеридів – після лікування $1,37 \pm 0,27$, до лікування – $1,31 \pm 0,25$ ммоль/л; рівень глікемії натщесерце після лікування – $7,34 \pm 0,26$, до лікування – $7,5 \pm 0,41$ ммоль/л; рівень постпрандіальної глікемії після лікування – $7,98 \pm 0,37$ ммоль/л, до лікування – $8,06 \pm 0,42$ ммоль/л.

Таким чином, результати дослідження свідчать про те, що ловастатин у хворих з остеоартрозом у поєднанні з метаболічними розладами має виражений гіполіпідемічний ефект, а також проявляє нейтральність до вуглеводного обміну.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІЗИНОПРИЛУ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Чернацька О.М., Вашист М.М., студ. 6-го курсу, Журнаджян Ю.В., учениця МАН

Наукові керівники – проф. Л.Н. Приступа, доц.Н.В. Деміхова

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

У лікуванні хронічної серцевої недостатності (ХСН) актуальним питанням є правильний вибір гіпотензивного препарату, враховуючи метаболічну активність та органопротекторну дію, саме в похилому віці.

Мета: вивчення ефективності застосування низьких і високих доз інгібітору АПФ (лізиноприлу) при ХСН у хворих похилого віку на основі комплексного вивчення перебігу, параметрів, що характеризують якість життя та внутрішньосерцеву гемодинаміку.

Обстежено 63 хворих з ХСН І-ІІІ ФК, у віці від 62 до 88 років, середнього віку $73,54 \pm 0,56$ років, серед них 45 чоловіків (71,4%) і 18 жінок (28,6%). Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб.

Функціональний клас (ФК) ХСН визначали згідно класифікації NYHA: I ФК ХСН - у 12 (19,0%), II ФК – у 35 (55,6%), III ФК - у 16 (25,4%) хворих.

Дизайн дослідження складався із первинного обстеження, розподілу хворих на групи та повторного обстеження в кінці лікування. До 1-ої групи увійшов 31 (49,2 %) хворий: 22 чоловіки та 9 жінок. Хворі цієї групи приймали низькі (5-10 мг) дози лізиноприлу. До 2-ої групи увійшли 32 (50,8 %): 23 чоловіків і 9 жінок, які приймали високі (20-40 мг) дози лізиноприлу.

Параметри, що відображають якість життя хворих з ХСН, вивчали згідно Міннесотського опитувальника. У хворих 2-ї групи в порівнянні з пацієнтами 1-ї групи відзначають більш виражену динаміку балів по другому (відповідно на 45,1 і 16,0 %; $P < 0,05$), третьому (відповідно на 47,4 і 25,1 %; $P < 0,05$) і п'ятому (відповідно на 74,6 і 65,3 %; $P > 0,05$) пунктах опитувальника. Таким чином, у хворих, які приймали високі дози інгібітору АПФ лізиноприлу, відмічено більш виражену позитивну динаміку показників Міннесотського опитувальника.

У процесі лікування відзначено тенденцію до збільшення толерантності до фізичного навантаження, що підтверджують результати тесту 6-хвилинної ходьби. В середньому хворі основної групи пройшли 402,4±57,1 м, у групі порівняння - 412,7±74,2 м ($p > 0,05$). Після лікування відзначено тенденцію до збільшення подоланої відстані за 6 хвилин - 431,6±52,3 м, що підтверджено у зниженні ФК ХСН після лікування.

Під впливом терапії лізиноприлом зміни морфо-функціональних показників лівого шлуночка серця проявилися у зменшенні КДО на 12,76% (з 148,82 ± 6,50 до 129,83 ± 6,57 мл, $p < 0,05$), КСО – на 17,86% (з 67,18 ± 4,29 до 55,08 ± 4,38 мл, $p < 0,05$), що призвело до збільшення фракції викиду (ФВ) на 9,03% (з 50,34±1,64 до 55,34 ± 1,72 %, $p < 0,05$), що свідчить про покращення систолічної функції міокарду.

Таким чином, лізиноприл є ефективним і безпечним інгібітором АПФ в терапії хворих з ХСН, покращує систолічну функцію міокарду. Хороша переносимість високих доз лізиноприлу (20-40 мг) при ХСН є важливим чинником ефективного лікування і підвищення якості життя пацієнтів.

ОЦІНКА ВПЛИВУ ЛІЗИНОПРИЛУ В ЛІТНІХ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II ТИПУ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Бороденко А.О., Васько Н.О., Скакодуб А.С., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – доц. Н.В. Деміхова

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

Мета: оцінити деякі клініко-метаболічні показники у хворих на цукровий діабет II типу в поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ) під впливом препарату лізиноприл - інгібітора ангіотензинперетворюючого ферменту.

Під наглядом знаходилися 40 хворих на цукровий діабет II типу в поєднанні з АГ (I, II стадій) віком від 63 до 78 років. Всі пацієнти були розподілені на дві групи: I групу склали 20 хворих, які отримували базисну терапію. До II групи були включені 20 хворих, які одержували лізиноприл поряд з базисною терапією. У I групі було 14 чоловіків та 6 жінок, у II - 11 чоловіків та 9 жінок. Лізиноприл призначали в дозі від 2,5 до 20 мг на добу, під контролем клінічного статусу, ЕКГ і артеріального тиску (АТ). Курс лікування - 18 діб.

Перебіг АГ зі стійким підвищенням діастолічного АТ (90-110 мм рт.ст.) у обстежених хворих старечого віку носить більш доброякісний характер. Відмічено, що зниження АТ у похилих людей до загальноприйнятих нормальних показників (систоличний АТ не більше 140 мм, діастолічний АТ не більше 90 мм рт.ст.) часто призводило до погіршення загального стану хворих та розвитку ускладнень. Суб'єктивні прояви захворювання цих пацієнтів дуже скудні, тоді АГ нерідко виявляється випадково, під час чергового огляду лікарем. Такий атипичний розвиток захворювання пояснюється гіпореактивністю нервової системи. Ранніми симптомами хвороби є "немотивована" слабкість, зниження працездатності, почуття тяжкості, розпирання в голові, головний біль, а також симптоми прогресуючого атеросклерозу: порушення сну, пам'яті, головокружіння, шум у голові, емоційна лабільність, біль у ділянці серця, порушення ритму серця, задишка. Слід зазначити, що з віком підвищується роль АГ як фактора ризику розвитку атеросклерозу. Встановлено, що добова динаміка АТ характеризується зниженням його рівня під час нічного сну, особливо під час першої половини ночі.

До лікування лізиноприлом у II групі середній показник холестерину у сироватці крові складав 6,04±0,25, після лікування – 6,12±0,34 ммоль/л; тригліцеридів – до лікування 1,37±0,27, після лікування – 1,31±0,25 ммоль/л; рівень глікемії натщесерце до лікування – 7,34±0,26, після лікування – 7,5±0,41 ммоль/л; рівень постпрандіальної глікемії до лікування – 7,98±0,37 ммоль/л, після лікування – 8,06±0,42 ммоль/л.

Систоличний АТ у I групі складав до лікування 157,2±3,7, після лікування – 152,9±3,2 мм рт.ст.; діастолічний АТ до лікування - 90,3±3,2, після лікування 87,8±3,1 мм рт.ст. У II групі систолічний АТ складав до лікування 156,5±3,2, після лікування – 139,8±3,1 мм рт.ст.; діастолічний АТ – до лікування 91,5±3,3, після лікування 80,0±2,8 мм рт.ст..

Таким чином, лізиноприл у хворих на цукровий діабет II типу у поєднанні з АГ має виражений антигіпертензивний ефект, не погіршує стану вуглеводного та ліпідного обміну, тобто проявляє метаболічну толерантність.

ЭФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА ПРИ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОЗНАКАМИ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ НЕФРОПАТИИ

Атаман Ю.О.

СумДУ, кафедра внутренней медицины последипломной освіти с курсом пропедевтики

С огляду на високу поширеність артеріальної гіпертензії (АГ), залишається актуальним питання про вивчення лікарських засобів, вплив яких, з одного боку, дозволяв би контролювати артеріальний тиск, а з другого - уповільнював би прогресування її ускладнень, зокрема гіпертензивної нефропатії.

Метою дослідження було дослідження впливу амлодипіну на артеріальний тиск і функцію нирок у пацієнтів з ознаками гіпертензивної нефропатії.

В дослідженні приймали участь 28 пацієнтів терапевтичного відділення Сумського обласного клінічного госпіталю інвалідів Вітчизняної війни віком понад 65 років. У всіх хворих було діагностовано артеріальну гіпертензію різного ступеню тяжкості, крім того в 20 хворих були виявлені такі ознаки нефропатії, як мікроальбумінурія (вміст альбумінів ранішньої порції сечі 30 – 300 мг/л), мікрогематурія в 11 осіб, у 6 пацієнтів – підвищення рівня азотистих основ сироватки крові. Ультразвукове дослідження нирок було проведено 24 хворим – ознаки нефросклерозу були виявлені в 12 випадках. Хворим призначався амлодипін (амлонг) в дозі 2,5 – 10 мг протягом 18 – 24 днів. Оцінку ефективності використання амлодипіну проводили на підставі контролю артеріального тиску в межах 140/80 мм.рт.ст., вираженості покращення клініко-лабораторних показників.

Отримані в роботі данні свідчать про те, що досягнення цільових цифр АД спостерігалось у 23 осіб (82%) протягом перших 7-х днів від початку лікування, і у 28 осіб (100%) - наприкінці другого тижня прийому препарату. 20 хворих (71%) починаючи з 10 доби лікування були переведені на підтримуючу дозу амлодипіну – 5 мг. При цьому відмічалось: у 8 пацієнтів (28%) - зникнення мікрогематурії, у 16 (57%) – зменшення альбумінурії, рівень креатиніну крові нормалізувався у 2-х хворих (7%, або 33% осіб з підвищеним рівнем азотистих основ крові). В жодній особі не було відмічено побічних реакцій і випадків непереносимості амлодипіну.

Таким чином, нами з'ясовано, що при адекватному виборі лікувальної тактики використання амлодипіну є ефективним як для контролю артеріального тиску, так і для покращення функції нирок, якщо до цього відмічались ознаки гіпертензивної нефропатії.

КОМОРБИДНАЯ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ТИПЫ ОРТОСТАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВАРИАбельНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Томина Е.Е.

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.И. Яблчанский

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, кафедра внутренних болезней

Изучены частоты встречаемости типов ортостатических реакций (ОР) диастолического артериального давления (ДАД) и особенности вариабельности сердечного ритма (ВСР) у пациента с коморбидной с язвенной болезнью (ЯБ) артериальной гипертензией (АГ), с разными типами ОР ДАД. В амбулаторных условиях обследованы пациенты (141), из них 41 – основная группа (коморбидная с ЯБ АГ), 58 – группа сравнения 1 (изолированная АГ) и 42 – группа сравнения 2 (изолированная ЯБ). Фиксация цифр ДАД проводилась в клиностазе после 5 минутного отдыха и на 3 минуте перехода в ортостаз. ВСР оценивали по данным интервалокардиографии на электрокардиографе Cardiolab 2000 на 5-минутных интервалах ЭКГ, которую регистрировали во втором стандартном отведении в клиностазе, ортостазе и тесте с метрономизированным дыханием. Изучали спектральные показатели ВСР: общую мощность спектра (TR, мс²) и соотношение низко- и высокочастотных доменов (LF/HF). По приращению ДАД при переходе из клиностаза в ортостаз выделяли 3 типа ОР ДАД: гипотензивный, изотензивный, гипертензивный. Критериями изотензивного типа ОР было отклонение ДАД не более 5 мм рт.ст., гипо- и гипертензивного – снижение/увеличение более 5 мм рт.ст., соответственно.

В группе с коморбидной с ЯБ АГ, как и в группах с изолированными АГ и ЯБ, встречались все три типа ОР ДАД, при этом гипертензивный тип ОР ДАД был более частым (78%, 68%, 54%, соотв.), чем изотензивный (14-24-35%, соотв.), и гипотензивный (8-8-11%, соотв.). В группе с коморбидной с ЯБ АГ TR ВСР в клиностазе имела промежуточные значения (1392, мс²) по сравнению с минимальными – в группе с изолированной АГ (1380, мс²) и максимальными – в группе с ЯБ (2130, мс²); LF/HF было максимальным (3,3) против промежуточного в группе с изолированной АГ (2,3) и минимального в группе с изолированной ЯБ (1,7). В группе с коморбидной с ЯБ АГ реакции TR ВСР и LF/HF на ортостаз и тест с метрономизированным дыханием в основном были неправильные, против правильных в группах с изолированными АГ и ЯБ. Таким образом, коморбидная с ЯБ АГ характеризовалась утративанием правильных механизмов регуляции, что может свидетельствовать о взаимном усугублении течения данных заболеваний.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ЛІКУВАННЯ ІЗОЛЬОВАНОЇ СИСТОЛІЧНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ДИГІДРОПІРИДИНАМИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

Лайкова Л.М., Онда А.І., студ. 3-го курсу

Науковий керівник - к.м.н., асист. Ю.О. Атаман

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

Актуальність проведеного дослідження зумовлена високою розповсюдженістю ізольованої систолічної артеріальної гіпертензії (ІСАГ) у літніх хворих та складністю пошуку оптимального лікування цієї недуги, зумовленою специфікою вказаного контингенту осіб. Метою проведених нами досліджень було проведення порівняльної оцінки клінічної ефективності та безпечності лікування ІСАГ найбільш поширеними дигідропіридинами пролонгованої дії у осіб похилого віку, оскільки численні данні вказують на те, що препарати цієї групи є ефективними при цьому захворюванні.

Для досягнення поставленої мети нами обстежено 78 хворих на ІСАГ віком понад 65 років. Всі хворі були умовно розподілені на чотири групи. В контрольну групу увійшли 13 пацієнтів, з які отримували в якості основного лікування ІСАГ тенорик (атенолол та гіпотіазид). Іншим 24 пацієнтам з метою лікування ІСАГ було призначено коринфар-ретард (ніфедипін SR) – перша група порівняння. Крім того 23 хворих отримували нормодипін (амлодипін) – друга група порівняння та 18 – леркамен – третя група порівняння.

Проведені нами дослідження показали, що прийом усіх застосованих гіпотензивних засобів супроводжувався позитивним впливом на клінічну картину захворювання та покращенням добового профілю АТ. При цьому лікування амлодипіном та лерканидипіном дало кращі результати, ніж лікування ніфедипіном SR та комбінованим препаратом гідрохлортіазиду та атенололу. Лікування першим та другим препаратом супроводжувалося більш вираженою, швидкою та безболісною стабілізацією АТ на цільовому для осіб похилого віку рівні, у цих препаратів чітко простежувався вплив на варіабельність денного та нічного САТ та ДАТ. З огляду на ефективність лікування ІСАГ достовірної різниці між амлодипіном та лерканидипіном не виявлено. З огляду на безпечність препаратів, найкращі результати були отримані в групі амлодипіну та лерканидипіну, причому при прийомі останнього препарату лише у одній пацієнтки ми зареєстрували побічну реакцію у вигляді відчуття жару та почервоніння обличчя.

Таким чином, найбільший позитивний вплив мало застосування дигідропіридинів III покоління – амлодипіну та лерканидипіну. Цим препаратам має бути віддана перевага при виборі лікування ІСАГ.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ГІПОТЕНЗИВНОЇ І НЕФРОПРОТЕКТОРНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ КОМБІНАЦІЙ ДВОКОМПОНЕНТНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ РЕНОПАРЕНХІМАТОЗНІЙ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Зеленьська Н. П., студ. 5-го курсу, Фесюк Н. І., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – к.м.н., асист. О.С. Погорелова

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

Ренопаренхіматозна артеріальна гіпертензія (АГ) – синдром, при якому стійке підвищення артеріального тиску (АТ) обумовлене ураженням паренхіми при різних захворюваннях нирок. Незалежно від етіологічного фактора, що призвів до первинного ураження нирок, подальший перебіг захворювання, його прогресування характеризується загальними закономірностями патогенетичних механізмів і стадійністю. Основними чинниками АГ при ХЗН вважають випадання депресорної функції нирок внаслідок зменшення утворення в ній простагландинів і кінінів, що здатні розширювати ниркові артерії, збільшувати нирковий кровотік, виділення натрію; збільшення ОЦК внаслідок порушення видільної функції нирок; активацію ренін-ангіотензин-альдостеронової системи.

Із метою порівняння ефективності гіпотензивної та нефропротекторної терапії різних комбінацій антигіпертензивних препаратів ми провели на базі нефрологічного відділення Сумської обласної клінічної лікарні дослідження, в яке було включено 18 хворих-жінок, 20-62 років, що страждали на ренопаренхіматозну артеріальну гіпертензію. У структурі причин, які призвели до розвитку хронічного захворювання нирок (ХЗН) у них слід зазначити, хронічний гломерулонефрит - 11 (61,1%) пацієнток, хронічний пієлонефрит - 3 хворі (16,6 %), і по 2 пацієнтки страждали на діабетичну нефропатію та полікістоз нирок, що становить по 11,1 %. Всі хворі мали ХЗН I-III ступеня, що відповідало рівню швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) 33,7- 89 мл/хв. З метою порівняння гіпотензивної та нефропротекторної комбінацій певних препаратів всі хворі були розподілені на 3 групи. Перша група хворих отримувала лікування комбінацією інгібітора АПФ з антагоністом кальцієвих каналів недигідропіридинового ряду, друга група хворих - комбінацію інгібітора АПФ з бета-адреноблокатором та третя група – комбінацію блокатора рецепторів ангіотензину II з антагоністом кальцієвих каналів. Порівняння проводилося за допомогою клінічних (збір анамнезу, скарг, моніторинг АТ), лабораторних (клінічного та біохімічного аналізу крові, клінічного аналізу сечі, проби Реберга-Тареева, добової протеїнурії) та інструментальних (УЗД нирок, ЕКГ) методів дослідження. Критеріями ефективності вважали зниження цифр АТ, зменшення протеїнурії у клінічному аналізі сечі, зменшення добової втрати білка, сповільнення темпів зниження ШКФ або, навпаки, збільшення цього показника на фоні терапії. Виявлено, що найкращі ренопротекторні та гіпотензивні властивості притаманні комбінації інгібітора АПФ з антагоністом кальцієвих каналів недигідропіридинового ряду.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ КОМОРБИДНОЙ С ОСТЕОАРТРОЗОМ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ СУТОЧНЫХ ПРОФИЛЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Солдатенко И.В.

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.И. Яблчанский
Харьковский национальный университет им. В.Н.Каразина,
кафедра внутренних болезней*

Изучена эффективность контроля коморбидной с остеоартрозом (ОА) артериальной гипертензии (АГ) с учетом типов суточных профилей (СП) систолического артериального давления (САД). Обследовано 43 пациента в возрасте 59 ± 10 , 23 мужчины и 20 женщин. 23 пациента с коморбидной с ОА АГ (АГ+ОА), 20 с изолированной АГ (ИАГ). Проводили изменения офисного, домашнего и амбулаторного артериального давления (АД) тонометром Microlife BP AG1-20 и с использованием компьютерной системы CardioSensBP до, спустя 2 недели, 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев и 1 год от начала терапии. Выделяли СП САД по степени его ночного снижения: 1- over-dippers - $СНС > 20\%$; 2 – dippers - $10\% < СНС < 20\%$; 3- non-dippers - $СНС < 10\%$; 4- night-peakers - $СНС < 0\%$. Пациентам давались рекомендации по модификации образа жизни и диете. Терапия включала комбинации: ингибитор АПФ (лизиноприл) + диуретик (гидрохлортиазид либо индапамид). По требованию дополнительно назначался антагонист кальция (амлодипин), и бета-блокатор (бисопролол) при сопутствующей синусовой тахикардии. Изучали динамику САД и диастолического АД (ДАД) в группах АГ+ОА и ИАГ. Данные заносились в базу Microsoft Excel с расчетом среднего значения (М) и стандартного отклонения (sd). Статистические различия между группами оценивались с использованием t-критерия Стьюдента, критериев знаков (Т) и Манна-Уитни (U). Установлено, что с возрастом коморбидность артериальной гипертензии увеличивается с большей частотой встречаемости у лиц женского пола. Остеоартроз повышает степень тяжести артериальной гипертензии без существенного влияния на исходный уровень артериального давления в суточных профилях систолического артериального давления. Контроль артериального давления одинаково эффективен у пациентов с коморбидной с остеоартрозом и изолированной артериальной гипертензией. Эффективность контроля выше у пациентов с non-dippers и ниже - с dippers и night-peakers суточными профилями артериального давления. Коморбидная с остеоартрозом, как и изолированная, артериальная гипертензия с dippers и night-peakers суточными профилями систолического артериального давления требует более интенсивной антигипертензивной терапии.

СВЯЗЬ МЕЖДУ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ КОМПЛЕКСА QRS ЭКГ И КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Бурда И.Ю.

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.И. Яблчанский
Харьковский национальный университет им. В.Н.Каразина,
кафедра внутренних болезней*

Изучена связь между продолжительностью комплекса QRS ЭКГ и клиническими проявлениями фибрилляции предсердий (ФП) у 126 пациентов (84 мужчины и 42 женщины) в возрасте (65 ± 10) лет с давностью заболевания (6 ± 5) лет. У 81 пациента была постоянная, у 34 – персистирующая и у 11 – пароксизмальная ФП. Оценивались следующие классифицирующие признаки: пол, возраст, форма ФП, класс частоты сердечных сокращений (ЧСС), степень тяжести сердечной недостаточности (СН) и артериальной гипертензии (АГ), фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), конечно-диастолический объем (КДО) ЛЖ, переднезадний размер левого предсердия (ЛП), толщина задней стенки (ТЗС) ЛЖ. Регистрация ЭКГ производилась на компьютерном электрокардиографе «Cardiolab+». Продолжительность комплекса QRS ЭКГ измеряли в отведениях II, V1, V5, V6 (три последовательных комплекса) с выбором максимального значения для отведения и зарегистрированных комплексов. Выделены классы продолжительности комплекса QRS ЭКГ: укороченный (менее 60 мс), нормальный (60-100 мс) и удлинённый (более 100 мс). Оценка ФВ, КДО, ТЗС ЛЖ и переднезаднего размера ЛП производилась с помощью эхокардиографа «SIM 5000 plus». Систолическое и диастолическое артериальное давление измеряли тонометром Microlife BP AG1-20. Данные заносились в базу Microsoft Excel с расчетом среднего значения (М) и стандартного отклонения (sd). Диапазон продолжительности комплекса QRS ЭКГ в изученной популяции составил (65-190) мс. 54% пациентов имели удлинённый комплекс QRS ЭКГ, укороченных комплексов QRS ЭКГ не наблюдалось. Продолжительность комплекса QRS ЭКГ у мужчин превышала таковую у женщин. С возрастом удлинялся комплекс QRS ЭКГ и увеличивалась частота внутрижелудочковых блокад. Частота внутрижелудочковых блокад у пациентов с нормальным комплексом QRS ЭКГ составила 14%, с удлинённым – у 41%. У пациентов с удлинённым комплексом QRS ЭКГ и внутрижелудочковыми блокадами имели место более тяжелые клинические проявления ФП, чем без блокад. Блокада левой ножки пучка Гиса и двухпучковые блокады ассоциировались с более тяжелыми клиническими проявлениями ФП, чем другие виды блокад. С удлинением комплекса QRS ЭКГ возрастала степень тяжести СН и АГ, переднезадний размер ЛП, КДО и ТЗС ЛЖ, снижались ФВ ЛЖ и ЧСС.

УРАЖЕННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ТА СИСТЕМ ПРИ ПСОРИАТИЧНОМУ АРТРИТІ

*Буранов О.А., Кваша В.П., Свінцицький А.С., Карнаух Ю.В.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ*

Псоріатичний артрит – неспецифічне запальне ураження суглобів, мультифакторіального генезу, яке характеризується хронічним прогресуючим перебігом, призводить до тяжких структурно-функціональних змін, втрати працездатності та інвалідизації пацієнтів. Комплексне клінічне обстеження та лікування було проведено 312 пацієнтам з різним ступенем тяжкості запального процесу. Поряд з симптоматикою уражень апарата руху та опори, характерним є ураження внутрішніх органів з різним ступенем порушення функції та локалізацією. Патологія печінки та шлунково-травного тракту (від функціональних розладів до гепатитів та цирозу) виявлена у 35,9% пацієнтів, серцево-судинної системи - 37,5%, нирок (дифузний гломерулонефрит, амілоїдоз і т.п.) - до 50% пацієнтів, різноманітні ендокринні порушення (цукровий діабет, гіпертіриоз і т. д.) - 10,94 %, ЦНС - 3,1%. Так, хронічний холецистит відмічено у 34,48% хворих ($m_p=6,24\%$, $P_{\text{ген(при } t=2)}=34,48 \pm 12,48\%$, $P_{\text{ген(при } t=3)}=34,48 \pm 18,72\%$), хронічний панкреатит - у 27,59% ($m_p=5,87\%$, $P_{\text{ген(при } t=2)}=27,59 \pm 11,74\%$, $P_{\text{ген(при } t=3)}=27,59 \pm 17,61\%$), обидві ці патології разом - у 20,69% ($m_p=5,32\%$, $P_{\text{ген(при } t=2)}=20,69 \pm 10,64\%$, $P_{\text{ген(при } t=3)}=20,69 \pm 15,96\%$).

Лабораторні показники у хворих на ПА були (середній рівень): гемоглобін - $\bar{X}=128,76$ г/л, крайні значення: $\min=87$ г/л, $\max=166$ г/л); еритроцити периферичної крові $\bar{X}=4,28 \times 10^{12}/\text{л}$, крайні значення: $\min=3,5$, $\max=5,2$); ШОЕ $\bar{X}=16,97$ мм/годину, крайні значення: $\min=3$, $\max=51$); лейкоцити $\bar{X}=7,1 \times 10^9/\text{л}$, крайні значення: $\min=3,4$, $\max=12$). Середній відсоток лейкоцитів: паличкоядерні $\bar{X}=4,32\%$, крайні значення: $\min=1$, $\max=14$); сегментоядерні: $\bar{X}=58,05\%$, крайні значення: $\min=43$, $\max=80$); еозинофільні: $\bar{X}=2,31\%$, крайні значення: $\min=0$, $\max=6$); моноцити: $\bar{X}=6,58\%$, крайні значення: $\min=2$, $\max=13$); лімфоцити: $\bar{X}=28,72\%$, крайні значення: $\min=11$, $\max=46$); тромбоцити $\bar{X}=241,68 \times 10^9/\text{л}$, крайні значення: $\min=103$, $\max=358$. Осад солей у сечі виявляли у 51,72%: у 29,31% – оксалати, у 20,69% – урати, у 5,17% – фосфати. Відносна густина сечі (її середнє значення) $\bar{X}=1014$, крайні значення: $\min=1005$, $\max=1027$. Кисла сеча була у 87,93%, нейтральна – у 12,07%, лужна – у 0%.

Середній рівень загального білку $\bar{X}=75,6$ г/л, крайні значення: $\min=61,4$, $\max=81,2$). Загальний білірубін в середньому становив $\bar{X}=12,27$ мкмоль/л, крайні значення: $\min=8$, $\max=18,4$. Показники АЛТ в середньому становили $\bar{X}=24,76$ Од/л, крайні значення: $\min=11$, $\max=99$). АСТ $\bar{X}=26,21$ Од/л, крайні значення: $\min=14$, $\max=84$. АЛТ виявився підвищеним у 5,56% хворих та АСТ у 9,43%. С-реактивний білок у 16,67% був негативним, у 14,81% - «+», у 50% - «++», у 16,67% - «+++». РФ у переважної більшості пацієнтів був негативним (93,9%), у 6,1% - реакція була позитивна.

Аналіз результатів лабораторних методів обстеження вказує на зменшення кількості тромбоцитів, виражену диспротеїнемію за рахунок зменшення вмісту альбумінів та одночасною гіпергамаглобулінемією, а також відхилення від норми інших показників, які вказують на порушення з боку внутрішніх органів та систем.

Таким чином, патогенетичне лікування та профілактика рецидивів повинно включати корекцію порушень з боку внутрішніх органів та систем.

СТАН ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЛІКАРІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

*Гріненко Т.Ю., Лапатко Н.С.
Запорізький державний медичний університет,
кафедра сімейної медицини та терапії факультету післядипломної освіти*

Метою роботи стала оцінка якості життя (ЯЖ) лікарів терапевтичного профілю та розробка рекомендацій щодо її покращення. Було обстежено 30 лікарів терапевтичного профілю, які працюють у поліклінічних та стаціонарних відділеннях лікувально-профілактичних закладів м. Запоріжжя. Середній вік лікарів склав $47 \pm 2,3$ роки, жінок було 20 осіб, чоловіків – 10. На момент анкетування 5 лікарів мали хронічні захворювання у фазі ремісії. ЯЖ оцінювалася за допомогою адаптованого до країн СНД опитувальника SF-36 з визначенням наступних показників: GH – загальний стан здоров'я, PF – фізичне функціонування, RP – вплив фізичного стану на суспільну діяльність, RE – вплив емоційного стану на суспільну діяльність, SF – соціальне функціонування, VP – інтенсивність болю, VT – енергійність, MH – психічне здоров'я. Всі показники вимірювалися у балах. Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою «Statistica 6.0» (Stat Soft Inc, США) з використанням непараметричних методів.

У результаті дослідження виявлено, що фізичні компоненти ЯЖ лікарів знаходяться на досить високому рівні: GH – $64 \pm 3,2$, PF – $90 \pm 2,7$, RP – $74 \pm 5,3$, VP – $81 \pm 3,9$. Тоді як психологічні характеристики виявилися дещо нижчими: RE – $78 \pm 6,4$, SF – $45 \pm 1,6$, VT – $71 \pm 2,6$, MH – $72 \pm 2,0$. Одночасно було відмічено, що у лікарів-жінок усі показники ЯЖ були меншими, ніж у чоловіків. Можливо, це пов'язано з тим, що жінки еволюційно мають більшу лабільність емоційних та психологічних процесів, ніж чоловіки, а також приділяють більшу увагу своєму здоров'ю. При подальшому аналізі серед респондентів було виділено лікарів, у яких більше знижені фізичні компоненти ЯЖ та ті, що мали більш низькі психологічні параметри ЯЖ. Першим для покращення стану ЯЖ було рекомендовано раціональне планування режиму праці та відпочинку, модифікація способу життя з використанням дозованих фізичних навантажень, а другим – аутогенне тренування, медитативна чи дихальна психотехніка, точковий самомасаж. Отримані результати доводять актуальність вивчення стану ЯЖ навіть у практично здорових осіб, а не тільки при наявності захворювання, адже модифікація виявлених змін дозволить попередити розвиток різних патологічних станів шляхом застосування індивідуальних профілактичних програм.

СТАН ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ

Андреева Я.О.

Науковий керівник - д.м.н, проф. О.І. Токаренко
Запорізька медична академія післядипломної освіти,
кафедра терапії, фізіотерапії та курортології

Результати дослідження базуються на даних комплексного обстеження і динамічного спостереження за 117 хворими на ГХ II стадії з 1 та 2 ступенем підвищення АТ, а також за 25 практично здоровими особами (контрольна група). Функціональну активність судинного ендотелію оцінювали за такими показниками, як вміст ендотеліну-1 (ЕТ-1) і оксиду азоту (NO_x) у плазмі крові. Визначення вмісту ЕТ-1 у плазмі крові проводили за допомогою імуноферментного набору реактивів фірми «Amersham Pharmacia Biotech» і колонок для афінної хроматографії фірми «Amersham Pharmacia Biotech», відповідно до прикладеної інструкції з деякими модифікаціями. Визначення кінцевих метаболітів NO_x проводили на підставі оригінальної методики [Пат. 41003 А Україна МПК 7 G01N33/48, 33/52 Спосіб визначення оксиду азоту / Поливода С.Н., Черепок О.О., Войтович О.В. (Україна).-№ 2000127587; Заяв. 27.12.2000; Опубл. 15.08.2001. Бюл. №7 (84)]

Результати: При аналізі отриманих даних встановлена достовірна розбіжність показників в групі хворих на ГХ II стадії та контрольній групі. Так, Вміст ЕТ-1 у плазмі крові хворих на ГХ був вірогідно в 2,04 рази вище, ніж у контролі, з рівнем значимості $P < 0,01$, і складав $11,2 \pm 0,5$ пг/моль у хворих на ГХ II стадії та $5,5 \pm 0,3$ в контрольній групі. Також відзначалось зниження рівня NO_x у плазмі крові хворих на ГХ II стадії. У порівнянні з контролем вміст NO_x був в 1,58 рази нижче ($P < 0,05$), ніж у практично здорових осіб і складав $14,8 \pm 1,3$ мкмоль/л. При проведенні кореляційного аналізу вивлено прямий кореляційний зв'язок середньої сили між вмістом оксиду азоту та вмістом ендотеліну-1 ($r = 0,48$, $P < 0,05$). Зі збільшенням ступеня підвищення АТ відбувалось прогресування ендотеліальної дисфункції, на що вказувало збільшення вмісту ЕТ-1 та зменшення концентрації кінцевих метаболітів NO_x . При цьому у хворих на ГХ з 2 ступенем підвищення АТ вміст ЕТ-1 був в 1,35 рази вище ($P < 0,05$), ніж у хворих на ГХ з 1 ступенем. Вміст NO_x у хворих на ГХ з 2 ступенем підвищення АТ був в 1,42 рази нижче ($P < 0,05$) у порівнянні із хворими з 1 ступенем підвищення АТ.

Таким чином, при вивченні функціонального стану ендотелію у хворих на гіпертонічну хворобу і практично здорових осіб виявлені достовірні зміни: вміст ЕТ-1 хворих на ГХ був в 2,04 рази вище, ніж у контролі; вміст NO_x у плазмі крові хворих на ГХ - в 1,58 рази нижче, ніж у групі практично здорових осіб. Виявлений прямий зв'язок між вмістом оксиду азоту та вмістом ендотеліну-1, що вказує на комплексні зміни, які приймають участь в формуванні артеріальної гіпертензії. З переходом від 1 до 2 ступеня підвищення АТ у хворих на ГХ показники, що вивчалися, мають більш виражені значення, що свідчить про те, що прояви ендотеліальної дисфункції посилюються в залежності ступеня підвищення АТ.

ЗАЛЕЖНІСТЬ РІВНІВ ЛЕЙКОТРИСІВ ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Приступа Л.Н., Фадеева Г.А., Гуйва Т.О.* , Купина О.В.*

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

*Сумська обласна клінічна лікарня, пульмонологічне відділення

Мета: вивчити (порівняти) рівень цистеїнілових лейкотрієнів (цис ЛТ) у хворих на бронхіальну астму (БА) із різною масою тіла.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 38 хворих на персистуючу БА III та IV ступеню тяжкості із різною масою тіла, які були поділені на дві групи: до I групи увійшло 12 хворих на БА із нормальною масою тіла, до II групи – 13 хворих на БА із вісцеральним ожирінням (ВО). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (ПЗО) із нормальною масою тіла. Формулювання діагнозу БА проводили згідно Наказу МОЗ України №128 від 19.03.2007 року. З метою діагностики ВО проводили антропометричні вимірювання із визначенням ІМТ, коефіцієнта централізації жировідкладення, які оцінювали згідно рекомендацій ВООЗ (2006). Імуноферментне визначення лейкотрієнів $\text{C}_4\text{D}_4\text{E}_4$ проводили за допомогою набору «Neogen» (США\Канада) до та після лікування інгаляційними глюкокортикоїдами протягом 3 місяців. Дані оброблені методом варіаційної статистики.

Результати. Рівень цис ЛТ у хворих I групи становив ($258,5 \pm 27,58$) пг/мл, а у хворих II групи – ($340,7 \pm 26,54$) пг/мл. При проведенні кореляційного аналізу виявлено прямий кореляційний зв'язок ІМТ з рівнем цис ЛТ ($r = 0,38$; $p < 0,05$).

Після базисного лікування вміст цис ЛТ у хворих I групи знизився до ($147,7 \pm 12,79$) пг/мл та залишався у 1,7 рази вищим за норму ($p < 0,05$). Ефект інгаляційних глюкокортикоїдів на синтез цис ЛТ у хворих на БА із ВО також виявився недостатнім – знизився лише на 21 % до ($268,8 \pm 18,91$) пг/мл, перевищуючи у 1,7 рази показник I групи та у 4 рази показник ПЗО ($p < 0,05$).

Висновок. У хворих на БА із ВО вміст ЛТ достовірно відрізнявся від такого у хворих I групи ($p < 0,05$), перевищуючи показник ПЗО у 5 разів ($p < 0,001$). Збереження неконтрольованого перебігу БА у хворих із ожирінням на фоні базисної терапії можна пояснити більш високим вмістом бронхоконстрикторів – цистеїнілових ЛТ.

СТАН ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ ЗНИЖЕНОЇ ФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Рева Т.В. *, Білоока І.О.**

Науковий керівник - проф. М.Ю. Коломоєць

*Буковинський державний медичний університет,

кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб,

**Чернівецький обласний ендокринологічний центр

Актуальність проблеми гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) не викликає сумніву як у гастроентерологічній, так і в загальномедичній практиці. Розповсюдженість ГЕРХ серед дорослого населення, за даними різних авторів, у середньому складає 40-50%. Погіршення екологічної ситуації в країні не сприяє зниженню кількості випадків ураження щитоподібної залози, а навпаки спостерігається стійка тенденція до збільшення поширення гіпотиреозу та аутоімунного тиреоїдиту у населення України. У структурі ендокринних захворювань гіпотиреоз посідає одне з провідних місць, поширеність цієї патології, за даними різних авторів, перебуває у межах від 1,3 до 10,3%. При цьому показник поширеності цієї патології серед населення України з року в рік зростає і становить 170,4 на 100 тис. населення. Тому поєднання ГЕРХ та гіпотиреозу набуває великого значення.

Мета дослідження: вивчити ліпідний обмін у хворих на ГЕРХ у поєднанні зі зниженою функцією щитоподібної залози.

Обстежено 99 хворих на ГЕРХ зі зниженою функцією щитоподібної залози. Серед обстежених було: 47 хворих на первинний ідіопатичний гіпотиреоз середнього і тяжкого ступеня, 36 хворих на первинний післяопераційний гіпотиреоз середнього і тяжкого ступеня, 16 хворих на аутоімунний тиреоїдит із проявами гіпотиреозу середнього ступеня тяжкості. Середній вік хворих склав 49,9 років. Чоловіків було 17 (17,2%), жінок – 82 (82,8%).

Діагноз ГЕРХ встановлювали на підставі скарг хворих, результатів ендоскопічного дослідження. Також проводилась рентгеноскопія шлунка та пролонгована рН-метрія стравоходу та шлунка впродовж 2-3 годин за допомогою рН-метра ИКЖ-2 (м. Кам'янець-Подільський, Україна). Гіпотиреоз діагностували за рівнем тиреотропного гормону гіпофізу, тиреоїдних гормонів (вільний T_4 та T_3). Всім хворим проводилось УЗД щитоподібної залози.

Всі пацієнти обстежені клінічним методом, проведені антропометричні вимірювання. Розраховувався індекс маси тіла (ІМТ), вимірювався обвід талії та визначалось співвідношення обводу талії та обводу стегон (ОТ/ОС). Нормальний ІМТ відмічався у 19 (19,2%) хворих, надлишкова маса (ІМТ 25,0-29,9 kg/m^2) – у 27 (27,3%) хворих, 1-й ступінь ожиріння (ІМТ 30,0-34,9 kg/m^2) – у 30 (30,3%) хворих, 2-й ступінь ожиріння (ІМТ 35,0-39,9 kg/m^2) – у 10 (10,1%) хворих, 3-й ступінь ожиріння (ІМТ понад 40,0 kg/m^2) – у 13 (13,1%) хворих. У 37 хворих було діагностовано ожиріння з абдомінальним типом відкладення жирової тканини (індекс ОТ/ОС від 0,89 до 1,11). У 16 пацієнтів відмічалась надлишкова маса тіла, проте тип розподілу жирових відкладень носив центральний характер (індекс ОТ/ОС від 0,86 до 1,04).

При вивченні ліпідного спектру крові було відмічено наявність дисліпідемії із зростанням вмісту проатерогенних ліпідів: загального холестерину в 1,6-1,8 раза ($p < 0,05$), триацилгліцеридів у 1,8-2,0 раза ($p < 0,05$), ліпопротеїдів низької щільності в 1,6-1,8 раза ($p < 0,05$), та зниженням вмісту ліпопротеїдів високої щільності в 1,6-1,8 раза ($p < 0,05$).

У хворих на ГЕРХ на тлі зниженої функції щитоподібної залози із прогресуванням ступеня важкості гіпотиреозу зростає рівень атерогенних ліпідів (загального холестерину, триацилгліцеридів та ліпопротеїдів низької щільності).

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ЗА СУПУТНОЇ ІХС

Гончарюк Д.О., Колотило Т.С.

Науковий керівник – проф. О.І. Федів

Буковинський державний медичний університет,

кафедра внутрішньої медицини та ендокринології

Обстежено 12 хворих (з метою вивчення особливостей клінічного перебігу хронічного панкреатиту за супутньої ІХС) віком - 43-50 років, давністю хронічного панкреатиту 5-10 років, клінічної форми ІХС – 4-7 років. За даними анамнезу у 8 хворих спочатку було встановлено хронічний панкреатит, а через 6 років ІХС. Крім загальноклінічних методів діагностики, проводили ЕКГ, рентгенологічне дослідження серця, крупних судин, шлунка та дванадцятипалої кишки, в тому числі з метою діагностики хронічного панкреатиту; УЗД серця, органів черевної порожнини, езофагогастроудоденофіброскопію, біохімічні методи (досліджували активність амілази крові, сечі, холестерин, тригліцериди, білки крові, стан згортаючої та протизгортаючої системи крові).

Виявилось, що хронічний панкреатит в обстежених хворих, крім абдомінального болю з локалізацією в надчеревній ділянці як зліва, так і зправа, проявлявся диспепсичними скаргами (нудота, блювання, нестійкість стільця, здуття живота) і супроводжувався перебоями в серці (у 5 хв.), тахікардією (у 9 хв.), брадикардією (у 1 хв.), давлячим болем за грудниною (у 3 хв.), стискаючим короткотривалим болем в серці (у 3 хв.), підвищеним артеріальним тиском (у 3 хв.). При цьому електрокардіографічні зміни, такі, як екстрасистоля виявилася у 4 хворих, фібриляція передсердь у 1 хворого, ознаки, характерні для стенокардії, зареєстровані у 3 хворих. Гіпертрофія лівого шлуночка встановлена у 10 хворих і підтверджена рентгенологічними змінами конфігурації серця у 7 хворих, при цьому у всіх хворих ехографічно виявлялася збережена систолічна функція лівого шлуночка (величина фракції викиду була більша за 40%).

ЗАПАЛЕННЯ ТА ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРИЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ II-III СТ. ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Телекі Я.М., Булезюк О.Г., Притуляк О.В.
Науковий керівник – проф. Т.М. Христинич
Буковинський державний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини та ендокринології*

Відомо що хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – це патологія із системними проявами, що характеризується хронічним запальним процесом у бронхолегеневій системі та синдром системної відповіді на запалення. Нами обстежено 25 хворих на ХОЗЛ II-III ст., які склали I групу, 25 хворих на ХОЗЛ на тлі супутнього хронічного панкреатиту (ХП), що стали основою II групи та 10 практично здорових осіб. Нами проведено оцінювання взаємозв'язку між показником пероксидного окиснення ліпідів (малоновим альдегідом плазми) та окисної модифікації білків, показниками антиоксидантного захисту (АОЗ), а саме глутатіонпероксидазою (ГП), загальною антиоксидантною активністю (ЗАОА), інтерлейкіном-6 (ІЛ-6) та інтерлейкіном-10 (ІЛ-10). Виявлено позитивний кореляційний зв'язок між МАпл., показниками ОМБ ($p < 0,05$) та ІЛ-6 ($p < 0,05$) у хворих I та II груп. Між МАпл. та ГП, а також ЗАОА та протизапальним цитокином ІЛ-10 виявлено негативний кореляційний зв'язок ($p < 0,05$). На нашу думку такий взаємозв'язок між показниками є підтвердженням спільних патогенетичних механізмів розвитку як ХОЗЛ, так і ХП.

ВМІСТ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

*Муренець Н.О., Орловський В.Ф.
СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики*

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) – самостійна нозологічна одиниця, якій притаманні 2 основні форми: стеатоз печінки та неалкогольний стеатогепатит (НАСГ).

Мета: визначити рівні маркеру системного запалення – С-реактивного білка (СРБ) в сироватці крові хворих на різних етапах НАЖХП в залежності від ІМТ.

Матеріали і методи: Обстежено 45 хворих на НАЖХП. I групу склали 23 хворих на стеатоз печінки, II – 22 хворих на НАСГ. Контрольну групу склали 18 здорових осіб. Наявність стеатозу печінки визначали за даними УЗД. При підвищенні трансаміназ (не вище 3-х норм) діагностували НАСГ. Всі хворі не мали алкогольного анамнезу та маркерів гепатитів В та С. У хворих визначались біохімічні параметри крові, ліпідний профіль, рівень глюкози крові натщесерце та після навантаження, об'єм талії та АТ. Індекс маси тіла (ІМТ) оцінювали за рекомендаціями ВООЗ. СРБ визначали імунотурбодиметричним методом з використанням відповідних наборів за методикою виробника на початку лікування. Отримані дані обробляли методами варіаційної статистики з використанням критерію Ст'юдента.

Результати: Рівень сироваткового СРБ був значно вище у хворих II групи ніж в групі контролю ($7,2 \pm 0,51$ мг/л; $2,3 \pm 0,29$ мг/л; $p < 0,01$). Тоді як в I групі не спостерігали підвищення цього показника ($3,2 \pm 0,36$) мг/л. Показник ІМТ у пацієнтів на стеатоз та НАСГ склав ($27,3 \pm 0,23$) та ($30,0 \pm 0,37$) кг/м² відповідно. Виявлена пряма кореляційна залежність між ІМТ та СРБ в обох групах. Однак, у пацієнтів II групи – це тісна пряма кореляційна залежність ($r=0,73$), тоді як в I групі – помірна ($r=0,42$).

Висновки: Встановлено значне підвищення СРБ у хворих на НАСГ в порівнянні із хворими на стеатоз печінки та здоровими особами. Це свідчить про наявність системного запалення у хворих на НАСГ. Встановлено прямий кореляційний зв'язок між ІМТ та СРБ, що підтверджує участь жирової тканини в системному запаленні. СРБ може бути використаний, як один із маркерів прогресування НАЖХП.

ВПЛИВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ НА ІШЕМІЮ МІОКАРДА В ДЕНЬ ПРОХОДЖЕННЯ АТМОСФЕРНОГО ФРОНТУ

*Даниленко О.О., Козак М.М.
Науковий керівник – д.м.н., проф. Л.Н. Приступа
СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики*

Мета: вивчення взаємозв'язку між ішемією міокарда і варіабельністю серцевого ритму (ВСР) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) в день проходження атмосферного фронту (АФ).

Матеріали і методи: В дослідження було включено 46 хворих на ІХС, стабільну стенокардією напруги II ФК за Канадською класифікацією (1976 р.). Середній вік хворих – ($52 \pm 2,1$) роки. Діагноз ІХС базувався на наявності типових нападів стенокардії, відповідних змін ЕКГ при велоергометрії. Основну групу склали 20 метеочутливих хворих, до групи контролю належало 16 хворих без проявів метеочутливості. В день проходження АФ проводилось добове моніторування ЕКГ на холтерівській системі „Діакард”, виробництва фірми „Солвейг” (Україна). Вивчали дані спектрального аналізу ВСР, середню добову тривалість епізодів ішемії, кількість епізодів ішемії за добу, середню тривалість епізоду ішемії, проводили кореляційний аналіз між ВСР і показниками ішемії міокарда. Інформація про проходження АФ отримувалась в Сумському обласному центрі з гідрометеорології.

Результати: В основній групі встановлено виражений негативний кореляційний зв'язок між показником загальної ВСР – ТР і середньою тривалістю ішемії за добу ($r = - 0,63$; $p < 0,01$). Найбільш вираженим був негативний кореляційний зв'язок між показником високочастотної частини спектра HF і середньою добовою тривалістю епізодів ішемії ($r = - 0,69$; $p < 0,01$). Помірний прямий кореляційний зв'язок спостерігався між середньою добовою тривалістю

епізодів ішемії і показником низькочастотної частини спектра LF ($r = 0,54$; $p < 0,05$) та симпто - вагальним індексом LF/HF ($r = 0,52$; $p < 0,01$). Спостерігалася слабка кореляційна залежність між середньою тривалістю одного епізоду ішемії і TP ($r = - 0,21$; $p > 0,05$), LF ($r = 0,24$; $p > 0,05$), HF ($r = - 0,29$; $p < 0,05$), LF/HF ($r = 0,24$; $p < 0,05$). Із середньою добовою кількістю епізодів найбільше корелювало зниження потужності в спектрі високих частот HF ($r = - 0,61$; $p < 0,01$). Кореляційні зв'язки середньої сили встановлено між добовою кількістю випадків ішемії і показниками TP ($r = - 0,49$; $p < 0,05$), LF ($r = 0,53$; $p < 0,01$), LF/HF ($r = 0,57$; $p < 0,01$).

В групі контролю була встановлена слабка кореляційна залежність між середньою добовою тривалістю ішемії та LF ($r = 0,20$; $p < 0,05$), LF/HF ($r = 0,24$; $p < 0,05$). Середня кількість епізодів ішемії за добу залежала від зміни показників TP ($r = - 0,26$; $p < 0,05$) та LF ($r = 0,28$; $p < 0,05$).

Висновки: У метеочутливих хворих на ІХС погодні умови викликають більш значні зміни стану вегетативної нервової системи, ніж у пацієнтів без ознак метеочутливості. Наслідком цього є більша кількість ішемічних епізодів у метеочутливих пацієнтів при несприятливих погодних умовах.

ВПЛИВ ЦИТОПРОТЕKTOPУ МEXИКОРУ НА ДІАСТОЛІЧНУ ФУНКЦІЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Кириченко Н.М., Ігнатенко Н.А., студ. I-го курсу

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

Гіпертонічна хвороба (ГХ) призводить до діастолічної дисфункції лівого шлуночка (ЛШ), що сприяє виникненню ремоделювання серця, результатом чого стає розвиток хронічної серцевої недостатності, яка суттєво впливає на тривалість і якість життя цієї категорії хворих.

Мета дослідження: вивчити вплив на діастолічну функцію (ДФ) ЛШ цитопротектору мексикору у хворих на ГХ.

Матеріали і методи: хворі на ГХ II стадії, 2 ступеню, 2 і 3 ступеню ризику були поділені на дві групи: I група (n=23) пацієнти, що в якості антигіпертензивної терапії приймали інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту в поєднанні з тiazидовим діуретиком або індапамідом і II група (n=19) хворі, що у комплексі з вище зазначеним лікуванням отримували мексикор по 0,1 г три рази на день впродовж 2 місяців.

Доплерехокардіографію проводили на апараті Xario SSA-660 ("Toshiba", Японія, 2008) датчиком 2,5 МГц за стандартною методикою на початку лікування та через 2 місяці. Визначали наступні показники ДФ ЛШ: час ізвольомічного розслаблення (IVRT), пікові швидкості трансмітрального потоку (V_E і V_A) та їх співвідношення (E/A), кінцевий діастолічний тиск (КДТ). Хворі були репрезентативні за віком, статтю, тривалістю захворювання. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Результати: Показники ДФ ЛШ на початку лікування: відмічалася збільшення IVRT до $0,104 \pm 0,005$ с у I і до $0,105 \pm 0,0048$ с у II групах у порівнянні з показником здорових, зменшення співвідношення E/A зареєстровано у хворих обох груп до $0,86 \pm 0,35$ та до $1,87 \pm 0,38$, відповідно у I і II, ніж у здорових, значення КДТ було підвищено до $24,8 \pm 1,27$ мм рт.ст. у хворих I і до $25,2 \pm 1,30$ мм рт. ст. у пацієнтів II групи у порівнянні зі здоровими, що є наслідком гальмування релаксації ЛШ в діастолу.

Через 2 місяці від початку лікування показники ДФ ЛШ у хворих I групи покращилися, але вірогідно не відрізнялись від таких до лікування. У пацієнтів II групи IVRT зменшилось на 20,4% (до $0,084 \pm 0,004$ с) ($p < 0,05$), спостерігалось вірогідне зниження піку V_A на 8,6%, збільшення піку V_E на 9,6%, співвідношення E/A – 20,5%, КДТ знизився на 31,8% (до $17,29 \pm 0,84$ мм рт. ст.) ($p < 0,05$) у порівнянні з відповідними показниками I групи.

Таким чином, включення до комплексного лікування ГХ мексикору призвело до зменшення діастолічної дисфункції ЛШ. Отримані результати зумовлені антиоксидантною активністю цього препарату, в результаті чого зменшується вільно радикальна деградація ендо- та екзогенного оксиду азоту, що зменшує наслідки окисного стресу та сприяє переходу гіпернуючого міокарду в активний стан.

ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНО - КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГРИПОЗНИХ ПНЕВМОНІЙ (ЗА ДАНИМИ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

*Приступа Л.Н., Хім'як М.М., Гуйва Т.О., Купина О.В., Охотник О.В., Матвєєнко Н.С.****

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

**Сумська обласна клінічна лікарня*

***Охтирська ЦРЛ*

****Шосткінська ЦРЛ*

Мета: Оцінити особливості епідеміології, клінічний перебіг грипозних пневмоній (за даними Сумської області), визначити структуру хворих згідно поділу пневмоній на: первинно-вірусну пневмонію, вірусно-бактеріальну пневмонію та вторинно-бактеріальну пневмонію.

Матеріали і методи: Проаналізовано історії хвороби 120 пацієнтів, які перенесли пневмонію під час епідемії грипу за період жовтень-грудень 2009р. Оцінювались епідеміологічний анамнез та клінічні синдроми.

Результати та їх обговорення: При аналізі історій хвороб виявлено, що контакт із інфекційними хворими відмічався лише у 5,8 % пацієнтів. Лабораторне підтвердження наявності інфекції грипу типу А (H1N1) проводилось у 5, 8 % хворих, з них – у 1,6 % був позитивний результат. Основною причиною виникнення пневмоній у 26,5 % хворих було переохолодження. Встановлено, що звернення за медичною допомогою було на 1- 3-й день від початку захворювання у 34,2 % хворих, на 4-7-й день - у 49,2 % та 8 і пізніше днів - у 16,6 %. Аналіз клінічних проявів показав, що синдром інтоксикації відмічався у 100 % пацієнтів, синдром ущільнення легеневої тканини - у 99,2 %, синдром плеврального випоту - у 3,3 %, синдром сухого плевриту - у 36,7 %. На підставі анамнестичних, клініко –

лабораторних даних встановлено, що у структурі пневмоній під час епідемії грипу були: первинно - вірусна пневмонія у 29,2 %, вірусно - бактеріальна пневмонія – у 22,5 % та вторинно - бактеріальна пневмонія – у 48,3 %.

Висновки: Отже, усі грипозні пневмонії протікали із синдромами інтоксикації та ущільненням легеневої тканини, які були максимально вираженими у пацієнтів із пізнім зверненням за медичною допомогою.

У структурі пневмоній превалювали вторинно - бактеріальні пневмонії.

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ЗБУДЛИВОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Федосєєва Н.К., Лаба В.В.

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

Порушення серцевого ритму відноситься до найпоширенішого синдрому в клініці внутрішніх хвороб. Екстрасистолія є типовим представником порушеної функції збудливості. Екстрасистолія і фібриляція передсердь (ФП) представляють собою найрозповсюдженіші аритмії в клінічній практиці.

Екстрасистолія – це передчасне скорочення, безпосередньо пов'язане з попереднім скороченням основного ритму. Поєднання екстрасистолії і ФП свідчить про органічний субстрат захворювання, що формує серцеву недостатність (СН).

Метою дослідження було вивчення поширеності екстрасистолії у хворих з ФП ішемічного походження і їх медикаментозне лікування.

Матеріали і методи дослідження. Було проведено клініко-лабораторно-інструментальне обстеження і лікування 100 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з ФП, що поєднувалась з супутньою екстрасистолією. Діагностика і лікування хворих проводилося в кардіологічному відділенні обласного диспансеру радіаційного захисту населення протягом 2009 року. Згідно розроблених анкет вивчались основні характеристики хворих.

Результати дослідження та їх обговорення. Всього обстежено і проліковано 100 пацієнтів з ІХС і ФП. Чоловіків було 82%, жінок -18%, постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС було 77%. Наймолодшою віковою групою був вік 40-49р. – 8% хворих чоловічої статі, найстаршими були хворі у віці 60-69р. – 32% чоловіків і 7% жінок та 70-79р. – 11% чоловіків і 8% жінок. ІХС ізольована реєструвалась у 37 випадках, а в комбінації з гіпертонічною хворобою - у 63%. Гіперліпідемія вище 4,5 ммоль/л була у 34% хворих. Прозапальні маркери відмічено у 37% пацієнтів. Хворих з ПА СН було 82%, ІІБ – 18%.

Екстрасистолія як супутня аритмія реєструвалась у 37% хворих, з них переважала шлуночкова – у 25% і надшлуночкова – у 25%. лікування проводилось комплексно. Всі пацієнти отримували метаболічну терапію, переважно тріметазидином. Бета-блокатори (ББ) отримували 99%, антагоністи кальцієвих каналів – 29% хворих, інгібітори АПФ – 91%, сартани – 4%, діуретики – 50% пацієнтів, пероральні антикоагулянти – 71%, антиагреганти - 29%, дігосин – 24%, статини – 23%.

В результаті проведеного лікування стабілізація ФП до нормосистолії досягнута у 82%, зменшення ступеня Е на 50% досягнуто у 29% хворих.

Висновки. 1. Екстрасистолія у хворих з постійною формою ФП трапляється у 37%, переважно шлуночкового походження. 2. Органічним субстратом екстрасистолії у пацієнтів з ФП є ІХС і переважно з супутньою АГ у 64%, дисліпідемія більше третини випадків. 3. Засобами корекції екстрасистолії у хворих ФП є комплексні програми лікування, що включають ББ, іАПФ, діуретики, антикоагулянти, статини, дігосин.

ПОШИРЕНІСТЬ І ЛІКУВАННЯ СКЛАДНИХ ПОРУШЕНЬ РИТМУ І ПРОВІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Федосєєва Н.К. Лаба В.В.

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

Комбіновані порушення ритму і провідності є складною проблемою внутрішньої медицини. Вони є високосимптомними, значно знижують якість життя пацієнтів і є життєзагрозливими станами. Переважаючим етіологічним чинником цих клінічних синдромів є переважно атеросклеротичні ішемічні ураження, в меншій мірі запальні і дисметаболичні процеси. Прогресування перебігу комбінованих аритмій і блоkad призводить до некомпенсованої серцевої недостатності, тромбоемболічних ускладнень і не рідко до раптової серцевої смерті.

Метою дослідження було вивчення поширеності складних порушень ритму і провідності серед хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) і на артеріальну гіпертензію (АГ), а також засоби їх лікування для покращання якості життя.

Матеріали і методи дослідження. Було проведено клініко-лабораторно-інструментальне обстеження 300 хворих на ІХС з аритмічним синдромом і виявлення групи найбільш високого ризику і їх лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. Всього обстежено і проліковано 300 хворих на ІХС, що проявлялася аритмічним синдромом. Третю частину склали пацієнти з фібриляцією порушень (ФП), що є групою ризику стосовно кардіоемболічних інсультів. Іншу третину сформували пацієнти з шлуночковими екстрасистолами. Найпоширенішим аритміями були надшлуночкові екстрасистоли – 130 пацієнтів (43,3%). В цілому порушення функції збудливості склали 230 випадків (76,6%). Порушення функції провідності склали 132 випадки (44%), з них найбільше віднесено до неповної блокади передньої гілки лівої ніжки пучка Гіса – 60 (20%). Повні блокади обох ніжок пучка Гіса були приблизно рівними, склавши в сумі – 27 випадків (9%). Порушення передсердно-шлуночкової провідності склали 21 випадок (7%), переважно були представлені АВ-блокадою I ступеня – 16 (5,3%). Реєструвалось по 1 випадку надшлуночкової і шлуночкової тахікардії і синоатріальної блокади II ступеня. Групу найбільш складних

поєднаних порушень склали 15 (5%) хворих з комбінацією ФП, одно- і двопучкових блокад і екстрасистолами. Лікувальні програми передбачали сповільнення ритму бета-блокаторами (ББ), метаболічну терапію переважно триметазидином, приймання інгібіторів АПФ, діуретиків, статинів, антикоагулянтів і антиагрегантів, що дозволило у 92% випадків стабілізувати серцеву недостатність, прояви тахіаритмії і на 50% екстрасистоли.

Висновки. 1. Аритмічний синдром при ІХС є поширеним і переважно представлений ФП - 33%, екстрасистолією – 76,6%. 2. Синдром порушень провідності склав 44%, переважно за рахунок неповної блокади лівої ніжки пучка Гіса. 3. Група комбінованих аритмій і блокад склали 5% і комбіноване лікування стабілізувало СН у 92%, а екстрасистолію у 50% хворих.

ФІБРИЛЯЦІЯ І ТРІПОТІННЯ ПЕРЕДСЕРДЬ, ЇХ ПОШИРЕНІСТЬ І АСОЦІЙОВАНІ СТАНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Лаба В.В.

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

В теперішній час фібриляцію передсердь(ФП) і тріпотіння передсердь(ТП) визначають, як суправентрикулярну тахікардію, що проявляється прискореним хаотичним і некоординованим збудженням окремих м'язових волокон передсердь в першому випадку з частотою від 300 до 600 за хв., в другому – від 200 до 400 за хв. Ця патологія проявляється шлуночковою дисфункцією і підвищеним ризиком тромбоемболічних інсультів. ФП і ТП є переважно геронтологічною проблемою, в зв'язку з її розповсюдженням з віком.

Метою дослідження було вивчення поширеності ФП і ТП в структурі аритмічного синдрому у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) і засоби її корекції.

Матеріали і методи дослідження. Було проведено суцільне клініко-лабораторно-інструментальне обстеження 200 хворих на ІХС з аритмічним синдромом, що перебували на лікуванні в кардіологічному відділенні обласного диспансеру радіаційного захисту населення протягом I півріччя 2009 року. Згідно оригінальних анкет вивчалися основні параметри даної аритмії.

Результати дослідження та їх обговорення. Всього обстежено і проліковано 200 пацієнтів, з них з ФП – 62, ТП -2, що в цілому реєструвало патології передсердь у 64 (32%) пацієнтів, в тому числі чоловіків 52 (81,2%), жінок 12 (18,8%). Найбільш часто дана аритмія реєструвалась у віці 50 років і старше – 58 (90%) випадків серед обох статей. Ізольована ІХС була у 26 (40%) пацієнтів, а в поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ) у 38 (60%). Гіперліпідемія була у 23 (35,8%), гіперглікемія – у 9 (14%), гіперфібриногенемія – у 22 (34,3%). ФП поєднувалось з суправентрикулярною екстрасистолією у 8 (12,5%), з вентрикулярною ЕС – у 12 (18,7%), блокадою лівої ніжки пучка Гіса – у 9 (14%) неповною і у 5 (7,8%) повною. Блокада правої ніжки була у 2 (3,2%) неповна і у 1 (1,5%) – повна. Всі пацієнти мали II стадію серцевої недостатності (СН), в тому числі ПА була – у 51 (80%) і ПБ – у 13 (20%). Інсульт і хронічна хвороба нирок були у 4 (6,2%). Лікування проводилось комплексно, з використанням стандартних засобів. Всі пацієнти отримували метаболічну терапію, майже всі приймали кардіоселективні β-блокатори – 98%, інгібітори АПФ – 56 (87,5%) хворих, сартани – 2 (3%), діуретики – 38 (59,3%), дігоксин – 13 (20,3%). Антиагреганти приймали 50% хворих, переважно аспірин у дозі 100-125 мг. 50% хворих приймали антикоагулянти – фінілін у дозі 300 мг. Статини призначались 19 (30%) пацієнтам.

Висновки. 1. ФП в структурі аритмічного синдрому займає третину випадків і переважає у пацієнтів із ІХС в поєднанні з АГ. 2. Вказана аритмія в третині випадків проявлялась прозапальними маркерами із значною вірогідністю тромбоемболічних ускладнень, а також асоціюється з гіперліпідемією. 3. Терапевтичні заходи сприяли стабілізації аритмії і СН в цілому на рівні II-III функціонального класу, але була недостатньою протизапальна ланка лікування.

ВИСОКИЙ КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК І ПРЕДИКТОРИ НЕСТАБІЛЬНОГО ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ З ПІСЛЯІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ

*Лаба В.В., Лаба О.В.**

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

**ХМАПО, кафедра кардіології і функціональної діагностики*

Ішемічна хвороба серця (ІХС) згідно робочої класифікації має шість клінічних форм – це раптова коронарна смерть, стенокардія стабільна і нестабільна, гострий інфаркт міокарда (ГІМ), кардіосклероз і безбольова ішемія (ББІ). До факторів ризику нестабільного перебігу ІХС і можливої раптової смерті відноситься більшість з наведених форм. В клінічній практиці важливим є пошук доступних маркерів вірогідної і явної дестабілізації перебігу захворювання. Крім характеристики больового синдрому мають значення інші клінічні, інструментальні і лабораторні ознаки.

Метою дослідження було вивчення поширеності різноманітних пре дикторів, як кардіоваскулярного ризику (КВР) взагалі, так і нестабільного перебігу ІХС, зокрема, у пацієнтів з післяінфарктним кардіосклерозом (ПІК) і розроблення пропозицій по їх мінімізації.

Матеріали і методи дослідження. Проведено вивчення згідно розроблених анкет основних клініко-анамнестичних, інструментальних, лабораторних і лікувальних характеристик 82 хворих з ПІК, що перебували в кардіологічній клініці протягом 2009 року. Крім реєстрації електрокардіограми (ЕКГ) спокою, проведено тривале холтеровське моніторування 37 хворих. Вивчали прозапальні маркери – фібриноген, С-реактивний білок (СРБ), в ряді випадків при підозрі на гострий коронарний синдром (ГКС) досліджували тропоніни і МВ-КФК. Вивчався також ліпідний спектр крові і толерантність до глюкози.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед пацієнтів, які в різні роки перенесли ГІМ, переважали чоловіки – 95,1 %, жіночої статі, відповідно, - 4,9%. Основною віковою групою були 50-69р., що склало більше 70%

хворих. Артеріальна гіпертензія (АГ) різного ступеня, переважно третього, мала місце у 52,4%, гіперліпідемія у 45,7%, цукровий діабет (ЦД) у 17,1%, інсульт в анамнезі – у 6%, операція аорто-коронарного шунтування і хронічна аневризма серця відповідно у 1 і 2 хворих, СН ІІА стадії – у 85%, ІІБ – у 15% пацієнтів. Важливе значення приділяється електричній нестабільності серця. Так, фібриляція передсердь (ФП) була у 22%, екстрасистолія різного походження у 84,1%, з них високих градацій за Лауном – у 23,5%. Різні ступені внутрішньошлуночкових блокад були у 40%, а АВ-блокади І ступеня – у 8,5%, приблизно у чверті випадків вони були двопучковими. Явища безбольової ішемії міокарду, переважно ІІ типу, реєструвались у всіх 37 пацієнтів, яким проводилось холтер-моніторування. У 40% хворих було різного ступеня підвищення фібриногену і СРБ.

Лікувальні заходи включали стандартну терапію антиангінальними засобами, цитопротекторами, антиагрегантами, антикоагулянтами, дігоксином у хворих з ФП, а також засобами лікування хронічної серцевої недостатності. Протизапальне лікування статинами отримувало всього 37% хворих. Хворі з складними аритміями отримували аміодарон.

Висновки. 1. Всі хворі з ПМК відносяться до ІV класу КВР. 2. Предикторами нестабільності ІХС у цих хворих є тахіформа ФП, екстрасистоли високих градацій, безбольова ішемія, комбінації аритмій і блокад, висока АГ і прозапальні маркери – СРБ, фібриноген. 3. Крім стандартної терапії необхідні також заходи індивідуальної корекції з обов'язковим використанням статинів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОЛОНГОВАНИХ НІТРАТІВ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ НА ФОНІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ТІВОРТІНУ

*Кириченко Н.М., Гученко П.В.**

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

**Сумський обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення*

Одним з механізмів порушення тону коронарних судин та розвитку резистентності до пролонгованих нітратів у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), є активація процесів вільнорадикального окислення. Оксидативний стрес спостерігається у хворих ІХС при фізичному навантаженні і супроводжується викидом до кровотоку супероксидіонів, взаємодія яких з NO призводить до утворення не вазоактивних окислів азоту.

Мета роботи: посилити антиангінальну ефективність пролонгованих нітратів у хворих на стабільну стенокардію шляхом комплексного їх використання з препаратом Тівортін, що має антиоксидантну активність.

Методи дослідження: досліджувані хворі (n=26) на стабільну стенокардію ІІІ функціонального класу (ФК), чоловіки, віком 45-62 роки, що тривало (більше 6 місяців) приймали пролонговані нітрати (нітронг форте 3-4 табл./добу) – І група та ІІ група – пацієнти (n=20), що на фоні терапії нітратами в зазначених дозах, отримували Тівортін 100 мл в/в крапельно – 10 інфузій. Хворі були порівнянні за віком та давністю захворювання. Проводили добове холтеровське моніторування з використанням апарату «DiaCard®» виробництва АТЗТ «Солвейг» на 1^й та 14^й день лікування з оцінкою частоти і тривалості періодів ішемії.

Результати: На початку дослідження у пацієнтів І і ІІ груп частота періодів ішемії складала (8,4±0,41) і (8,9±0,45) на добу, відповідно, їх тривалість у хворих І групи дорівнювала (760,6±24,6) с/добу, а у пацієнтів ІІ групи (820,6±32,3) с/добу. При порівнянні клінічної ефективності проведеного лікування встановлено: зменшення частоти періодів ішемії на 42% у хворих ІІ групи, що складало (5,16±0,24) проти (7,9±0,34) на добу у пацієнтів І групи (p<0,001) та тривалості на 65,4% у хворих ІІ групи (283,9±14,6 с/добу) у порівнянні з показником І групи (748,4±22,6 с/добу) (p<0,001). В результаті терапії Тівортіном скоротилась кількість вживаних хворим таблеток нітрогліцерину в тиждень на 71,5%.

Таким чином, включення до комплексного лікування хворих на стабільну стенокардію ІІІ ФК Тівортіну призводить до поліпшення клінічного перебігу стенокардії і підвищення антиангінальної ефективності пролонгованих нітратів при їх тривалому вживанні.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Псарьова В.Г., Олійник Л.Є.

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним з головних патогенетичних факторів розвитку ХСН, обумовленої порушенням діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ). В той же час, порушення діастолічної функції лівого шлуночка є незалежним предиктором несприятливого перебігу захворювання у хворих на артеріальну гіпертензію.

Метою дослідження було вивчити зміни внутрішньо серцевої гемодинаміки у хворих АГ з нормальною та підвищеною масою тіла. Верифікація діагнозу проводилася за допомогою даних клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень. Діастолічна функція оцінювалася за доплер-ехокардіографічними індексами. З дослідження було виключено пацієнтів з систолічним варіантом серцевої недостатності.

Результати дослідження свідчать про те, що пацієнти з наявністю надмірної маси тіла та ожиріння характеризувалися більш високим рівнем артеріального тиску при відсутності достовірної різниці віку та тривалості АГ порівняно з пацієнтами з нормальною масою тіла. Встановлено позитивну кореляційний взаємозв'язок між ІМТ і ІММЛШ. В групі пацієнтів зі збільшеною масою тіла були достовірно нижчі показники фракції викиду ЛШ, ніж в групі з нормальною масою тіла. Виявлено що розповсюдженість діастолічної дисфункції, та ступінь її тяжкості асоціюються зі збільшеною масою тіла. При аналізі результатів обстеження виявлено тісний кореляційний зв'язок між рівнем ліпідів крові та погіршенням гемодинамічних показників. Зокрема, в пацієнтів з гіперліпідемією виявлено

нижчі показники фракції викиду лівого шлуночка, ніж у пацієнтів з нормальним рівнем ліпідів, в цій групі частіше діастолічна дисфункція лівого шлуночка та підвищення ІММЛШ.

Таким чином, у хворих на АГ розповсюдженість діастолічної дисфункції корелює з підвищеною масою тіла та гіперліпідемією.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНИХ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ЦЕЕЛЬ Т, ТРАУМЕЛЬ С ТА ДИСКУС-КОМПОЗИТУМ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА З СУПУТНЬОЮ ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ

*Псарьова В.Г., Олійник В.С.**

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

**Сумська міська клінічна лікарня № 5*

Статистичні дані свідчать не лише про високу розповсюдженість остеохондрозу, але і про відсутність тенденції до зниження захворюваності на цю нозологію. Остеохондроз є найчастішою причиною видачі листка непрацездатності неврологами та займає одне з перших місць по інвалідації серед захворювань опорно-рухового апарату.

Метою дослідження було порівняти ефективність та оцінити безпечність стандартного медикаментозного лікування хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта з супутньою виразковою хворобою та лікувальних схем, що включали комплексні антигомотоксичні препарати Цеель Т, Траумель С та Дискус-композитум.

Обстежено 43 хворих з остеохондрозом попереково-крижового відділу хребта, що мали супутню виразкову хворобу. Усім пацієнтам було проведено комплексне обстеження, з урахуванням скарг, об'єктивних, лабораторних та інструментальних методів обстеження. Верифікація діагнозу проводилася за допомогою даних клінічних, лабораторних і інструментальних досліджень. В дослідження були включені хворі у віці від 28 до 60 років. Було сформовано дві групи дослідження. Пацієнти першої групи (23 чоловіки) приймали медикаментозне лікування, що включало міорелаксанти, хондропротектори, препарати, що покращують мікроциркуляцію та препарати з метаболічною дією. Пацієнтам другої групи (20 чоловік) було додатково призначено комплексні антигомотоксичні препарати Цеель Т, Траумель С та Дискус-композитум. Враховуючи супутню виразкову хворобу пацієнтам обох груп не були призначені нестероїдні протизапальні препарати.

Результати дослідження. Тривалість перебування на лікарняному листку в першій групі в середньому склала 14 днів, в другій групі 10 днів. Необхідність в стаціонарному лікуванні внаслідок неефективності амбулаторного виникла в 3 пацієнтів першої групи та в одного пацієнта другої групи. При оцінці якості життя пацієнтів за Освестровським опитувальником було виявлено, що пацієнти 2-ї групи мали більш виражений регрес больових відчуттів вже на 7-й день лікування (на початку лікування загальний бал по опитувальнику складав 42 бали в першій групі і 43 бали в другій групі, на сьомий день лікування відповідно 27 і 22 бали). При об'єктивному неврологічному обстеженні більш виражений регрес м'язево-тонічного та корінцевого синдромів спостерігався в другій групі пацієнтів.

Таким чином, результати дослідження показали ефективність включення в курс медикаментозного лікування хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта з супутньою виразковою хворобою комплексних антигомотоксичних препаратів Цеель Т, Траумель С та Дискус-композитум.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ, ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ОСТЕОАРТРОЗУ ТА МАСИ ТІЛА

Опімах О.І., Приступа Л.Н.

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

Зважаючи на доведену роль ожиріння у патогенезі остеоартрозу (ОА) як біомеханічного чинника та визнання ОА як низькоінтенсивного системного запалення, **метою** нашого дослідження було вивчення взаємозв'язку між масою тіла, вмістом маркерів запалення та клінічними проявами захворювання.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 42 хворих на ОА II і III стадій за Келгреном, з яких 20 пацієнтів із нормальною масою тіла (НМТ) склали I групу, а 22 пацієнти із ожирінням – II групу. С-реактивний білок (СРБ) визначали за допомогою наборів реагентів Biomerica (США) методом імуноферментного аналізу згідно методики виробника (чутливість 0,1 мг/л). Вміст ІЛ-1 β у сироватці крові визначали імуноферментним методом згідно методики виробника. Проводили оцінку больової чутливості за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), визначення індексів Лекена та WOMAC.

Результати дослідження вмісту прозапального цитокіну ІЛ-1 β показали, що його рівень у хворих I групи становив (29,5 \pm 3,44) пг/мл та був вищим за такий у практично здорових осіб (p<0,05). У хворих II групи рівень ІЛ-1 β становив (63,9 \pm 3,06) пг/мл, що було вищим за показник контролю (p<0,001) та за аналогічний показник у хворих на ОА із НМТ (p<0,05). Отже, вміст ІЛ-1 β статистично вірогідно відрізнявся від показника контролю, як у хворих на ОА із НМТ, так і при наявності ожиріння у хворих на ОА, у яких він перевищував показники у хворих без ожиріння. Вміст СРБ був підвищеним у хворих I та II груп на 15 % та 57 % відповідно. Індекс Лекена становив (8,8 \pm 0,28) балів у I та (16,4 \pm 0,26) балів у II групах (p<0,001). Інтенсивність больового синдрому за ВАШ становила у хворих I групи (4,5 \pm 0,32) мм та (5,8 \pm 0,26) мм у хворих II групи (p<0,01). Виявлено, що у хворих на ОА із ожирінням був більш виражений больовий синдром та скутість у порівнянні із хворими на ОА із НМТ (p<0,001). При цьому рівень активності у хворих обох груп був ідентичним. Встановлено тісний позитивний кореляційний зв'язок між СРБ та ІМТ (r=0,67; p<0,001; r=0,54; p<0,05). Вміст СРБ та ІЛ-1 β найбільш тісно корелював із вираженістю больового синдрому.

Висновки. Рівні СРБ та ІЛ-1 β у хворих на ОА тісно корелюють із ІМТ та із вираженістю больового синдрому, що доводить роль жирової тканини як продуцента маркерів запалення, в обтяженні перебігу ОА.

СЕКЦІЯ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

НЕГОРМОНАЛЬНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ДИСГОРМОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ В ПОЧАТКОВІЙ СТАДІЇ

Бойко В.І., Калашник Н.В.

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

За останні роки значно збільшилась кількість пацієнток, які звертаються до лікувального закладу з приводу незлоякісних захворювань молочної залози (МЗ). Найбільш поширеним доброякісним захворюванням МЗ є мастопатія, яка зустрічається у 20-30% жінок, найчастіше віком 30-50 років.

Нами було проведено аналіз 20 карток амбулаторних хворих з дифузною формою мастопатії в початковій стадії. З них 9 жінок з діагнозом дифузна мастопатія з переважанням залозистого компонента, 11 – дифузна мастопатія з переважанням фіброзного компонента. Всі жінки віком від 35 до 45 років.

Лікування, що проводилося:

1. Вітмінотерапія (VitA, групи В., С, Е, Р) – 1-2 місяця.
2. Гепатопротектори (хофітол 1-2 таб. 3 рази на день, 20 днів кожного місяця).
3. Мікродози препаратів йоду (0,25% р-н йодиду калію по 1-2 ч. л. 1 раз на день).
4. Фітотерапія (мастодинон по 30 кап. 2 рази на день – 3 місяці).
5. Дієтотерапія:

- зменшення вживання жирів, продуктів багатих на холестерин, збільшення вживання калію;
- включення в дієту фруктів, овочів, злаків, цитрусових, продуктів, що містять значну кількість каротину;
- мінімізація вживання консервованих, солоних та копчених продуктів;
- повне виключення продуктів, що містять метилксантини (кофеїн, теофілін, теобромін), алкоголю.

За результатами негормонального лікування у 17 (85%) жінок спостерігалось зниження симптомів дифузної мастопатії (ДМ) протягом 6-12 місяців. У 2 (10%) жінок значне покращання, зі зменшенням розмірів ДМ, у 1(5%) незначне покращання. При цьому у 9(45%) жінок покращання настало вже через 3 місяці лікування.

Клінічно-статистичний аналіз виявив високу частоту мастопатії у жінок віком від 30 до 50 років та високу частоту результативності негормонального лікування дисгормональної мастопатії.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТУ ДУФАСТОН У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В І ТРИМЕСТРІ У ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ В АНАМНЕЗІ

Кияненко В.А.

Науковий керівник – д.м.н., проф. В.І. Бойко

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

Попри численні дослідження з етіології та патогенезу невиношування вагітності, розроблення та впровадження нових препаратів і способів лікування цієї патології, в Україні частота невиношування вагітності на сьогоднішній день становить 15-27%. У 20-30% жінок в перші 16-20 тиж. гестації є ознаки загрози переривання вагітності, у кожній другій з них відбувається викидень. Таким чином, згідно з даними літератури, до 85% викиднів припадає на перший триместр вагітності, а 15% відбувається в II і III триместрах. Однією з головних причин розвитку ранніх спонтанних абортів є недостатність лютеїнової фази, частка якої, за даними різних авторів, в етіології звичного невиношування становить від 5 до 40%. Згідно з даними літератури, у 25-60% жінок зі звичними викиднями в анамнезі причиною їх є дефіцит ендогенного прогестерону, пов'язаний з недостатньою функцією жовтого тіла.

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність препарату Дуфастон в профілактиці та лікуванні загрози переривання вагітності в I триместрі у жінок з невиношуванням в анамнезі. На базі гінекологічного відділення, жіночої консультації та центру планування сім'ї СОЦАГР обстежено 43 жінки. З них основну групу (I) склали 23 жінки з невиношуванням вагітності в анамнезі, яким проводилась прегравідарна підготовка, що включала корекцію недостатності лютеїнової фази цикла препаратом Дуфастон. В контрольну групу (II) були включені 20 жінок з невиношуванням вагітності в анамнезі, вагітність яких наступила без попередньої підготовки. Пацієнтки обох груп не відрізнялися за віком (19-40 років), наявністю екстрагенітальної патології і паритету. В основній групі (I) загроза невиношування в I триместрі спостерігалась у (17,4%), а в II групі загроза аборту спостерігалась у (65%). Слід відмітити, що у всіх пацієнток I і II групи в анамнезі відмічались різноманітні порушення менструального циклу: олігоменорея (60,9% і 55,0%), гіперполіменорея (17,4 і 20%), дисфункціональні маткові кровотечі (8,7 і 5%), перименструальні кров'яністі виділення (17,4 і 20,0% відпо-відно). На цьому фоні часто виявлялись гормонзалежні захворювання статеві сфери: міома матки у 13 і 15%, аденоміоз - у 8,7 і 10%, кісти яєчників ~ у 4,3 і 10% жінок відповідно по групам. Вторинне беспліддя в анамнезі було у 17,4% жінок в основній групі і у 10% - в групі порівняння.

Заслуговує на увагу той факт, що лише у 1 (4,3%) пацієнтки основної групи зберігалися ознаки загрози переривання вагітності в II триместрі, що майже в 4 рази менше аналогічного показника в групі порівняння (3-15%).

А наліз закінчення вагітностей показав, лише у однієї (4,3%) вагітної основної групи відбулися передчасні пологи в терміні 34-35 тижні гестації. Самовільного переривання вагітності в першому триместрі не спостерігалось. В той же час в групі порівняння у 1 (5,0%) вагітної відбувся самовільний аборт в I триместрі і у 2 (10,0%) передчасні пологи. Тобто залаьна частота невиношування в цій групі значно перевищує таку у пацієток основної групи.

Результати проведених досліджень дозволяють зробити наступні висновки: перебіг вагітності у жінок з невиношуванням в анамнезі після проведення прегравідарної підготовки з використанням Дуфастона значно рідше ускладнюється загрозою переривання в порівнянні з жінками, яким підготовка не проводилась. Застосування Дуфастона для лікування загрози переривання забезпечує швидкий клінічний ефект, що зменшує частоту неблагоприємного завершення вагітностей.

РЕАБИЛИТАЦІЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Терехов В.А.

*Научный руководитель - д.м.н., проф. В.И. Бойко
СумГУ, кафедра акушерства и гинекологии*

Самой частой причиной непроходимости маточных труб является воспалительный процесс. Он может быть обусловлен заболеваниями передающимися половым путем, инфекционными осложнениями после аборта. В результате воспалительного процесса в полости малого таза образуются спайки, которые могут полностью или частично закрывать просвет фаллопиевой трубы, приводит к сдавлению трубы снаружи, патологическим изгибам, нарушению строения фимбрий. Спайки между трубой и яичником могут препятствовать попаданию яйцеклетки в маточную трубу. Они могут также смещать яичники и маточные трубы, нарушая их нормальную анатомию.

Нами проведено консервативное лечение 10 женщинам с первичным бесплодием на фоне хронического сальпингоофорита, занятых на вредном производстве. У 7 из них, что составило 70%, наблюдали положительную динамику, у 3 (30%) при гистеросальпингографии выявлена непроходимость фаллопиевых труб. Следующим этапом была хирургическая лапароскопия. Этот метод хирургического вмешательства является основным, так как консервативная терапия при лечении спаек не эффективна. При этом спайки, имеющиеся в полости малого таза, рассекаются, проходимость трубы по возможности восстанавливается, фимбрии освобождаются из сращений. Эффект от операции зависит от степени нарушений и от того, в каком отделе маточной трубы нарушена проходимость. Во время лапароскопических операций было установлено, что у 2х из 3х прооперированных женщин спаечный процесс локализовался только вокруг маточных труб, что по статистике обуславливает 60% восстановление проходимости труб. У третьей из прооперированных, спаечный процесс локализовался внутри трубы. Эффективность восстановления проходимости при данной патологии не превышает 10%.

В послеоперационном периоде всем женщинам был проведен комплекс реабилитационных мероприятий с использованием: гидротубаций, гирудотерапии, физиотерапевтических методов. После проверки проходимости фаллопиевых труб у исследуемых, обнаружено, что проходимыми стали те трубы, у которых спаечный процесс локализовался вокруг маточных труб, что прогностически благоприятно для восстановления репродуктивной функции. Пациентке с локализацией спаечного процесса внутри трубы, проходимость трубы не была подтверждена.

Следующим этапом реализации репродуктивной функции у женщин с нарушенной проходимостью маточных труб является ЭКО. Что и было предложено третьей пациентке.

Результаты исследования показывают: что консервативная терапия восстановления проходимости маточных труб не эффективна и основным методом является хирургическая лапароскопия.

ПРОФІЛАКТИКА ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ПОРОЖНИННИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП

Сухоставець Н.П.

*Науковий керівник – д.м.н., проф. В.І. Бойко
СумДУ, кафедра акушерства і гінекології*

Профілактика післяопераційних гнійно-септичних захворювань була й залишається однією з найбільш актуальних проблем гінекології, як у нашій країні, так і за кордоном. Особливої актуальності дана проблема набуває в зв'язку з тим, що протягом останнього десятиріччя відзначається суттєве підвищення кількості гінекологічних оперативних втручань, що пов'язано зі зростанням частоти патологічних станів, які є показанням для оперативного лікування. Незважаючи на впровадження нових та удосконалення існуючих методів хірургічного втручання, проблема ускладнень після гінекологічних операцій лишається актуальною. Крім того, розвиток інфекційних ускладнень приводить до подовження термінів перебування хворої в стаціонарі й, відповідно, до збільшення вартості лікування на 10-20%. У такій ситуації особливого значення набуває проведення заходів профілактики виникнення післяопераційних гнійно-септичних ускладнень, так як останні негативно впливають на основні показники діяльності акушерсько-гінекологічної служби.

У СОЦАРГ за 2008-2009 ретроспективно було детально проаналізовано 17 історій хвороб гінекологічних хворих старших вікових груп після оперативних втручань, у яких спостерігались наступні гнійно-септичні ускладнення: раньова інфекція – у 12 (70%), інфільтрати малого тазу – у 3 (17,64) хворих, перикуксити – у 2 (12,36) прооперованих.

Середній вік хворих склав 64,5 ± 4 роки.

Складність лікування ускладнень зумовлена тим, що в більшості спостережень на момент постановки діагнозу і початку терапії були відсутні дані про збудника і його чутливість до антибактеріальних засобів. Тому в типових

ситуаціях вибір антибіотика для початкової терапії здійснювався на підставі даних про найчастіші збудники інфекційних процесів в клініці впродовж останнього часу з урахуванням препарату, що використовувався для проведення антибактеріальної профілактики, використовували цефалоспоринові антибіотики 1-3 генерації: цефазолін, цефокситин, цефуросим, цефоперазон, цефотаксим, цефтазидим призначення яких доповнювали введенням метронідазолу або кліндаміцину для забезпечення антианаеробної активності з дуже широким спектром антибактеріальної активності, який включає стафілококів, стрептококів, кишкову паличку, протей, синьогнійну паличку, а також бактероїдів і анаеробних коків.

Важливу роль в досягненні позитивного ефекту відігравали такі компоненти загального лікування, як дезинтоксикаційна терапія, відновлення нормального водно-електролітного і білкового балансу, імунокорекція, нормалізація мікроциркуляції й обмінних процесів. Враховуючи важливу патогенетичну роль анемічного стану в розвитку і підтримці гнійно-септичних ускладнень, велике значення в комплексі лікування надавалося корекції залізодефіцитної анемії.

Отже, необхідно ще раз підкреслити, що питання профілактики і лікування гнійно-септичних ускладнень в післяопераційному періоді є однією з актуальних проблем в гінекології, тому що контамінації операційної рани під час лапаротомії уникнути практично неможливо і вона відбувається в 80-90% випадків. Це привело до ідеї застосування антибіотиків до оперативного втручання.

ОСОБЛИВОСТІ ЛАКТАЦІЇ ЖІНОК З ІНТРААМНІАЛЬНИМ ІНФІКУВАННЯМ

Муквич Ю.В.

Науковий керівник – д.м.н., проф. В.І. Бойко

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

Лактація - це складний процес, підготовка до якого починається з ранніх термінів вагітності, тому характер лактаційної функції нерозривно пов'язаний з особливостями перебігу вагітності й пологового акту, а також з ранніми післяпологовими ускладненнями.

Незважаючи на зростання інтересу до проблеми грудного вигодовування дітей, число жінок, що страждають гіпогалактією при внутрішньоутробному інфікуванні неухильно збільшується й коливається від 20% до 80% серед породілей, що годують. Це зв'язано, насамперед, зі збільшенням ускладнень вагітності, пологів, післяпологового періоду, а також зі зниженням індексу здоров'я матері й дитини (С.Н. Гайдуков та співавт., 2002; І.І. Хаща, 2005).

Внутрішньоутробне інфікування є однією з актуальних проблем у сучасному акушерстві (Л.Б.Маркин і співавт., 2006; А.А.Зелінської 2008). При цьому частота інтраамніального інфікування істотно зросла за останні 10-15 років, що робить цю проблему досить актуальною, причому основними причинами такої негативної тенденції є екстрагенітальна патологія інфекційного генезу, порушення мікробіоценозу статевих шляхів, істотний рівень вихідної генітальної патології тощо (В.М. Запорожан та співавт., 2006; Б.М.Венцівський та співавт., 2008).

Метою наукової роботи є зниження частоти порушень лактаційної функції в жінок з інтраамніальним інфікуванням на основі вивчення клініко-функціональних, імунологічних і біохімічних особливостей лактації, а також розробки й впровадження алгоритму ведення цих пацієнток після розродження.

Для рішення даної мети були поставлені наступні завдання:

1. Вивчити особливості перебігу гестації й стану фетоплацентарного комплексу в жінок з інтраамніальним інфікуванням й їхній вплив на стан лактаційної функції.

2. Визначити частоту порушень лактаційної функції й інформаційну значимість мікробіологічного дослідження грудного молока в розвитку цієї патології.

3. Вивчити вплив мікробіологічних й інфекційних факторів на лактаційну функцію й біохімічний склад молока в жінок із внутрішньоутробним інфікуванням.

4. Розробити й оцінити ефективність тактики ведення післяпологового періоду в жінок з інтраамніальним інфікуванням і порушеннями лактаційної функції.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З БАГАТОВОДДЯМ ПРИ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОМУ ІНФІКУВАННІ

Шаповалова І.М.

Науковий керівник – д.м.н., проф. В.І. Бойко

СумДУ, кафедра акушерства і гінекології

Патологія навколо плодового середовища у вагітних жінок є однією з найчастіших, яким важко запобігти, і не прогнозованих ускладнень. Особливої актуальності вказана проблема набуває у зв'язку зі значним поширенням поєднаних форм TORCH- інфекцій. В утворенні та циркуляції амніотичної рідини важливу роль відіграють навколоплодові структури, через які відбувається параплацентарний обмін між плодом і матір'ю. Під впливом інфекції може виникати дезорганізація основних функцій амніона з подальшим розвитком незворотніх деструктивних процесів як в навколо плодових оболонках, так і в плаценті.

Метою роботи було вивчення особливостей перебігу гестаційного процесу у жінок на тлі цитомегаловірусно-хламедійної інфекції при патології навколоплодового середовища. Було обстежено 50 вагітних з багатоводдям на тлі поєданого цитомегаловірусно-хламедійного інфікування. Контрольну групу склали 50 соматично здорових жінок з нормальним об'ємом амніотичної рідини та фізіологічним перебігом вагітності. Методом ІФА визначалися специфічні антитіла у сироватці крові вагітних, IgM та IgG до антигенів Cytomegalovirus та Toxoplasma gondii. Дослідження кровоплину у маткових артеріях, артерії пуповини проводили під час УЗД.

Ретроспективний аналіз показав, що вік обстежуваних вагітних коливався від 18 до 33 років і склав у середньому $24,8 \pm 1,5$ року. Серед жінок із внутрішньо матковим інфікуванням запальні захворювання органів малого таза в анамнезі зустрічалися у 22 (44,0%). У 8 (6,0%) пацієнок відмічалось загострення соматичної патології під час вагітності. На тлі ВМІ у 35 (70,0%) вагітних зустрічалася анемія, у 9 (18,0%) – ранній токсикоз, у 21 (42,0%) – пре еклампсія, у 22 (44,0%) – загроза передчасних пологів. У даній групі вагітних досить часто зустрічаються патологічний прелімінарний період (46%), передчасне вилиття навколоплодових вод (58%), аномалії пологової діяльності (44%), дистрес плода (22%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (6%).

Отримані результати на даному етапі дозволяють зробити висновок щодо небезпечності перебігу вагітності та пологів у разі внутрішньо плодового інфікування та багатоводді як його наслідку.

ПЕРСПЕКТИВА ВИКОРИСТАННЯ ЛИВАРОЛУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГІНІТУ У ВАГІТНИХ

Сміян С.А., Томенко В.В., Сміян К.О., студ. 5-го курсу
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології,* СОЦАГР*

Кандидозний вульвовагініт складає велику проблему у вагітних як з причин внутрішньоутробного інфікування плода, інфікування його при проходженні по родовим шляхам матері при народженні, а також викликаючи дискомфорт у самої жінки. Актуальність даної проблеми обумовлено також зниженням чутливості грибів роду *Candida* до антимікотичних препаратів. Крім того, при збереженні провідної ролі *Candida albicans* відмічається тенденція до збільшення розповсюдженості вульвовагінального кандидозу (ВВК), викликаного видами non-albicans, що спонукає до пошуку нових, більш ефективних препаратів для лікування ВВК. Для лікування ВВК у вагітних ми віддаємо переваги місцевій терапії.

Під спостереженням знаходилися 28 жінок у терміні вагітності 37-39 тижнів віком 18-38 років, які перебували у відділенні патології вагітності СОЦАГР з приводу прееклампсії легкого ступеня, рубця на матці, неправильного положення і передлежання плода. Всі жінки під час вагітності використовували різноманітні антимікотичні засоби для місцевого лікування з приводу вагінального кандидозу або кандидозного вульвовагініту. До першої групи спостереження включено 18 пацієнок з вагінальним кандидозом, до другої – 10 жінок з ВВК. Всім вагітним призначали вагінальні супозиторії Ливарол по 1 свічці (400 мг кетоконазолу) щоденно інтравагінально на ніч. При контрольному бактеріоскопічному дослідженні піхвового вмісту встановлено, що пацієнткам першої групи достатнім виявився курс санації 5 днів, а пацієнткам другої групи необхідна тривалість лікування становила 10 днів. Скарг з боку жінок під час прийому Ливарола не було.

Таким чином, препарат Ливарол добре переноситься і зарекомендував себе як для санації піхви, так і для лікування кандидозного вульвовагініту у вагітних.

КЛІНІКО- ІМУНОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ІМУНОТЕРАПІЇ ІМУНОФАНОМ ПРИ ХРОНІЧНОМУ САЛЬПІНГООФОРІТІ

Шевченко Т.В.

*Науковий керівник - доц. С.А. Сміян
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

Хронічний сальпінгоофорит (ХСО) з його тривалим перебігом та частими рецидивами у жінок молодого віку є однією з основних причин безпліддя, ендокринного дисбалансу, порушення менструальної, сексуальної функції організму. За останні роки частота ХСО зростає, і не має тенденції до зниження. Доведено, що в основі хронізації і рецидування ХСО лежать порушення в імунній системі з формуванням вторинного імунодефіциту, особливо в клітинній ланці імунітету. Тому виправданий пошук можливості підвищення ефективності лікування хронічних запальних процесів додатків матки шляхом використання імуностимулюючих факторів, а саме препаратів тимічного походження, які позитивно впливають на Т- клітинний імунітет.

Метою нашої роботи було: оптимізація лікування хворих на ХСО шляхом використання адьювантної імунотерапії імунофаном. За період 2005-2009 рр. з діагнозом ХСО проліковано 86 жінок, віком від 17 до 50 років. Середній вік- 38,6р. Імунологічний статус оцінювали за загальною кількістю Т- лімфоцитів (CD3) та їх субпопуляцій CD4, CD8, CD16 і В-лімфоцитів(CD22) імунофлюоресцентним методом з використанням моноклональних антитіл і рівнем концентрації імуноглобулінів Ig M, Ig G, Ig A. Беручи до уваги значну роль міжклітинних медіаторів- цитокінів в імунних механізмах регуляції гомеостазу, визначали цитокіновий статус у жінок. Для верифікації збудника проводилось бактеріологічне дослідження. Встановлено, що у хворих на ХСО визначаються суттєві порушення в клітинній та гуморальній ланках імунітету(зменшення числа Т- лімфоцитів за рахунок Т- хелперів до 28%), дисбаланс імунорегуляторного індекса до 0,9, підвищення Ig G до 11,6 мг/л, зниження рівня протизапальних цитокінів IL2, IL4 і підвищення концентрації прозапальних цитокінів IL1, IL8, ФНО. З метою імунотерапії вводили імунофан-синтетичний похідний гормону тимопоетину, по 1 мл в/м через добу, сумарною дозою 5 мл. Ефективність імунотерапії визначали за клініко- імунологічними показниками.

Клінічне одужання спостерігалось у 76% пацієнок, поліпшення стану- у інших 24%. Позитивний вплив на імунну систему характеризувався підвищенням абсолютного і відносного числа Т-лімфоцитів, зокрема субпопуляцій CD4, CD16, корекцією імунорегуляторного індексу, нормалізацією цитокінового статусу та концентрації Ig G. Таким чином, отримані результати свідчать про наявність імунологічних порушень у хворих з ХСО і про можливість підвищення ефективності їх лікування шляхом використання адьювантної імунотерапії тимічним поліпептидом- імунофаном .

РОЛЬ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЕНІТАЛІЙ У РОЗВИТКУ ПІЗНІХ ГЕСТОЗІВ

*Сухарев А.Б., Литвінов Ю.О., студ. 2-го курсу
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

Останніми роками спостерігається збільшення частоти пізніх гестозів. Дана патологія відноситься до найбільш поширених і тяжких ускладнень вагітності, є однією з основних причин материнської і перинатальної смертності. У зв'язку з цим вивчення етіології і чинників ризику розвитку гестозу є актуальним.

Для встановлення значущості запальних процесів геніталій в механізмах розвитку гестозу нами були вивчені клініко - анамнестичні дані 47 вагітних з гестозом другої половини вагітності, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в обласному відділенні екстрагенітальної патології вагітних. Контрольну групу склали 45 вагітних жінок без проявів гестозу. Термін вагітності в основній і контрольній групах складав 32-41 тиждень. Середній вік обстежених жінок складав 28,1 років з індивідуальними коливаннями від 17 до 38 років.

Встановлено, що найбільш частими запальними захворюваннями геніталій у обстежених жінок з гестозом були: кольпіти, трихомоніаз, хламідіоз, сальпінгофорит, носійство ЦМВ. У вагітних жінок з гестозом серед запальних захворювань геніталій на першому місці знаходилися кольпіти (45%), потім сальпінгофорити (42,5%), носійство ЦМВ (21%), трихомоніаз (14,8%), хламідіоз (12,7%). Причому запальні захворювання хламідійної та вірусної етіології частіше спостерігалися в групі молодих жінок (до 20 років), хронічні запальні процеси та їх наслідки (безпліддя, ектопічна вагітність) виявлялися частіше в жінок у віці 25 -38 років.

У ході вивчення анамнезу було з'ясовано, що перед госпіталізацією до стаціонару 12,7% жінок раніше користувалися внутрішньоматковими контрацептивами (за даними багатьох авторів, ризик розвитку запального процесу придатків матки у жінок – носіїв внутрішньоматкових контрацептивів підвищується в 4 рази); у 14,8% жінок з гестозом в анамнезі переривання вагітності (штучні аборти). Звертає на себе увагу ускладнений акушерський анамнез у 47% жінок.

Аналізуючи отримані нами результати клініко - анамнестичного обстеження вагітних жінок з гестозом, можна зробити наступні висновки:

- 1) для профілактики розвитку гестозу необхідна повноцінна прегравідерна підготовка, що включає обстеження жінок для виявлення генітальної, екстрагенітальної патології і санацію осередків інфекції до вагітності;
- 2) наявність запальних процесів геніталій дозволяють віднести вагітних до групи ризику по розвитку гестозу в II половині вагітності.

РОЛЬ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ В РОЗВИТКУ ПІЗНЬОГО ГЕСТОЗУ

*Сухарев А.Б., Філь Ю.П., студ. 2-го курсу
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

Вірогідність розвитку гестозу і ступінь його тяжкості багато в чому визначається наявною екстрагенітальною патологією. Одним з таких фонових захворювань є нейроциркуляторна дистонія (НЦД). Провідним механізмом у розвитку судинних порушень при гестозі є гормональний дисбаланс. Тому ймовірно, що за наявності фону у вигляді базального порушення судинного тонуусу вірогідність розвитку гестозу значно зростає, а клінічний перебіг уже існуючого гестозу посилюється, особливо при поєднанні з іншими екстрагенітальними захворюваннями.

Мета даного дослідження: виявлення взаємозв'язку між ступенем тяжкості пізнього гестозу і наявністю НЦД.

Матеріали і методи: дослідження проводилося в обласному відділенні екстрагенітальної патології вагітних. Проаналізовано 40 історій хвороби жінок з гестозом. Оцінці підлягали наступні показники: ступінь прояву набряків і їх локалізація; величина АТ; наявність супутніх екстрагенітальних захворювань, час їх маніфестації.

Отримані результати: у 32% жінок - розвиток гестозу з 27-28 тижнів вагітності; у 51% - з 31-32 тижнів; у 17% - з 21-22 тижнів. Підвищення АТ до 150-160 мм. рт. ст. відмічено в 64,2% і стабілізація АТ після курсу інфузійної терапії сульфатом магнію, прийому допегіта. У 33,4% – підйом АТ до 140-150 мм.рт.ст. і нормалізація АТ на тлі внутрішньовенного введення сульфату магнію; у 2,4% підвищення АТ до 180 мм.рт.ст., що вимагало введення сульфату магнію в дозі 12 - 18 грам сухої речовини за добу.

У обстежених жінок встановлена ступінь тяжкості гестозу за шкалою Гоекає. З 40 жінок з гестозом у 8 діагностовано тяжкий перебіг, причому серед них у 7 вагітних в анамнезі НЦД зі значними клінічними проявами. У 21 вагітної – легкий перебіг, серед яких 18 жінок з НЦД, діагноз якої вперше встановлено підчас вагітності, 1-2 фонових захворювань; у 11 – легкий перебіг гестозу, 1 соматичне захворювання, відсутність в анамнезі діагнозу НЦД, проте мали місце до вагітності початкові клінічні ознаки судинних уражень.

Таким чином, наявність НЦД як фонові патології значно збільшує ризик розвитку і ступінь тяжкості пізнього гестозу. Своєчасне виявлення і лікування НЦД дозволить діагностувати гестоз на доклінічному етапі, ще до прояву симптомів і призначити комплексне лікування даного ускладнення.

ЭНДОМЕТРИОЗ КАК ПРИЧИНА БЕСПЛОДИЯ

*Качмала Л.А.
Научный руководитель – к.м.н., доц. М.Л. Кузменская
СумГУ, кафедра акушерства и гинекологии*

Среди различных причин бесплодия эндометриоз занимает одно из ведущих мест. По современным представлениям, эндометриоз - одно из самых частых гинекологических заболеваний женщин репродуктивного возраста. В рассматриваемом аспекте имеют значение широкое использование гормональных контрацептивов, частые

аборты, неконтрольоване застосування кортикостероїдних препаратів, не завжди обґрунтоване застосування антибіотиків та інші фактори. Крім ослаблення імунного контролю, мають значення розширення інструментальних методів обстеження (гістеросальпінгографія, діагностичне вискабливання порожнини матки, гістероскопія), діатермохірургічні втручання на шийці матки, аборт, застосування внутриматочних контрацептивів. В останні роки велике значення має збільшення частоти ендометріоза як екологічного фактора та зростаючих стресових ситуацій.

Збільшення частоти ендометріоза влічє за собою і зростання частоти безпліддя. Дані про частоту безпліддя при ендометріозі дуже розбіжні - від 30-40 до 60-80% (в середньому 50%).

За даними Б. І. Железнова та А. Н. Стрижакі частота безпліддя при всіх локалізаціях генітального ендометріоза становить 47,8%, що приблизно в 3-4 рази перевищує середню частоту безпліддя в популяції.

Робота базується на ретроспективному аналізі 139 амбулаторних карт жінок репродуктивного віку, що спостерігаються з приводу безпліддя. Було виділено групу пацієнток (40) у яких причиною безпліддя був ендометріоз різних форм. Вік обстежуваних 20 – 29 років. С "маленькими" формами ендометріоза було 6 хворих, з ендометріозом придатків, включаючи труби та яєчники, - 11, з аденоміозом - 18, у 5 хворих був ендометріоз шийки матки. Всі пацієнтки обстежувалися та лікувалися в гінекологічних відділеннях СОЦАГР та СРД №1. Діагностика ендометріоза ґрунтувалася на увазі та аналізі даних анамнезу, загальноприйнятих методів об'єктивного та результатів спеціальних методів дослідження.

Звідси випливає, що у 29% обстежуваних нами жінок причиною безпліддя був ендометріоз. З них 32 пацієнтки були пролічені консервативно та 8 хірургічним методом. Впродовж першого року після проведеного лікування вагітність наставила у 18 жінок та у 5 впродовж другого року, а це 57,5%.

Таким чином, враховуючи вищеописане, можна зробити висновок, що пацієнток з безпліддям необхідно обстежувати на ендометріоз. Своєчасне проведене лікування дозволяє відновити репродуктивну функцію жінок фертильного віку.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ, ФАКТОРИ РИЗИКУ ТРУБНО-ПЕРИТОНІАЛЬНОГО БЕЗПЛІДДЯ

Іванова А.Є.

*Науковий керівник – к.м.н., доц. М.Л. Кузьменська
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

В наш час проблема безпліддя в шлюбі в умовах падіння народжуваності набуває все більшого медико-соціального значення. За даними дослідників частота безплідних шлюбів в нашій країні становить 13-20 % і не має тенденції до зниження. Провідне місце в структурі жіночого безпліддя займає трубно-перитонеальна форма. Проблема лікування хворих, які страждають безпліддям трубно-перитонеального генезу зберігає свою актуальність, не дивлячись на істотний прогрес в інструментальному виконанні та широкий арсенал медикаментозних засобів. Ефективність лікування трубно-перитонеального безпліддя значно нижча за ендокринне і становить в середньому не більше 20-25 %. Крім цього, лікування як правило вимагає застосування дорогих методів оперативного втручання, а також використання допоміжних репродуктивних технологій.

Виходячи з цього, метою цієї роботи було вивчення частоти трубно-перитонеального безпліддя в структурі безплідного шлюбу в Сумській області, виділити провідні чинники ризику, що призводять до безпліддя і розробити профілактичні заходи.

Було проаналізовано 300 амбулаторних карт пацієнтів, які перебували на обліку в жіночій консультації та гінекологічному відділенні з приводу безпліддя Сумського обласного центру акушерства гінекології та репродуктології з 2000 по 2003 роки. Всі хворі пройшли комплексне клініко-лабораторне обстеження (ультразвукове дослідження, гістеросальпінгографію, гормональне дослідження на урогенітальні інфекції).

В результаті проведених досліджень було встановлено, що у 45,8% хворих транспортна функція маткових труб була порушена внаслідок сактосальпінксів, в інших - за рахунок перитубарних спайок та патології фібріального відділу.

Супутня патологія малого тазу діагностована в 28 випадках, ендометріоз яєчників у 9 (8,3 %), міома матки у 2 (1,6 %), вторинний полікістоз яєчників у 21 (17,5 %), пухлиноподібні утворення яєчників у 3 (2,4 %) обстежених.

При лапароскопії проводили сальпінгооваріолізис 123 (99,3 %) хворим, адгезіолізис - 105 (84 %), сальпінгостомію - 54 (43 %), цистектомію - 3 (2,4 %) та міомектомію - 2 (1,6 %), резекцію яєчників 37 (30 %) хворим. У 34 (28,4 %) випадках проводилася коагуляція вогнищ ендометріозу. У 9 (8,7 %) пацієнток була проведена двостороння сальпінгектомія у зв'язку з вираженими анатомічними змінами фаллопієвих труб. Ці хворі підготовлені для лікування методом екстракорпорального запліднення та перенесення ембріонів. Фертильність відновлена у 73 хворих.

Після сальпінгостомії вагітність наставила у 37 (30 %) жінок, причому за відсутності спайкового процесу в малому тазу у 45 %, за наявності спайкового процесу у 8 % хворих, після лізису перитубарних спайок у 53 % жінок. У 6 (5 %) випадках від загального числа вагітних, діагностована трубна вагітність. Протягом перших шести місяців після операції вагітність наставила у 65 %, через 6-12 місяців у 25 %, через рік та більше у 10 % прооперованих хворих.

Отримані дані дозволяють визначити основні чинники розвитку неплідності та удосконалити методи профілактики та діагностики даної патології в Сумському регіоні. Тільки лапароскопія дозволяє достовірно поставити діагноз трубно-перитонеального безпліддя, оцінити морфологічний та функціональний стан внутрішніх статевих органів, виявити причинні фактори безпліддя і, якщо можливо, відновити репродуктивну функцію.

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

*Грінкевич Т.М., Калініченко Д.О., студ. 5-го курсу
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

Найважливішою задачею сучасного акушерства є антенатальна охорона плода, яка займає провідне місце в комплексній програмі щодо охорони майбутнього покоління. Тому дослідження проблем пов'язаних з гестаційним процесом відносять до пріоритетних наукових напрямків. Провідне значення належить хронічній плацентарній недостатності, що є частим ускладненням вагітності та призводить до патології перебігу вагітності та пологів.

Нами було проведено аналіз 20 історій вагітних з проявами фетоплацентарної недостатності, що перебували на лікуванні та розродженні в акушерському відділенні центральної міської лікарні №1 протягом 2008 року. Зверталась увага на особливості анамнезу життя, екстрагенітальну патологію, акушерсько-гінекологічний анамнез, інфекційний статус, шкідливі звички, соціальні умови.

Діагностика фетоплацентарної недостатності визначалась за такими показниками: визначення гормонів крові (хоріонічного гонадотропіну, прогестерону та естріолу) методом ІФА, проводилась ультразвукова фето- та плацентометрія, доплерометрія в системі мати-плацента-плід, проводилась оцінка внутрішньоутробного стану плода з визначенням біофізичного профілю плода, кардіотокографічне дослідження в терміні вагітності 26-40 тижнів.

Перебіг вагітності мав такі особливості: гестози І половини вагітності спостерігалися у 8 (40%) вагітних, гестози ІІ половини вагітності - у 6 (25%) жінок, загроза переривання вагітності до 22 тижнів мала місце у 7 (35%) жінок, загроза передчасних пологів - 9 (45%) жінок, дистрес плода у 4 (20%) жінок. Перебіг пологів у жінок цієї групи ускладнився: передчасними пологами у 3 (15%) жінок в терміні 33-35 тижнів вагітності, дистрес плода 12 (60%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти у 2 (10%). У 17 (85%) жінок пологи проведено через природні пологові шляхи, у решти закінчили операцією кесаревого розтину. Пологи завершилися народженням дітей за шкалою Апгар на 1 хв. 8 балів – 16 дітей, 7-5 балів – 4 дитини.

Клінічно-статистичний аналіз виявив високу частоту плацентарної недостатності, високу частоту ускладнень вагітності та пологів. Характер та частота ускладнень визначаються ступенем важкості плацентарної недостатності, а також рівнем порушень в системі мати-плацента-плід.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ЖІНОК З ПЕРЕДРАКОВИМИ СТАНАМИ ШИЙКИ МАТКИ

*Головко Т.М., студ. 5-го курсу., Топчієва І.І., студ. 4-го курсу
Науковий керівник – к.м.н., доц. В.В. Маркевич
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології*

Злоякісні пухлини жіночих статевих органів (ЗПЖСО) – захворювання, які мають багато ускладнень та наслідків для жінок.

В Україні збільшення захворюваності жінок на злоякісні пухлини жіночих статевих органів (ЗПЖСО) сприяє підвищення частоти ендокринної патології, а особливо дисбалансу функції гіпоталамо-гіпофізарної системи. У жінок до 45 років у яких нерідко спостерігається порушення гормональної регуляції у вигляді хронічної гіперестрогенії.

За останній час виявлена важлива роль у виникненні передпухлинних процесів інфекційних агентів, особливо, папілома вірусу людини (ПВЛ) та герпес вірусу. ДНК ПВЛ виявляться практично у всіх хворих на рак шийки матки. У зв'язку з чим міжнародне агентство по дослідженню раку офіційно об'явило про віднесення папілома вірусу людини 16 та 18 типів до канцерогенних факторів, а типи 31,33,35 до можливих канцерогенів.

В патогенезі онкологічних захворювань бажано відмітити порушення в імунній системі, що обумовлюють пригнічення всіх імунних процесів. Тобто продукти життєдіяльності пухлинних клітин мають імунотоксичні властивості, які при накопиченні в організмі при рості пухлини сприяють пригніченню імунологічної реактивності.

ЗАСТОСУВАННЯ ДОНАТОРІВ ОКСИДУ АЗОТУ В КОМПЛЕКСНІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАТРИМКИ РОЗВИТКУ ПЛОДА У ВАГІТНИХ, ЗАЙНЯТИХ У ХІМІЧНОМУ ВИРОБНИЦТВІ

Нікітіна І.М., Сумцов Г.О., Дядюшко В.В.
СумДУ, кафедра акушерства та гінекології, *МКЛ №1*

До цього часу проблема захисту фетоплацентарного комплексу (ФПК) вагітних, зайнятих у хімічному виробництві залишається актуальною і далеко не вирішеною. Незважаючи на існування різноманітних методів профілактики і лікування, частота патології ФПК і затримки розвитку плода (ЗРП) у цієї категорії вагітних залишається досить високою.

Метою дослідження було удосконалення методів ранньої діагностики, профілактики і лікування ЗРП. Протягом 2008 – 2009 років нами обстежено 80 вагітних - робітниць заводу ВАТ «Сумхімпром». Серед цих жінок було виділено дві групи: І групу склали вагітні (40), які спостерігались в жіночій консультації за загальноприйнятим алгоритмом, у ІІ групу ввійшли вагітні (40), яким вперше в лікувально-профілактичних заходах був застосований вітчизняний препарат тівортін (фармацевтичної компанії "Юрія-фарм"). Тівортін має антигіпоксичну, мембраностабілізуючу, цитопротекторну, антиоксидантну, анти радикальну та дезінтоксикаційну активність. Він є субстратом для NO-синтази – ферменту, що каталізує синтез оксиду азоту в ендотеліоцитах, зменшує активацію і адгезію лейкоцитів і тромбоцитів до ендотелію судин, пригнічує синтез ендотеліну-1, котрий є потужним вазоконстриктором, що є морфологічним субстратом порушення фетоплацентарного кровотоку при плацентарній дисфункції. Тівортін був включений в терапію вагітних основної групи в терміни 12-16, 24-28, 32-36 тижнів вагітності

у формі розчину для перорального застосування в дозі 5 мл 3-4 рази на добу. За умови виникнення ранніх ознак фетоплацентарної дисфункції - препарат вводився в умовах стаціонару внутрішньовенно крапельно в дозі 100 мл на добу. Курс лікування становив 14 днів.

З метою оцінки ефективності застосування тівортину, поряд із загальноклінічним обстеженням вагітних, нами проведено визначення вмісту рівня гормонів в крові вагітних: ХГ, ПЛ, прогестерону, естріолу, кортизолу в 10-12 та 32-36 тижнів вагітності. За даними літератури порушення гормональної функції ФПК є ознакою плацентарної недостатності. Додатково для оцінки стану ФПК проводили ультрасонографічне дослідження за допомогою сучасного ультразвукового апарату "SONOACE X8" (Medison, Корея) з визначенням біометричних показників плода, ехоструктури плаценти, з оцінкою біофізичного профілю плода та доплерометрією кровотоку.

В результаті вивчення гормонопродукуючої функції ФПК встановлено, що в I групі вагітних рівень плацентарних гормонів був в середньому в 1,2-1,4 рази нижчим порівняно з вагітними II групи. У вагітних, що отримували тівортін, гормональний статус наближувався до показників фізіологічної норми для відповідного терміну вагітності. Після проведеного дослідження діагноз плацентарної недостатності був встановлений у 27,5 % жінок I групи та в 7,5 % жінок II групи. Ехографічна і кардіотокографічна картина у вагітних, в коригуючу терапію у яких був включений тівортін не відрізнялась від показників норми.

Таким чином, тівортін є ефективним препаратом для профілактики порушень функціонального стану ФПК та затримки розвитку плода у вагітних, зайнятих у хімічному виробництві і може бути рекомендованим для практичного застосування у цієї категорії вагітних.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ДИФУЗНОЮ ЕУТИРЕОЇДНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Ольховик В.Л.

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

Однією з невирішених проблем у сучасному акушерстві є профілактика та зниження перинатальної захворюваності та смертності. У вирішенні цієї проблеми важлива роль належить тиреопатіям, у структурі яких переважають йоддефіцитні захворювання щитоподібної залози (ЩЗ), особливо дифузна еутиреоїдна гіперплазія щитоподібної залози.

За даними ВООЗ (2004) щорік у матерів з йодним дефіцитом реєструється більше 30 тис. мертворожень. Добова потреба в йоді для вагітних складає 200-250 мкг, а реальний вжиток йоду на більшій території України не перевищує 40-80 мкг на добу.

Метою даної роботи було визначити особливості перебігу вагітності при дифузній еутиреоїдній гіперплазії ЩЗ та розробити науково обґрунтовану тактику ведення цієї групи жінок.

Для реалізації поставленої мети нами було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 67 вагітних, з них 17 мали дифузну еутиреоїдну гіперплазію щитоподібної залози I – II ступеня. Критеріями відбору хворих у програму дослідження були макроструктура ЩЗ, тиреоїдний статус, медіана йодурії протягом вагітності. Діагноз захворювання ЩЗ встановлений сумісно з ендокринологом. Першу групу склали 15 вагітних з гіперплазією ЩЗ, у яких у першому триместрі було виявлено субклінічний гестаційний гіпотиреоз і які протягом гестаційного періоду отримували L-тироксин і „ендонорм” у дозі 180 мкг/добу. До II групи увійшло 13 вагітних з еутиреоїдною гіперплазією ЩЗ, яким протягом вагітності проводилась профілактика йоддефіциту препаратом „ендонорм” у дозі 180 мкг/добу. Третю групу склали 19 вагітних з еутиреоїдною гіперплазією щитоподібної залози, яким проводилась тільки симптоматична терапія. Контрольну групу (IV) склали 20 вагітних без анамнестичних та клінічних даних у відношенні захворювань щитоподібної залози, котрі не отримували йодну профілактику. Групи обстежених були рандомізовані та однорідні за віковими показниками та паритетом.

Розроблено алгоритм діагностики та лікування вагітних з дифузною еутиреоїдною гіперплазією щитоподібної залози. Всі вагітні з дифузною еутиреоїдною гіперплазією щитоподібної залози повинні бути віднесені до групи ризику по виникненню перинатальних та акушерських ускладнень. Динамічне обстеження ЩЗ доцільно проводити в 22-24 тижні гестації, а також на 35-36 тижнях. Використання в комплексному лікуванні вагітних основної групи препарату „ендонорм” сприяло відновленню йодного балансу, поліпшенню метаболічних процесів, показників системи гемостазу, що дозволило зберегти вагітність у 93,3% жінок.

ЗНАЧЕННЯ ВИКОРИСТАННЯ ОНКМАРКЕРУ SCC ДЛЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА МОНІТОРИНГУ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ У МОЛОДИХ ТА ВАГІТНИХ ЖІНОК (ЛІТЕРАТУРНИЙ ОГЛЯД)

Козачук Є.С., Вакуленко Г.О., Манжура О.П.

Науковий керівник - д.м.н., проф. Г.О. Вакуленко

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Національний інститут раку

Київська онкологічна лікарня, кафедра онкології

Рак шийки матки (РШМ) впродовж останніх десятиліть залишається однією з найактуальніших онкопатологій в світі, що посідає II місце, після раку молочної залози, серед злоякісних новоутворень жіночої репродуктивної системи. Щороку в світі реєструється близько 500 тис. нових випадків захворювання на РШМ та 300 тис. жінок помирає від цієї недуги. Близько 20% пацієнток з вперше виявленим РШМ гинуть впродовж року, так як пухлина виявляється пізно та розраховувати на вилікування не приходиться. Збільшення частоти виникнення РШМ серед жінок фертильного віку є

надзвичайно гострою проблемою, оскільки даний контингент пацієнок представляє собою не лише репродуктивно значущу частину населення, а й активну в соціальному відношенні групу. Тривожною проблемою є зростання захворюваності серед вагітних жінок, адже встановлення діагнозу злоякісного захворювання створює проблеми не лише психологічного, а й етичного характеру. РШМ займає I місце серед пухлин, асоційованих з вагітністю, та виявляється, за даними різних авторів, від 1 до 13 випадків на 100 тис. вагітностей, включаючи післяпологовий період, та 1 на 1000-2500 пологів. У зв'язку з невірним трактуванням симптомів РШМ під час вагітності та проведенням необґрунтованих лікувальних заходів, час встановлення вірного діагнозу коливається від 1-12 міс. У кожній третій вагітній тривалість симптомів захворювання перевищувала 4-6 міс. Враховуючи особливості морфологічної структури шийки матки під час вагітності, інтерпретація результатів клініко-інструментальних методів обстеження має певні труднощі, що зумовлює велику кількість клінічних помилок. Незважаючи на те, що РШМ відноситься до візуальних локалізацій, доступність та високу ефективність сучасних методів обстеження, наявності Національних програм проведення скринінгу, все ж таки майже половина вперше виявлених випадків РШМ становить III-IV стадії. В світлі вищевказаних проблем, залишається актуальною розробка нових підходів до ранньої діагностики цервікальних неоплазій у молодих та вагітних жінок, чіткого визначення факторів ризику їх виникнення, вироблення єдиної стратегії лікування та наступного клінічного спостереження за хворими на РШМ. Особливо важливим є пошук надійних неінвазивних методів моніторингу хворих на РШМ, які були б достатньо інформативними для оцінки адекватності проведеного лікування, а також слугували ефективними методами раннього виявлення можливих рецидивів захворювання. Перспективним в цьому плані є визначення пухлиноасоційованих антигенів (маркерів) в сироватці крові, таких як SCC (антиген плоскоклітинного раку).

На базі кафедри онкології Національного медичного університету ім.О.О.Богомольця розпочато дослідження, метою якого є визначення інформативності підвищення титрів онкомаркери SCC у вагітних жінок з патологією шийки матки, в порівнянні з невагітними.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ЗАЛЕЖНО ВІД ПРОВІДНОГО АЛГОГЕННОГО ЧИННИКА

Козак А.В.

*Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,
кафедра акушерства та гінекології №1*

Вивчались варіанти клінічного перебігу синдрому хронічного тазового болю у жінок репродуктивного віку, які знаходились на обстеженні на клінічній базі кафедри акушерства і гінекології №1 НМУ ім. О.О.Богомольця. За нашими даними питома вага синдрому хронічного тазового болю у жінок, що звернулися за допомогою до клінічних баз кафедри акушерства і гінекології №1 в 2008-2009рр., складає 19,1% від усіх захворювань, що супроводжуються тазовим болем. Узагальнений, без урахування провідного чинника болю, підхід до лікування синдрому хронічного тазового болю у жінок репродуктивного віку веде до посилення страждань хворої та погіршення її психоемоційного стану, призводить до стійкої втрати працездатності та соціальної дезадаптації.

Обстежено 92 жінки з верифікованим діагнозом синдром хронічного тазового болю. Середній вік пацієнок склав 28±4,2 років. Всі хворі, що страждають на синдром хронічного тазового болю були комплексно обстежені за допомогою сучасних лабораторних, інструментальних, гістологічних методів. Окремо вивчалась ступінь суб'єктивної оцінки відчуття болю за допомогою листів опитування. Порушення психоемоційного стану вивчались за допомогою шкали Спілбергера – Ханіна. Для оцінки достовірності отриманих результатів використовувались статистичні методи. В загальній структурі синдрому хронічного тазового болю у жінок репродуктивного віку звертає на себе увагу великий відсоток (13,4%) пухлиноподібних утворень придатків матки. Слід відмітити, що рівень діагностики пухлиноподібних утворень придатків матки на етапі, що передував діагностичній лапароскопії, виявився відносно низьким (7,3%). Всім хворим виконана діагностична лапароскопія, яка при необхідності доповнювалась оперативною.

На основі проведеного дослідження були розроблені диференційовані підходи до лікування синдрому хронічного тазового болю у жінок репродуктивного віку в залежності від провідного алгогенного чинника. Аналіз якості та інформативності сучасних методів діагностики та лікування синдрому хронічного тазового болю підтверджує провідну роль малоінвазивних інструментальних методів, таких, як лапароскопія.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Андрющенко В.В., Шкурко С.К., Близнюк М.М., Лукавенко И.М., Языков А.В.

*СумГУ, кафедра хирургии с детской хирургией и курсом онкологии
Лечебно-диагностический центр ДП «Силмед»*

Рак шейки матки продолжает занимать одно из ведущих мест среди онкопатологии женской половой сферы, поэтому эффективное лечение патологии шейки матки на стадии фонового процесса остается актуальной проблемой гинекологии. Одним из радикальных способов лечения многих фоновых заболеваний шейки матки является диатермокоагуляция (ДТК). Этот метод широко используют в амбулаторной гинекологической практике, поскольку его применение дает высокий процент излечиваемости и материал для гистологического исследования. Однако он имеет множество недостатков как-то: кровотечение при отторжении струпа, обострение хронических воспалительных процессов в послеоперационном периоде, рубцовые изменения шейки матки, длительный период эпителизации. Самым большим недостатком этого метода является не всегда удовлетворительное качество удаленных препаратов вследствие термического повреждения тканей.

Цель настоящего исследования – повышение эффективности лечения патологии шейки матки с использованием современного радиохирургического (РХ) аппарата «Сургитрон».

Нами проведено обследование и лечение 48 женщин. В основную группу вошли 18 пациенток, которым была выполнена радиоконизация, а в контрольную – 20 женщин, подвергнутых ДТК. Возраст пациенток колебался от 20 до 50 лет. Показанием к конизации были рубцовая деформация шейки матки, эктропион, рецидивирующая эрозия, лейкоплакия шейки матки, эктопия шейки матки и наличие зоны с дискератозом. Всем больным было проведено комплексное обследование. Все конизационные образцы были подвергнуты окончательному гистологическому исследованию. Процедуру конизации проводили в первую фазу менструального цикла – на 5-8-е сутки под общим обезболиванием. Радиохирургическую конизацию (РХК) проводили на американском аппарате «Сургитрон», на частоте 3,8-4,0 МГц. Диатермокоагуляцию осуществляли на хирургическом приборе «Политом 1». В послеоперационном периоде проводили обработку шейки матки антисептиком с противовирусной активностью.

Различия между двумя методиками были выявлены уже на первых этапах лечения. Раневой экссудат у пациенток контрольной группы был обильный. Вначале он носил сукровичный характер, после отторжения струпа выделения усиливались, порой принимая характер кровотечения. После РХ лечения выделения были светлыми и скудными. Лишь при отторжении фибриновой пленки появлялись мажущие выделения, купировавшиеся самостоятельно. Отторжение струпа при ДТК происходило на 8-10 сутки, а после РХ лечения на 7-8. Кровотечения в момент отторжения струпа после РХК отмечались у 2-х больных. Это было связано с недостаточной экспозицией конизатора в ране в процессе отработки режима «разрез и коагуляция». В послеоперационном периоде у 72% женщин контрольной группы замечены нарушения овариально-менструального цикла в виде метроррагии, а у 22% – обострения хронического сальпингоофорита. В основной группе таких нарушений не было. Процесс эпителизации после ДТК составил от 45 суток и более, при РХ воздействии эпителизация наступала на 30-34 сутки.

Таким образом, использование радиочастотной конизации в амбулаторной практике позволяет уменьшить продолжительность лечения, значительно уменьшить число осложнений в послеоперационном периоде, сократить сроки временной нетрудоспособности, т.е., сохраняя преимущества конизации, повысить ее эффективность и экономическую целесообразность.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПІХВИ У ЖІНОК З ГЕНІТАЛЬНИМ ГЕРПЕСОМ

Парсай Ф., Знак І.О., Щерба О.А., Мазманян А.Р., Гущина А.В.

Науковий керівник - к.м.н., доц. Л.Д. Ластовецька

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
кафедра акушерства і гінекології №3*

У наш час проблема генітального герпесу (ГГ) залишається значною через високу частоту даної патології та схильності до рецидивуючого перебігу. Щороку кількість жінок, хворих на ГГ зростає більш ніж на 10%, у 75% спостерігаються рецидиви захворювання з ураженням шкіри, слизових оболонок, внутрішніх органів та нервової системи.

Мета роботи: оцінка функціонального стану слизової оболонки піхви жінок з ГГ до та після лікування.

Матеріали та методи: Проведено клінічне обстеження 55 жінок віком від 18 до 36 років з ГГ до та після лікування. Контрольну групу склали 20 здорових жінок відповідного віку. За допомогою приладу для внутрішньоклітинного електрофорезу МЕФ-1 було проведено дослідження таких показників: відсоток рухомих та нерухомих ядер клітин плоского епітелію піхви, середня швидкість пробігу ядра клітини, амплітуда зміщення ядра, амплітуда зміщення плазмолем (цитолем), співвідношення між амплітудою зміщення плазмолем та амплітудою зміщення ядер.

Результати: В жінок основної групи середні значення амплітуди зміщення ядер та співвідношення між амплітудою зміщення плазмолем і амплітудою зміщення ядер менші за показники у контрольній групі жінок у 1,5 рази, що свідчить про зменшення інтенсивності метаболізму в клітинах слизової оболонки піхви. Після лікування пацієнок з ГГ за загальноприйнятими методиками кількість рухливих ядер збільшилась до 51%, амплітуда зміщення ядер склала 1,91 мкм, співвідношення між амплітудою зміщення плазмолем та амплітудою зміщення ядер – 1,58 мкм, що свідчить про стабілізацію процесів метаболізму у цих клітинах.

Висновки: 1) виявлено залежність показників електрокінетичної активності клітин вагінального плоского епітелію від функціонального стану слизової оболонки піхви; 2) чим менші електрокінетичні характеристики клітин, тим менша інтенсивність метаболізму у цих клітинах, і навпаки; 3) після проведення лікувальних заходів функціональний стан слизової оболонки піхви значно покращився, про що свідчить підвищення показників у основній групі досліджуваних жінок: кількість рухливих ядер збільшилась до 51%, амплітуди зміщення ядер склала 1,91 мкм, співвідношення між амплітудою зміщення плазмолем та амплітудою зміщення ядер – 1,58 мкм.

ІННОВАЦІЙНІ РІШЕННЯ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МАТКИ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ

*Салламі А., Кілбас К.Ю., Западенко А.І., Курочка В.В.
Науковий керівник - доц. Л.Д. Ластовецька
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
кафедра акушерства і гінекології №3*

На сучасному етапі проблема аденоміозу та гіперплазії ендометрія набула особливого значення у зв'язку з складністю діагностики, зумовленою великою різноманітністю клінічних проявів хвороби, а також значною кількістю випадків поєднання аденоміозу з іншою доброякісною патологією ендо- і міометрія.

Мета дослідження: порівняння ефективності методів інструментальної діагностики доброякісної патології матки.

Матеріали та методи: 135 жінкам репродуктивного віку з аденоміозом (А), гіперплазією ендометрія (ГПЕ) та поєднаною патологією матки (А+ГПЕ), що склали основну групу та групі контролю – 30 гінекологічно здоровим жінкам на 6-7 і 22-24 дні менструального циклу виконано УЗД.

Гістероскопію виконували в I фазу менструального циклу з прицільною біопсією ендометрія та дослідженням біоптатів.

Результати дослідження: Акустичними критеріями доброякісної патології матки ми вважали збільшення розмірів матки, яке спостерігали у 83,7%; округлість її форми з асиметричним потовщенням однієї із стінок – у 67,4% хворих; неоднорідна, гіперехогенна структура міометрія – у 84,4% жінок з А та 97,7% з А+ГПЕ; поява у ендометрії напередодні менструації аномальних анехогенних включень діаметром 1-3 мм – у 71,1% жінок (при А - 82,2% та А+ГПЕ - 93,3%); нерівномірність товщини ендометрія - у 82,2% жінок з доброякісною патологією матки, переважно при ГПЕ (95,5%); у 60,0% – зазубреність базального шару ендометрію; у 46,6% – ехонегативні трубчасті структури, що орієнтовані перпендикулярно площині сканування (А 62,2% та А+ГПЕ 77,7%).

Нами отримані достовірні відмінності при аналізі стану серединної структури матки (М-ехо) в групах А+ГПЕ 13,5±3,34 мм та ГПЕ 12,5±2,8 мм, що в 2,5 разів перевищує дані показники групи контролю (5,4±1,3 мм).

Гістероскопія виявила ригідність стінок та погану розтяжимість матки у 65,9% жінок з доброякісною патологією матки, деформацію порожнини матки - у 44,4% жінок, однаково часто з ГПЕ та А+ГПЕ (48,8%). Розширення порожнини матки гістероскопічно відмічалось у 34,1%; нерівності рельєфу, шороховатість стінок матки – у 67,4% пацієнток з доброякісною патологією матки, особливо при А+ГПЕ (86,6%); розширення залоз по типу «ендометріюїдних глазків» – у 73,3% пацієнток з А+ГПЕ та 46,6% з А.

Висновок: Використання ультразвукового сканування та гістероскопії дозволяє з високою точністю діагностувати дифузну форму аденоміоза, гіперплазію ендометрія та поєднану патологію матки.

СЕКЦІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНИЧНОГО ОПІСТОРХОЗУ

Захлебаєва В.В.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

При хронічному опісторхозі переважно уражається дуоденохоледохопанкреатична зона. Комплексна терапія цієї недуги проводиться з використанням лікарських середників: жовчогінних, ферментів, препаратів, що впливають на моторику шлунково-кишкового тракту, дієтотерапії, фізіотерапії.

Лікування проводиться в три етапи: підготовчий (базисний), патогенетична терапія, дегельмінтизація і реабілітаційний етап.

Завданням першого етапу є корекція алергічного синдрому, забезпечення адекватного відтоку з жовчовивідних шляхів і протоку підшлункової залози, лікування запалення жовчовивідних шляхів та шлунково-кишкового тракту, проведення, за необхідності, дезінтоксикаційної терапії. Від якісного проведення цього етапу буде залежати ефективність наступного. Хворим потрібно призначити дієту з обмеженням жирів, антигістамінні препарати. За показанням проводять антибіотикотерапію. Обов'язкове призначення жовчогінних препаратів з урахуванням типу дискінезій жовчовивідних шляхів: холеретики, холекінетики, препарати змішаної дії. Необхідні гепатопротектори, імунокорегувальні середники (левомізол), спазмолітики.

Обов'язкове приймання травних ферментів (креон, мезим форте, панкреатин). На підготовчому етапі показана фізіотерапія – магнітотерапія, електрофорез з сульфатом магнію, новокаїном. Тривалість підготовчого етапу та його об'єм буде залежати від інтенсивності інвазії, клінічної форми хвороби, наявності супутніх захворювань.

На другому етапі лікування проводиться дегельмінтизація. З цієї метою застосовують празиквантель (більтрицид), похідний ізохіноліну - високоефективний антигельмінтик широкого спектру дії. Механізм дії празиквантелю полягає у підвищенні проникності клітинних мембран паразитів для іонів кальцію, що призводить до спастичних паралічів м'язів гельмінта, в зв'язку з чим він відокремлюється від стінки холангіол і евакуується з жовчю. Курсова доза більтрициду складає 40-75 мг/кг, оптимальна 60 мг/кг (у 3 прийоми з інтервалом в 4 години). На другий день після прийому препарату призначають сліпе зондування з сорбітом або мінеральною водою для евакуації опісторхісів. Для попередження побічних явищ необхідне проведення дезінтоксикаційної терапії після прийому останньої дози більтрициду.

На третьому етапі лікування застосовуються беззондові дуоденальні зондування (тюбажи з сорбітом, сірчато-кислим магнієм, мінеральною водою щоденно протягом першого тижня, а далі 1-2 рази на тиждень до 3 місяців). Комплекс реабілітаційних заходів включає застосування гепатопротекторів, жовчогінних препаратів, спазмолітиків, антихолестатичних препаратів. Критеріями звільнення організму від опісторхів є негативні результати 3-разової копрооскопії та одноразового дуоденального вмісту. Дослідження проводяться через три місяці після дегельмінтизації.

ІМУНОКОРЕГУВАЛЬНІ ЗАСОБИ В ЛІКУВАННІ БЕШИХИ

Ільїна Н.І.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

В наш час зниження захворюваності на бешиху можливе тільки за рахунок зменшення частоти її рецидивів. Для рецидивуючої бешихи характерно зниження клітинного і гуморального імунітету. Зниження клітинного імунітету відбувається за рахунок зниження рівня Т-хелперів зі збереженням нормального рівня Т-супресорів. Формування імунодефіцитного стану супроводжується порушенням продукції тимічних гормонів і, відповідно, розладом всієї системи каскадної регуляції імунітету. У зв'язку з цим використання препаратів, що містять екстракти тканини тимусу або тимічні гормони, базується на принципі замісної терапії.

Класичні імунокорегувальні пептидні препарати тактивін, тималін, тимоптин широко застосовуються в клінічній практиці для лікування інфекційних хвороб з порушенням імунної системи організму, зокрема в лікуванні бешихи. Ці препарати відносяться до засобів неспецифічної імунотерапії, вони здатні відновлювати порушені показники клітинного і гуморального імунітету. Застосування цих препаратів прискорює зворотній розвиток хвороби, сприяє зниженню частоти ускладнень бешихи та рецидивів. Тималін і тактивін суттєво збільшують рівень Т-лімфоцитів і нормалізують співвідношення Т-хелперів/Т-супресорів.

В останні роки отримані імуотропні лікарські препарати тимічного походження 2-го і 3-го поколінь, які є синтетичними аналогами природних гормонів тимусу. На основі тимопоетину створений препарат імунофан. Імунофан відновлює продукцію тимічного гормону тимуліну, має імуномодулювальну дію на продукцію фактору некрозу пухлин, стимулює утворення JgG, JgA, JgM, пригнічує утворення JgE. Імунофан застосовується у комплексній терапії бешихи. Аналіз проведених досліджень довів, що цей препарат сприяє не тільки скороченню клінічних проявів хвороби, але й суттєвій корекції супутніх імунологічних порушень. Вже на 3-4 добу відбувається посилення реакцій фагоцитозу, протягом 7-10 діб - нормалізація основних показників клітинного і гуморального імунітету, відновлення імунорегуляторного індексу, збільшення продукції специфічних антитіл. Майже не визначались випадки повторної або рецидивної бешихи протягом періоду спостереження за реконвалесцентами.

У клінічній практиці в останні роки застосовуються імуностимулятори з групи антигомотоксичних препаратів. Згідно літературним даним, терапія хворих на бешиху із застосуванням траумеля S, ехінацеї композитум, коензіма композитум, лімфоміозота, енгістола суттєво впливало на швидкість зворотнього розвитку патологічного процесу.

Таким чином, використання у комплексній терапії бешихи імунокорегувальних препаратів сприяє скороченню клінічних проявів хвороби і корекції супутніх імунологічних порушень.

АНТАГОНІСТИЧНИЙ ВПЛИВ ЛАКТОБАЦИЛ НА CANDIDA SPP. В ЕКСПЕРИМЕНТІ IN VITRO

Каплін М.М., Івахнюк Т.В., Сиром'ятнікова К.С., студ. 2-го курсу

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Бактерії роду *Lactobacillus* є невід'ємною складовою нормальної мікробіоти організму новонародженої дитини. Нормальна мікробіота кишечника відіграє значну роль у створенні високої колонізаційної резистентності травного тракту до умовно-патогенних мікроорганізмів, а також слугує для підтримання на оптимальному рівні метаболічних процесів та імунологічної реактивності макроорганізму. Метою даної роботи було вивчення чутливості різних штамів *Candida spp.* до дії лактобацил.

В роботі використовувалося 50 штамів *Candida spp.*, виділених від новонароджених дітей. В якості антагоністів були використані штами *Lactobacillus spp.*, виділені з пробіотичного препарату «Сімбітер». Вивчення антимікробної активності культур антагоністів проводили методами штрихових посівів (ДСП, 2004). Контролем слугували чашки, до яких *Lactobacillus spp.* не додавали.

За даними проведених досліджень, всі штами *Candida spp.*, вилучені з травного тракту здорових доношених новонароджених дітей, були здатними до адгезії в середньому (52,0 % штамів), високому (28 %) низькому (12 %) та нульовому (8 %) ступенях.

Аналізуючи результати методів штрихових посівів, нами встановлено, що максимальною антагоністичною активністю володіють штами *Lactobacillus spp.* у відношенні *C.krusei*, *C.pseudotropicalis* з середноадгезивними, низькоадгезивними та нульовими адгезивними властивостями. Деяку нижчу здатність інгібувати ріст проявляли штами *Lactobacillus spp.* відносно клінічних ізолятів - *C.kefyr*, *C.tropicalis* з середньо- та високоадгезивними властивостями. Пробиотичні штами *Lactobacillus spp.* інгібували ріст *C.albicans*, здатними до адгезії в середньому (90 %), нульовому (100 %) та високому (52 %) ступенях, зони затримки росту яких склали в діапазонах 20 – 30 мм. Звертає на себе увагу той факт, що пробіотичні *Lactobacillus spp.* не володіли антагоністичною активністю відносно 6 % високоадгезивних штамів *C.albicans* (зона затримки росту складала 3-4 мм).

РОЗПОДІЛ ГРУП КРОВІ (AB0) У ДОНОРІВ-НОСІЇВ HBsAg ТА АНТИ - HCV

Каплін М.М., Любчак В.В., Сорокіна О.О.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Розповсюдження вірусних гепатитів В і С є актуальною проблемою в світі. Це зумовлено тим, що ці захворювання часто супроводжуються такими ускладненнями, як хронічний перебіг, цироз та рак печінки.

З літератури відомо, що люди з різними групами крові мають різну схильність до багатьох захворювань. Дані відносно гепатитів В і С по цьому питанню в літературі висвітлені недостатньо. Метою нашого дослідження було виявлення можливого зв'язку захворюваності на вірусні парентеральні гепатити В і С з групою крові людини (AB0).

Робота виконана на базі вірусологічної лабораторії Сумського обласного центру служби крові (головний лікар - Любчак В.П.). Донорська кров досліджувалась на наявність HBsAg та анти - HCV методом ІФА.

Був зроблений аналіз розповсюдження парентеральних гепатитів серед донорів за дев'ять років: з 2000 по 2008 роки. При обстеженні 145399 донорів на наявність HBsAg і анти - HCV зафіксовані коливання інфікованості серед них. Показники мають хвилеподібний характер, а саме: то стрімко зростають (з 2000р.) то стрімко спадають (з 2006 р.) все це неодноразово повторюється. Донори крові, у яких виявили HBsAg і анти - HCV, за групами крові були розподілені на 4 групи : максимальна кількість, висока, середня і низька. Максимальна кількість інфікованих гепатитом С мають другу групу А(II) – 33 %, гепатитом В - першу О (I) – 32 % та другу А(II) – 33 %. Висока кількість донорів має третю групу В (III) – 23 % інфіковані гепатитом В та 22 % - гепатитом С. Середня кількість донорів має першу групу О (I) – 19 % інфіковані гепатитом С. Низька кількість інфікованих відноситься до четвертої групи АВ (IV) – з них 12 % - гепатитом В та 16 % - гепатитом С.

РІВЕНЬ ВИЯВЛЕННЯ АНТИТІЛ ДО ВІЛ СЕРЕД ДОНОРІВ КРОВІ

Каплін М.М., Лобанов О.О., студ. 6-го курсу

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Метою нашої роботи був ретельний аналіз поширення ВІЛ-інфекції серед контингенту донорів крові за період з 1 січня 1998 р. по 2010 р. включно.

При обстеженні 274345 осіб нами було виявлено, що на початку терміну спостережень у 1998р. було зафіксовано 0,0086 % ІФА-позитивних ВІЛ - інфікованих донорів; а наприкінці дослідження в 2010р. - 0,036 %.

Виявлено незначні коливання цього показника та поступову тенденцію до збільшення (до 2000 року), а потім невелику тенденцію до зменшення (після 2000 року) і знову різке підвищення цього показника після 2004 року(дані достовірні), що значною мірою відображає загальну інфікованість ВІЛ серед населення області.

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

Зросла кількість ВІЛ-інфікованих донорів з 0,0086 % у 1998 р. до 0,036 % у 2010 р., що збігається із загальноукраїнською динамікою. Всього було виявлено 38 ВІЛ – інфікованих.

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

Серед ВІЛ – інфікованих всіх досліджуваних домінувала вікова група 18 -29 років за статтю серед них переважали чоловіки(82 %).

ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИТОКСИЧНОЇ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У ДОНОРІВ, ІМУНІЗОВАНИХ СТАФІЛОКОКОВИМ АНАТОКСИНОМ

Каплін М.М., Піддубний А.М., студ. 2-го курсу

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Вплив різних факторів на рівень імунної відповіді є однією із важливих проблем сучасної імунології. Дані відносно впливу групи крові на рівень антитоксичного імунітету в літературі відображені недостатньо та є суперечними. У зв'язку з цим метою нашого дослідження було вивчення динаміки та рівня гуморального імунітету у донорів після імунізації їх стафілококовим анатоксином в залежності від групи крові за системою АВО та від віку. Титр антитоксину визначали методом нейтралізації гемолітичної дії стафілококового анатоксину на еритроцити кролика.

Достовірно ($p < 0,05$) найвищий титр стафілококового антитоксину відмічався у донорів з III групою крові. Максимальний титр у донорів з III-ю групою крові відмічався на 14-ий день, у донорів з II та IV групами - на 30-ий день, а у донорів з I групою - на 60-й день від останньої імунізації. Мінімальний титр у донорів з усіма групами крові був відмічений на 180 день. При розподіленні донорів за віковою ознакою на дві групи (молодші та старші за 28 років) спостерігався достовірно вищий титр у донорів, старших за 28 .

Доведено, що оптимальними донорами антистафілококової плазми є донори з III групою крові, віком старше за 28 років, а оптимальний термін для забору плазми для донорів з усіма групами крові є період з 14 до 90 дня від останньої імунізації.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С

Чемич М.Д., Грищенко С.О.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Не дивлячись на успіхи, досягнуті у вивченні патогенезу, клініки та діагностики вірусного гепатиту С (ВГ С), багато питань до цього часу залишаються невирішеними. В умовах неухильного зростання частоти ХВГ С особливо важливою стає проблема підвищення ефективності лікування.

Мета роботи. Дослідити ефективність та безпечність комбінованої терапії ПегІФН (ПегІнtron, Пегасис) та нуклеозидними аналогами (Ребетол, Копегус) хворих на ХВГ С.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 47 хворих на ХВГ С, серед них 26 (55,3 %) пацієнтів, інфікованих першим генотипом вірусу та 21 (44,7 %) – третім. Переважали особи чоловічої статі – 28 (59,6 %), жінок – 19 (40,4 %). Середній вік хворих становив (37,7±1,4) роки. Хворі були розділені на три групи: основна група – 20 пацієнтів (12 чоловіків та 8 жінок) отримували комбінацію ПегІФН (ПегІнtron – 1,5 мкг/кг/тиждень або Пегасис 180 мкг/тиждень) та рибавіріну 1000-1200 мг щодня залежно від маси пацієнта; група порівняння I – 7 пацієнтів (3 чоловіки та 4 жінки), які отримували лікування лінійними інтерферонами: інtron А (альфатрон) 3 млн. підшкірно через день та рибавірін по 3 таблетки 2 рази на день; група порівняння II – 20 пацієнтів (7 жінок та 13 чоловіків), які отримували лише базисну терапію. Дослідження хворих проводилося з використанням загальноприйнятих клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. За допомогою ПЛР визначався РНК HCV, генотип вірусу, вірусне навантаження. Проводилась оцінка рівня гормонів щитоподібної залози (ТТГ, Т3, Т4); антиядерних та антимітохондріальних антитіл, АТТГ, АТПО. З метою оцінки морфологічної картини печінки при різних генотипах ХВГ С та визначення ступеня активності некрозозапального процесу та стадії фіброзу 17 хворим проводилась черезшкірна ПБП.

Результати дослідження. Усіма пацієнтами протівірусна терапія перенесена задовільно, небажані та серйозні реакції, що потребують відміни лікування або зниження дози препаратів завдяки вчасній та раціональній корекції, не виявлялись. При терапії як пегільованими, так і лінійними інтерферонами найчастіше зустрічаються такі побічні реакції, як грипоподібний (95 % - для осіб з основної групи, 100 % - для групи порівняння I), диспепсичний (70 % та 71 % відповідно) та артралгічний синдром (100 % та 30 % відповідно). Сухість шкіри та слизових, надмірне випадіння волосся незначно переважали у хворих основної групи. А скарги на неспокій та загострення супутньої патології незначно превалювали в групі порівняння I. Тромбоцитопенія зустрічалась тільки в 30 % хворих основної групи.

При оцінці рівня трансаміназ як у хворих основної групи, так і в групі порівняння I вже на 4 тижні відбувається помітне зниження показників від 3 до 1,5 норм з послідувочою позитивною динамікою та досягненням нормальних значень по закінченні лікування. У групі порівняння II після лікування трансамінази хоч і знизились, але нормальних значень не досягли.

При якісному аналізі ПЛР, проведеному хворим основної групи на 4, 12, 24, 48 тижнях лікування можна зробити висновки, що швидка вірусологічна відповідь (ШВВ) була досягнута в 15 хворих (75,0 %). Із них 7 (46,7 %) пацієнтів були інфіковані першим генотипом вірусу та 8 (53,3 %) - третім генотипом вірусу.

У 2 (10 %) пацієнтів з 1-b генотипом, які не досягли ШВВ, було отримано повну ранню вірусологічну відповідь на 12 тижні лікування. Для двох (10 %) хворих з 1b генотипом, які не досягли відповіді на 4 та 12 тижні, було відмічено зниження вірусного навантаження при кількісному аналізі ПЛР від висхідного значення на 12 тижні. Із 12 осіб, які закінчили курс лікування, 9 (75,0 %) осіб отримали відповідь при закінченні лікування, із них 5 (55,6 %) пацієнтів з 1-b генотипом та 4 (44,4 %) хворих з 3-а генотипом.

Передчасно припинили протівірусну терапію у двох пацієнток з 1b генотипом. У однієї хворої до 24 тижня не було вірусологічної відповіді і лікування відмінили із-за неефективності, та іншій хворій також на 24 тижні було відмінено лікування із-за відсутності коштів для подальшого його проведення при позитивному результаті.

У 5 хворих (2 пацієнта з 1b генотипом та 3 - з 3a генотипом), які ще продовжують лікування, спостерігається відсутність РНК HCV в сироватці крові весь період спостереження, що дозволяє сподіватися на збереження відповіді й по закінченні лікування.

При якісному аналізі ПЛР, проведеному хворим групи порівняння I, виявлено вірусологічну відповідь на лікування у 4 (57,15 %) хворих. В інших хворих (42,85 %) при кількісному аналізі ПЛР відмічено зниження вірусного навантаження ≥ 2 log від висхідного.

Висновки. Частота побічних ефектів при лікуванні пегільованими інтерферонами була не більшою, ніж при терапії лінійними інтерферонами. Небажані реакції на протівірусну терапію були зворотними і не потребували зниження дози чи відміни препарату. Протівірусна терапія за критерієм первинної біохімічної відповіді дає 100 % позитивний результат, чого не можна сказати про базисну терапію, при якій рівень трансаміназ хоч і зменшився, але не досяг нормального значення. Комбінована терапія пегільованими інтерферонами за критерієм вірусологічної відповіді (75 %) є більш ефективною, на відміну від терапії лінійними інтерферонами, де відповідь була отримана у 57,15 % осіб. Фактори, що спричинили неефективність лікування: 1b генотип вірусу, надмірна маса тіла, некомплаентність пацієнта.

ФАГОЦИТАРНА АКТИВНІСТЬ ЛЕЙКОЦИТІВ ДОНОРІВ У ВІДНОШЕННІ РІЗНИХ ШТАМІВ *CANDIDA SPP.*, ВИДІЛЕНИХ ВІД НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА З ОБ'ЄКТІВ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Івахнюк Т.В., Івахнюк Ю.П.

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

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Частота кандидозів сягає 15 % серед усіх інфекційно-запальних захворювань новонароджених. У більшості випадків (90–95 %) йдеться про кандидоз, що зумовлений грибами роду - *Candida albicans*. Це пов'язано, з одного боку, з функціонально незрілістю імунної системи, з іншого - відомо, що функціонування імунної системи дітей у перинатальному періоді і на першому році життя залежить у значній мірі від стану здоров'я матері та особливостей перебігу вагітності.

Метою роботи було порівняти фагоцитарну та позаклітинну фунгіцидну активність донорських нейтрофілів у відношенні *Candida spp.*, виділених від новонароджених з різних біотопів.

При мікотичному дослідженні, у новонароджених дітей були виділені *Candida spp.* (n=30) – 1 серія та з об'єктів зовнішнього середовища (n=18) – 2 серія.

Сумісне культивування нейтрофілів з живими штамми *Candida spp.* 1-ї та 2 серій виявило, що всі нейтрофіли мали виражені фунгіцидні властивості до них. При порівнянні активності фагоцитозу до штамів грибів роду *Candida*, виділених від новонароджених, було встановлено, що фагоцитарна активність нейтрофілів була вище відносно високо- та середньоадгезивних штамів і не залежала від часу інкубації. Відносно *Candida spp.* 1 серії з нульовим та низьким ступенем адгезії фагоцитарна активність наростала зі збільшенням часу інкубації. При чому активність фагоцитозу збільшувалася в 1,5 рази відносно штамів *C. albicans* та *C. tropicalis*.

Аналізуючи результати фагоцитарної активності нейтрофілів до *Candida spp.* 2 серії та 1 серії було встановлено, що активність фагоцитозу вдвічі вище відносно штамів 1 серії (виділених від новонароджених) не залежно від часу інкубації.

При вивченні індексів адгезії, які враховувалися через 15, 30, 45, 60, 80 та 100 хвилин, нами виявлено, що ранній етап фагоцитозу («індекс адгезії») був однаковим відносно *Candida spp.* 1-ї та 2-ї серії після культивування 15 та 30 хвилин. Але вже при збільшенні часу інкубації до 45 хвилин, індекси адгезії нейтрофілів відносно *Candida spp.* 1-ї серії є вищими і з часом наростають. При цьому швидкість адгезії більша відносно *C. albicans* та *C. tropicalis*, які у РГА проявляли високо- та середньоадгезивні властивості.

Індекс адгезії нейтрофілів відносно високо-, середньо- та низькоадгезивних за результатами РГА штамів *Candida spp.* 2-ї серії, збільшується лише після 60 хвилини досліджу, відносно неадгезивних штамів індекс адгезії стає вищим лише після 80 хвилин інкубації, а потім знижується.

На початкових етапах інкубації індекси поглинання нейтрофілами *Candida spp.* 1-ї та 2-ї серії були майже однакові. Але на 60 хвилини досліджу індекси поглинання нейтрофілами відносно *Candida spp.* 2-ї серії стають у 1,5 рази вищими, ніж індекси поглинання *Candida spp.* 1-ї серії. На 80 хвилини інкубації індекси поглинання нейтрофілами відносно *Candida spp.* 2-ї серії стають вищими в 2 рази, ніж індекси поглинання *Candida spp.* 1-ї серії, не залежно від ступеню адгезії у РГА.

ЗАЛЕЖНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ СНІДУ ВІД РІВНЯ CD4-КЛІТИН

Піддубна А.І.

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Д. Чемич

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

При ВІЛ/СНІД дезорганізація клітинного імунітету з постійним зниженням Т-хелперів призводить до розвитку опортуністичних інфекцій. Зафіксована залежність між клінічними проявами захворювання і рівнем імунокомпетентних клітин.

Мета роботи - встановити взаємозв'язок імунологічних зрушень з клінічними проявами у пацієнтів зі СНІДом.

З січня 2001 р. по серпень 2009 р. у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького під наглядом знаходилося 109 хворих у віці (34±5) років з діагнозом “ВІЛ-інфекція”. У 41 (37,61 %) пацієнта були дані про вміст CD4-лімфоцитів у периферичній крові, з них у 5 зафіксовано (787±187) клітин у 1 мкл, у 18 – (362±131), у 18 – (103±96). У 22 % осіб кількість CD4-клітин не перевищувала 50 в 1 мкл.

При рівні Т-хелперів (787±187) клітин в 1 мкл з опортуністичних інфекцій зустрічалися лише орофарингеальний кандидоз та прояви герпетичної інфекції, викликані вірусом простого герпесу 1 типу. При рівні CD4-клітин (362±131) в 1 мкл спостерігалася кандидозне ураження слизових оболонок у 66,7 % госпіталізованих, ангулярний хейліт – у 22,22 %, первинно-латентний токсоплазмоз та оніхомікоз – по 16,67 %; зменшення маси тіла більше ніж на 10 % – у 11,11 %, лейкоплакія язика – у 5,56 %. У пацієнтів з вмістом Т-хелперів (103±96) клітин у 1 мкл прояви кандидозу зустрічалися у 1,3 рази частіше, лейкоплакія язика та зменшення маси тіла більше ніж на 10 % – у 3 рази частіше, ніж у осіб з кількістю клітин (362±131). Серед госпіталізованих з рівнем Т-хелперів менше 200 клітин в 1 мкл у 15 (83,33 %) пацієнтів була встановлена ІV клінічна стадія ВІЛ-інфекції, зафіксовані випадки легеневих та позалегенових форм туберкульозу. При рівні менше 100 діагностовано тяжкі ураження оболонок та речовини головного мозку, в тому числі токсоплазмозної, криптоковової та туберкульозної етіології. Зафіксовано прямий сильний кореляційний зв'язок між змінами показників CD4-клітин та частотою проявів опортуністичних інфекцій ($r = 0,93$, $p < 0,01$). В 1 пацієнта з рівнем CD4-лімфоцитів менше 100 клітин в 1 мкл виявлено ко-інфекції ВІЛ та вісцерального лейшманіозу, що також можна пов'язати з вираженою імуносупресією.

Висновки. Клінічні прояви опортуністичних інфекцій при ВІЛ/СНІДі знаходяться в прямому кореляційному зв'язку зі змінами показників Т-хелперів. Зростання частоти проявів вторинних інфекцій спостерігається у випадках вираженого імунодефіциту. З метою прогнозування перебігу захворювання всім ВІЛ-інфікованим пацієнтам, що потребують надання стаціонарної медичної допомоги, доцільно визначати вміст CD4-лімфоцитів.

ВИВЧЕННЯ БЕЗПЕЧНОСТІ НАНОАВТОХЕЛАТУ СРІБЛА НА МОДЕЛІ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ ШУРІВ IN VIVO

Полов'ян К.С.

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Д. Чемич

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Протягом останнього десятиріччя в Україні спостерігається тенденція до щорічного збільшення захворюваності на гострі кишкові інфекції (ГКІ), викликані патогенною та умовно-патогенною мікрофлорою. В наш час набуває значення вивчення питання щодо лікування даної патології з найменшим негативним впливом на організм хворих. Нанотехнології пропонують в якості препарату з антибактерійними, противірусними, імуностимулювальними властивостями автохелат срібла. В нанорозмірі речовини набувають більш високу активність, проникаючу здатність через мембрани клітин, що може нести в собі ризик виникнення токсичних ефектів.

Метою даної роботи було вивчення безпечності застосування наноавтохелату срібла на моделі ГКІ, спричиненої умовно-патогенними збудниками, на щурах in vivo.

ГКІ викликали у 6 статевозрілих щурів масою 200-250 г шляхом перорального введення суміші культур умовно-патогенних бактерій протягом 5 днів. В експерименті in vivo тварини були розподілені по групах наступним чином: 1 група – контрольна (3 щури): отримувала в розрахунок на масу тіла регідрон, смекту, панкреатин в якості базисного лікування ГКІ; 2 група – дослідна (3 щури): до складу базисної терапії був доданий розчин наносрібла 10мг/л по 2 мл на добу перорально. Лікування проводилось кожні 24 (±2) години протягом 7 днів. Розчин наносрібла в концентрації готувався ex tempore. Загальна тривалість спостереження за щурами склала 14 днів.

До початку лікування у щурів обох груп на 3 добу введення культур бактерій з'явився послаблений стілець, посилилась спрага. В період лікування спостереження за щурами 1 і 2 груп не виявило змін у загальному стані, поведінкових реакціях, зміні апетиту. Нормалізація стільця відбувалась в однаковий термін – на 2-3 добу від початку лікування. До завершення експерименту летальних випадків піддослідних тварин не було.

Таким чином, можна зробити попередні висновки про безпечність застосування наноавтохелату срібла в якості етіотропної терапії при ГКІ, викликаних умовно-патогенними збудниками, що може сприяти подальшому дослідженню ефективності даного препарату.

ЧАСТОТА ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ З ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ В І С

Алексєєва Є.М., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Д. Чемич

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Хронічні вірусні гепатити (ХВГ) залишаються однією з найактуальніших проблем охорони здоров'я сьогодення. Основними причинами цього є значне поширення ХВГ серед населення усіх вікових груп. Великий відсоток субклінічних та безжовтяничних форм, які, як правило, не діагностуються; при цьому в печінці розвиваються незворотні зміни, що в кінцевому результаті призводять до злоякісних захворювань органа. Останніми роками досить часто зустрічаються мікст-гепатити, що несприятливо впливає на перебіг та прогноз захворювання. Відсутні надійні етіотропні засоби для лікування та універсальні методи специфічної профілактики вірусних гепатитів. Значний відсоток недиагностованих випадків, висока здатність вірусів до мутацій, несприятливі соціальні умови (наркоманія, проституція), а також поширене використання інвазивних методів діагностики та лікування, широке застосування препаратів крові призводить до розповсюдження вірусних гепатитів серед населення.

Мета роботи - визначити частоту інвазивних втручань у пацієнтів з хронічними вірусними гепатитами В і С та вивчити їх епідеміологічні особливості.

Було проаналізовано дані по СОКІЛ ім. З.Й. Красовицького за 2005- 2008 роки. Всього хворих на ХГ було – 650, з них на ХГ недиференційований - 235 (36.2 %), парентеральні вірусні - 415 (63.8 %). У результаті дослідження було встановлено, що пацієнти з парентеральними ХВГ мали в анамнезі медичні інвазивні втручання у 47 % випадків, а пацієнти з недиференційованими ХГ – у 10 %. Серед інвазивних втручань основна увага приділялась оперативним втручанням, ендоскопічним методам діагностики, переливанню препаратів крові, донорству, екстракції зубів, ПХО ран, пірсингу, татуажу. Відсутні достовірні дані про інвазивні втручання в анамнезі пацієнтів з парентеральними ХВГ у 13.8 % випадків, у пацієнтів з недиференційованими ХГ – у 34 %. Відсутність достовірних даних може свідчити як про те, що пацієнти не мають в анамнезі парентеральних та інвазивних втручань, так і про недостатньо зібраний анамнез.

Таким чином, проаналізувавши отримані дані, можемо припустити, що одним з найпоширеніших шляхів передавання гепатитів В, С, В+С є ятрогенний (оперативні втручання, переливання крові та її компонентів, ендоскопічні методи дослідження тощо).

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БОРЕЛІОЗУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Болецька Т.О.

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Д. Чемич

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Бореліоз (хвороба Лайма) в теперішній час стає актуальною проблемою для інфекціоністів. Бореліоз характеризується поліморфізмом симптоматики та високим рівнем інвалідизації. З кожним роком збільшується кількість випадків захворювання. Сумська область відноситься до областей України з високим ризиком захворювання на бореліоз. За даними Сумської обласної СЕС, 20 % кліщів інфіковані бореліями. У Сумській області в 2002 р. було офіційно зареєстровано 4 випадки захворювання на бореліоз, у 2003р. – 10, у 2004 р. – 4, у 2005 р. – 13, у 2007 – 12, у 2008 – 45. Усього за 7 років зареєстровано 108 випадків захворювання. В області найбільша кількість захворілих припадає на Сумський район (42 випадки), Шосткинський (11), Лебединський (10), Кролевецький (7). В інших районах спостерігалися поодинокі випадки бореліозу.

Мета роботи – вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу бореліозу в Сумській області.

Було проаналізовано 85 медичних карт хворих на бореліоз, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в першому інфекційному відділенні СОІКЛ з 1999 р. по вересень 2009 р.

Найвища звертаємість за медичною допомогою спостерігалася в період з червня по листопад. Серед хворих більша частина становила жінки (62 %). У віковій структурі переважали особи старше 40 років. За ступенем тяжкості переважали хворі із середнім ступенем (95%); на тяжкий перебіг припадало 1 %, на легкий – 4 %. Типовими місцями присмоктування кліщів були гомілка, стегно, плече, передпліччя, поперекова ділянка. 13 % хворих не могли вказати на факт укусу кліща. У 2 хворих захворювання перебігало близько 6 років, тому кільцеподібна еритема була відсутня, спостерігались лише загально-клінічні симптоми. Половина хворих пред'являла скарги на загальну слабкість, що нерідко супроводжувалася болями в м'язах та суглобах. Характерна для бореліозу кільцеподібна еритема спостерігалася у 95 % хворих. У 93 % вона супроводжувалась гіперемією, у 30% - свербінням, у 12 % - болем. У діаметрі еритема варіювала від 1,5 см до 60см. Зникала в середньому на 9-й день від початку лікування. У 14 % випадків спостерігалось декілька кільцеподібних еритем. Температура тіла підвищувалась у третини хворих і в 92% випадків утримувалась на рівні 37,2-37,4 °С, у 8 % - на рівні 38-35,8 °С. Збільшення регіонарних лімфатичних вузлів поблизу афекту спостерігалось у 18 % хворих. У 49 % випадків відзначалось збільшення розмірів печінки у середньому на 1,3 см. За даними лабораторних методів дослідження виявлено такі зміни: незначне зниження вмісту еритроцитів, гемоглобіну, гематокриту (у 17 %), лімфоцитоз (у 17 %), підвищення ШОЕ (у 14 %), помірний лейкоцитоз (у 12 %), помірний лейкопенія (у 8 %). ЛШ в середньому склав 1,13; ГШ - 1,62; ІЗЛК - 1,95; Ілімф - 0,48. У біохімічному аналізі крові спостерігалось підвищення рівня ЛДГ (у 36 %), АсАТ (у 18 %), АлАТ (у 13 %), глюкози (у 11 %). У клінічному аналізі сечі патологічних змін не виявлено. Методи ІФА та ПЛР виявилися недостатньо інформативними. Лише в 1 випадку з 34 досліджених визначили наявність IgM в діагностичних титрах, а IgG в 4 з 26. Методом ПЛР проводилося дослідження у 7 хворих. У всіх випадках результат негативний. Це може бути пов'язано із застосуванням антибактеріальної терапії, в результаті чого IgM визначаються в низьких концентраціях і швидко зникають, а IgG не з'являються набагато пізніше.

Таким чином, захворюваність на бореліоз у Сумській області з кожним роком зростає. Серед хворих переважають жінки та особи старше 40 років. Захворювання має середньотяжкий ступінь та перебігає з характерними клінічними проявами – кільцеподібна еритема, слабкість, біль у м'язах та суглобах, збільшення печінки та регіонарних лімфатичних вузлів, підвищення температури тіла. Методи ІФА та ПЛР не є інформативними у верифікації діагнозу.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ/СНІДУ

Кириченко А.С., Московченко М.Л., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – асист. Л.П. Кулеш

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Однією з найнебезпечніших хвороб світу є епідемія ВІЛ/СНІДу, яка була, є і буде актуальною проблемою інфекційної патології, адже у всіх ВІЛ- інфікованих осіб на фоні імунодефіциту прогресують тяжкі опортуністичні інфекції, які призводять до високої смертності.

Епідеміологічна ситуація з ВІЛ/СНІДу в Сумській області щороку погіршується. З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 році в області офіційно зареєстровано 1218 ВІЛ-інфікованих, в тому числі 258 хворих на СНІД та 92 померлих від СНІДу.

Мета роботи: проаналізувати клініко – епідеміологічні особливості ВІЛ –СНІД хворих, які знаходились на лікуванні в СОІКЛ.

Нами було ретроспективно проаналізовано 99 історій хвороб пацієнтів, які знаходилися на лікуванні в Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні з 1997 по 2009рік. Серед них чоловіків – 59 (59,6 %) осіб жінок – 40 (40,4 %), переважали хворі віком від 20-29 років – 50 (50,5 %) та від 30-39 років - 41 (41,4 %). У 66,7 % (66 осіб) випадків інфікування відбулось парентеральним шляхом - споживачі ін'єкційних наркотиків, статевим шляхом – 24,2 % (24) та у 9,1 % (9) - шлях не визначений. Після проведення поглибленого обстеження встановлено: I клінічну групу (безсимптомне носійство, ПГЛАП) – 34,3 % (34 осіб), II – 10,1 % (10), III (СНІД АК) – 36,4 % (36), IV(СНІД) – 19,2 % (19). Серед опортуністичних інфекцій найчастіше зустрічаються: орофарингеальний кандидоз – 53,5 %, кандидоз розповсюджений – 10,1 %, туберкульоз легень та лімфовузлів – 17,1 %. Найчастіше серед супутньої патології зустрічаються: ХВГВ та С – 70,7 %. Високоактивну антиретровірусну терапію отримувало 7 (7 %) хворих.

Таким чином, епідситуація з ВІЛ/СНІД щороку погіршується, найбільш інфікованих працездатного віку та споживачів ін'єкційних наркотиків; співвідношення чоловіків та жінок – 1,5:1; серед опортуністичних інфекцій частіше зустрічається локалізований та розповсюджений кандидоз, туберкульоз як легеневий, так і позалегеновий.

ХАРАКТЕР ПЕРЕБІГУ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ А, ВИКЛИКАНОГО СУБТИПОМ ВІРУСУ 1А

Кошарна С.О., Земледух І.М., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – асист. В.В. Рябіченко

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Вірусний гепатит А (ВГ А) – гостре інфекційне захворювання з фекально-оральним механізмом передавання, керується засобами імунопрофілактики, частіше хворіють діти та молоді люди.

Мета роботи: визначити характер перебігу вірусного гепатиту А, викликаного 1 А субтипом вірусу.

Проаналізовано клінічний перебіг ВГ А у 16 осіб. Середній вік обстежуваних склав $29,5 \pm 2,9$ роки. Діагноз було встановлено на підставі клініко-епідеміологічних та серологічних даних. Середньотяжкий перебіг спостерігався в усіх хворих. Практично у всіх хворих (93,8 %) була жовтянична форма хвороби; у 1 (6,2%) – безжовтянична. Середній ліжко-день склав $19 \pm 2,9$ днів.

У половини хворих переджовтяничний період перебігав по диспептичному варіанту, у 6 (37,5 %) – по гриппоподібному, у 2 (12,5 %) – по артралгічному. Рівень загальної білірубінемії при госпіталізації відповідав граничному між легким та середньотяжким перебігом ($100,6 \pm 15,8$ мкмоль/л), прямий білірубін становив $61,6 \pm 6,7$ мкмоль/л, АлАТ 1524 ± 180 о/л, АсАТ 1127 ± 236 о/л, лужна фосфатаза 436 ± 75 о/л, γ – глутамілотрансфераза 313 ± 58 о/л; лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) склав $1,5 \pm 0,4$. При виписці показники значно покращились і становили: загальний білірубін $21,7 \pm 2,9$ мкмоль/л, прямий $12,3 \pm 1,9$ мкмоль/л; АлАТ $154,3 \pm 16,7$ о/л, АсАТ $68,2 \pm 8,3$ о/л, лужна фосфатаза $229,2 \pm 37,8$ о/л, γ – глутамілотрансфераза $102,4 \pm 21,4$ о/л; ЛІІ склав $0,6 \pm 0,08$.

Таким чином, ВГ А, викликаний 1 А субтипом вірусу, характеризується переважно диспептичним варіантом перебігу переджовтяничного періоду, середньоважким перебігом з помірним цитолітичним синдромом; відмічається швидке відновлення функції печінки.

ІНТЕГРАТИВНІ ПОКАЗНИКИ ЕНДОГЕННІ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ У ЗДОРОВИХ ОСІБ ТА ПРИ ШИГЕЛЬОЗІ

Катрич Н.І., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Д. Чемич

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Мета дослідження. Вивчити інтегративні показники ендогенної інтоксикації і периферичної крові у здорових людей та порівняти їх із показниками у досліджуваних хворих на шигельоз.

Результати дослідження. Було сформовано дві групи. І групу склали 80 здорових людей. Серед них 38 чоловіків, середній вік склав ($35,1 \pm 3,5$) роки. З них у віці до 30 років було 20 осіб, старше 30 – 18. Жінок було 42, середній вік – ($29,5 \pm 1,9$) роки. З них у віці до 30 років – 24 особи, старше 30 – 18. При розрахуванні інтегративних показників ендогенної інтоксикації у здорових осіб встановлено наступне: вони мали незначні коливання і не залежали від статі, за винятком індексу зсуву лейкоцитів (ІЗЛ) і лімфоцитарного індексу Ілімф. Але виявлена чітка вікова залежність усіх інтегративних показників, зокрема, якщо лейкоцитарний індекс інтоксикації ЛІІ, гематологічний показник інтоксикації ГПІ, (ІЗЛ) з віком збільшуються, то Ілімф, навпаки, зменшується.

ІІ група - 2314 хворих та частково обстежених хворих на спорадичний шигельоз. Серед обстежених переважали жінки (55,8 %). Вік хворих не залежав від статі та групи. Основним етіологічним чинником була *S. sonnei* і лише у третью частину хворих виділяли *S. flexneri*. Серед клінічних форм переважала гастроентероколітна та ентероколітна. Коліт та гастроентерит виявлялись рідко. Встановлено прямопропорційну залежність вираження клінічної симптоматики від ступеня тяжкості шигельозу за винятком систолічного показника АТ, який був на одному рівні як при легкому, так і при середньому ступені тяжкості. При тяжкому перебігу цей показник був значно нижчим, ніж при легкому та середньому, та й відсоток хворих із систолічним показником АТ нижче 100 мм рт.ст. був найбільшим при цьому ступені. Прояви іншої симптоматики чітко відповідали ступеню тяжкості шигельозу. Вивчаючи інтегративні показники ендогенної інтоксикації, у всіх хворих виявляли підвищення ЛІІ, ГПІ, ІЗЛ і зменшення Ілімф. Перші були значно вищі у хворих жіночої статі (ЛІІ, ГПІ, ІЗЛ), а Ілімф – істотно нижчий. Підвищення ЛІІ, ГПІ відбувалось при всіх ступенях тяжкості, тоді як ІЗЛ при легкому ступені спорадичного шигельозу не відрізнявся від норми. Ілімф не знижувався при легкому ступені ентероколітної форми. Встановлена чітка прямопропорційна залежність показників ендогенної інтоксикації (ЛІІ, ГПІ, ІЗЛ) від ступеня тяжкості хвороби та зворотна залежність Ілімф, який найбільше знижувався при тяжкому перебігу спорадичного шигельозу.

Таким чином, оцінюючи дані загального аналізу крові, слід враховувати як стать обстежуваних, так і вік (кількість лейкоцитів, еритроцитів, відсотковий склад лейкоцитів, число тромбоцитів). Встановлена чітка прямо пропорційна залежність змін інтегративних показників ендогенної інтоксикації від ступеня тяжкості хвороби та зворотна залежність Ілімф. При середньому ступені тяжкості спорадичного шигельозу прослідковувалась чітка залежність показників, за винятком Ілімф, від клінічної форми. Гематокрит та гемоглобін крові хворих на спорадичний шигельоз збільшувались незалежно від етіології шигельозу. Об'єм еритроцитів зменшувався при всіх ступенях тяжкості незалежно від ступеня тяжкості, клінічної форми та етіології захворювання. При середньому ступені тяжкості спорадичного шигельозу Зонне будь-якої клінічної форми виявлено значне збільшення вмісту та

концентрації гемоглобіну, які залежали від ступеня тяжкості та етіології. При шигельозі Флекснера залежності цього показника від етіології не було.

КЛІНІЧНІ ТА ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ ХРОНІЧНОГО ОПІСТОРХОЗУ

Коломієць Л.П.

Науковий керівник – к.м.н., доц. Н.І. Львіна

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Опісторхоз – один з поширених паразитозів. У Сумському регіоні він складає одну з головних проблем у зв'язку з високою інвазивністю риби в річках на території області.

Мета дослідження: вивчити особливості епідеміології і клініки опісторхозу в Сумській області.

Матеріали і методи. Обстежено і проаналізовано 112 стаціонарних карт хворих на опісторхоз, які перебували на лікуванні в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького протягом останніх 4 років.

Результати дослідження. Серед госпіталізованих жінки склали 62,5 %, чоловіки – 37,5 %. Середній вік інвазованих 41±2,5 роки. Вікова група: до 18 років - 13 (11,6 %) осіб; 19-29 – 26 (23,2 %); 30-40 – 21 (18,8 %); старше 40 – 52 (46,4 %).

Основний відсоток пацієнтів склали мешканці м. Суми та С-Будського району – 49,1 % та 20,6 % відповідно. У 59,8 % хворих фактором передавання була в'ялена та солена риба. Група ризику – рибалки та члени їх родин – склали 71,9 %. У всіх хворих опісторхоз мав хронічний перебіг.

При поступленні в стаціонар 53,6 % хворих скаржилися на важкість у правому підребер'ї, 29,5 % - біль в епігастрії, 25,9 % - гіркоту в роті, 24,1 % - нудоту, 16,1 % - здуття живота, 9,8 % - нестійкий стілець. При об'єктивному обстеженні у 24,1 % пацієнтів визначалась субіктеричність склер, у 21,4 % - субфебрилітет, у 74,1 % - гепатомегалія. В гемограмі еозинофілія виявлена у 3 % хворих. Діагноз опісторхозу підтверджений копроовоскопією та дослідженням дуоденального вмісту. У всіх хворих у калі знайдені яйця опісторхісів, а в 25 % - і в дуоденальному вмісті. У 45 % пацієнтів діагноз був підтверджений методом ІФА.

При УЗД ознаки гепатиту виявлені у 17,2 %, холециститу 78,6 %, холангіту 21,3 %. Дискінезії жовчовивідних шляхів за гіпокінетичним типом виявлені у 11,7 % пацієнтів. Крім ураження гепатобіліарної системи у 69,7 % хворих при ФГДС визначався гастрит, у 30,3 % - гастродуоденіт. У 14,3 % осіб знайдені дистрофічні зміни міокарду, у 42,9 % - астено-вегетативний синдром.

Отже, захворюваність на опісторхоз у Сумській області висока (112,7 на 100 тис.населення). Основним фактором передавання є солена та в'ялена риба. Захворювання в більшості випадків має латентний перебіг з ураженням гепатобіліарної системи і шлунка.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПИСТОРХОЗА В УСЛОВИЯХ СЕВЕРОВОСТОЧНОГО РЕГИОНА УКРАИНЫ

Кочетков А.В.

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Д. Чемич

СумГУ, кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом микробиологии, вирусологии и иммунологии

Описторхоз – один из самых распространенных и социально значимых гельминтозов в Украине, который относится к разряду «неуправляемых» паразитарных болезней. Это обусловлено распространенностью, трудностями диагностики, серьезностью осложнений и исходов описторхоза, возбудитель которого Международным агентством по изучению рака отнесен к группе канцерогенов № 1 человека. Сумская область является наиболее зараженной территорией в Украине, это связано с большим количеством речек из бассейна р. Днепр. Наиболее подвержены заражению жители районов: Буринского, Великописаревского, Кролевецкого, Недригайловского, Путивльского, Середино-Будского, Сумского, Шосткинского, Ямпольского.

Цель исследования - изучить клинико-эпидемиологические особенности описторхоза в условиях северовосточного региона Украины.

Материалы и методы: исследовано и проанализировано 57 стационарных карт больных на описторхоз, которые находились на лечении в Сумской областной инфекционной больнице им. З.Й. Красовицкого с 2001 г. по 2005 г.

Результаты исследования: среди госпитализированных женщины составили 54,39 %, мужчины - 45,61 %. Средний возраст инвазированных – (37,44±2,5) года. Жители сельской местности составили 68,42 %, города - 31,58 %. Основной процент пациентов составили жители Середино-Будского района - 33,33 %, Недригайловского - 17,54 %, Сумского – 15,79 % и Путивльского районов – 10,53 %. У 85,96 % больных фактором передачи была вяленая и соленая рыба. Группу риска составили рыболовы и члены их семей. В 96,5 % течение заболевания было хроническим.

При поступлении в стационар 64,91 % жаловались на тяжесть в правом подреберье, 28,07 % - на тошноту, 24,56 % - на горечь во рту и снижение аппетита, 56,14 % - на слабость, 15,79 % - на вздутие живота. При объективном обследовании у 63,16 % пациентов состояние было средней степени тяжести, у 3,51 % была выявлена желтушность кожных покровов, у 29,82 % - субіктеричность склер, у 50,88 % - болезненность в правом подреберье, в среднем печень выступала из-под края реберной дуги на 1 см.

Діагноз опісторхоза підтверджувався копроовоскопією і дослідженням дуоденального содержимого. У 75,44 % больных в кале были обнаружены яйца описторхий, среднее количество яиц в 1 грамме кала составило 15. При исследовании дуоденального содержимого у 26,32 % больных описторхоз определялся в порции «В», в порции «С» у 12,28 % больных и в порции «А» у 7,02 % больных.

При УЗІ признаки холецистита были определены у 35,09 %, гепатохолецистита - у 15,79 %, холецистохолангита - у 17,54 %, дискинезии желчевыводящих путей по гипокINETическому типу - у 31,58 % пациентов. Кроме поражения гепатобилиарной системы при ФГДС были выявлены изменения со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а именно: у 26,32 % пациентов выявлен гастродуоденит, у 10,53 % - гастрит.

Выводы: заболеваемость на описторхоз в северо-восточном регионе Украины высокая. Основным фактором передачи является слабо соленая и вяленая рыба. Заболевание в большинстве случаев имеет латентное, хроническое течение с поражением гепатобилиарной системы и верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ – ІНФЕКЦІЇ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПРИ ПРОФЕСІЙНИХ АВАРІЯХ

Лобанов О.О., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Д. Чемич

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

ВІЛ-інфекція – не лише медична проблема, але й проблема соціального розвитку та національної безпеки, основними глобальними та регіональними аспектами якої залишаються зростання числа інфікування вірусом та смертей від СНІД.

Мета роботи - проаналізувати випадки аварійних ситуацій на робочих місцях медичних працівників у Сумській області та вивчити ефективність комплексу заходів щодо попередження ВІЛ- інфікування.

За період 2003 – 10 міс. 2009 р. у лікувально-профілактичних закладах Сумської області зареєстровано 38 аварійних ситуацій, пов'язаних з ризиком ВІЛ- інфікування, в які залучено 38 медичних працівників.

При аналізі даних аварійних ситуацій виявлений наступний розподіл потерпілих за ступенем ризику інфікування: високий ступінь з ймовірністю інфікування 0,3 % - 29, низький – 9, з ймовірністю інфікування 0,09 %. У 36 випадках позитивний ВІЛ-статус пацієнта був відомий до контакту, у двох – встановлений відразу після аварії стандартним експрес-тестом, у подальшому підтверджений методом ІФА. Переважну кількість постраждалих склали жінки, яких було в 4 рази більше, ніж чоловіків – 31 проти 7.

Частіше аварійні ситуації спостерігались у роботі середнього медичного персоналу - 24 (63 %) випадки; серед лікарів - 10 (26 %) випадків; серед молодшого медичного персоналу – 4 (11 %) випадки. Найбільший ризик інфікування ВІЛ виявлено в відділеннях хірургічного профілю (торакальне, хірургічне, акушерське, відділення анестезіології та реанімації), де відбулося 26 (68 %) аварійних ситуацій.

При аналізі стажу роботи виявилось, що більшість профаварій виникало у медпрацівників, які працюють за спеціальністю від 5 до 10 років – 17; 5 – при стажі роботи до 5 років (з них 1 студент медичного коледжу); 16 – при стажі роботи більше 10 років.

Висновок. За період з 2003 по 10.2009 р.р. у лікувально-профілактичних закладах Сумської області зареєстровано 38 аварійних ситуацій з ВІЛ-інфікованим матеріалом на робочому місці, повна інформація про пацієнтів була лише у 15 випадках. За ступенем ризику інфікування у працівників медичних закладів встановлений переважно високий ступінь. Основну кількість постраждалих склали жінки і переважно середній медичний персонал. Найбільший ризик інфікування ВІЛ виявлено в відділеннях хірургічного профілю. Більшість профаварій виникають у медичних працівників із стажем роботи від 5 до 10 років (45 %), що можна пояснити зниженням настороги та почуття небезпеки при ще недостатньому досвіді. ВІЛ-інфікування у потерпілих не відбулося, що свідчить про достатню ефективність комплексу заходів з профілактики ВІЛ після контакту, в тому числі ефективність ПКП антиретровірусними препаратами.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ.

Мирошніченко А.А.

Науковий керівник – к.м.н., доц. Н.І. Ільїна

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

За останні роки досягнутий значний прогрес у вивченні EBV- інфекції. Доведена роль збудника у розвитку онкологічних та опортуністичних інфекцій при імунодефіцитних станах. Загальновідома класична клінічна картина інфекційного мононуклеозу (ІМ). Однак бувають випадки, коли відсутність того чи іншого клінічного симптому призводить до діагностичних помилок.

Мета дослідження: вивчити особливості перебігу ІМ у Сумській області.

Матеріали і методи: обстежено і проаналізовано 46 стаціонарних карт хворих на інфекційний мононуклеоз, які перебували на стаціонарному лікуванні в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького протягом 10 років (1999-2009 р.р.). Середній вік хворих склав 19,61±2,5 роки. Чоловічої статі було 26 (56,53 %), жіночої - 20 (43,48 %).

Результати дослідження. Для ІМ не характерна сезонність: взимку лікувались 30, 44 % хворих, навесні - 24 %, влітку - 13,1 %, восени - 32,7 %. У значної кількості пацієнтів (89 %) хвороба починалася з болю в горлі. Досить часто спостерігались озноб (32,0 %), біль голови (30,0 %). У 3 хворих були скарги на біль у животі, у 2 - екзантема розеолезно - папулезного характеру, що утримувалася від 3-4 до 10 діб. Найбільш постійним симптомом хвороби була гарячка різної тривалості (100 %), гіперемія слизової оболонки ротоглотки (89,2 %), загальна слабкість (65,2 %), тонзиліт (89,0 %). Останній у 32,7 % мав катаральний, у 60,9 % - лакунарний, у 4,3 % - плівчастий характер.

Один із ранніх і постійних симптомів хвороби - збільшення лімфатичних вузлів, особливо задньошийних у всіх хворих вже з перших днів хвороби. Поліаденопатія переважно передувала гострому тонзиліту. Збільшення шийних лімфатичних вузлів визначалось у 15,3 % хворих, задньошийних – у 56,6 %, збільшення більше двох груп – у 84,8 %.

Болючість лімфатичних вузлів спостерігалась лише у 8,1% хворих, частіше у людей молодого віку. Одним з постійних клінічних симптомів були збільшення печінки - у 82,7 % хворих, селезінки – у 69,6 %. У 30,5 % пацієнтів селезінка залишалася в межах норми.

Кількість атипичних мононуклеарів в середньому була 8 %, з'являлись переважно на 6-10 - й день хвороби. Лімфоцитоз був виявлений у 54, 35 % хворих. Отже, у більшості пацієнтів перебіг інфекційного мононуклеозу був типовий.

СУЧАСНІ СОЦІАЛЬНО-ЕКОЛОГІЧНІ УМОВИ ТА СПОРАДИЧНИЙ ШИГЕЛЬОЗ

Чемич О.М., студ. 3-го курсу, Репньовська І.І., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Д. Чемич

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Мета дослідження. Вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу спорадичного шигельозу в сучасних соціально-екологічних умовах Північно-східного регіону України.

Результати дослідження. Проаналізовано 2314 історій хвороб та частково обстежено хворих на спорадичний шигельоз (СШ). Середній вік хворих склав (27,8±0,4) років. Чоловіків було 1175 (50,8 %), жінок – 1139 (49,2 %). Найбільше хворих було із середньотяжким перебігом СШ (1174), значно менше з легким (817) та тяжким (323). У всіх хворих клінічно діагностовано СШ, бактеріологічне та/чи серологічне підтвердження діагнозу отримано у 2183 випадках (94,3 %). Серед збудників переважно виділялись *S. sonnei* (1198 хворих) і *S. flexneri* (906), значно рідше - *S. newcastle* (70) та *S. dysenteriae* (9).

Встановлено, що при спорадичній захворюваності на Ш спостерігається періодичність та літньо-осіння сезонність. Шигельоз супроводжується ураженням в однаковій мірі як чоловіків, так і жінок. Чоловіки, що захворіли, були молодші за жінок і раніше звертались за стаціонарною допомогою.

Основними шляхами передавання були харчовий та контактнo-побутовий. Більше третини хворих при СШ не могли вказати ні на шлях, ні на фактор передавання. Факторами передавання в основному були свіжомолочні продукти. Основні етіологічні чинники при СШ це *Sh. sonnei* та *Sh. flexneri*. У пацієнтів жіночої статі як етіологічний фактор переважала *Sh. flexneri*.

У більшості обстежених встановлено середньотяжкий ступінь Ш. Відмічається переважання при середньому ступені тяжкості хворих жінок, при легкому - чоловіків. У більшості випадків діагностовано колітичну форму хвороби. Вона також частіше реєструвалась у пацієнтів чоловічої статі.

Легкий ступінь СШ перебігав у чоловіків з більш різноманітною симптоматикою, переважала кількість хворих з гепатомегалією, гіпотензією, тахікардією, спазмом сигмоподібної кишки. Вираженість клінічної симптоматики відповідала загальноприйнятим нормам для легкого перебігу СШ та не залежала від статі хворих. Клінічна симптоматика була характерною для клінічних форм шигельозу та не залежала від статевієї приналежності пацієнтів.

При середньому ступені СШ найбільша частота клінічних симптомів реєструвалась у хворих з гастроентероколітичною формою хвороби. Вираженість та частота клінічної симптоматики не залежала від статі та клінічної форми за винятком гіпотензії більш, вираженої у чоловіків.

Найбільша частота клінічних симптомів при тяжкому перебігу СШ реєструвалась у пацієнтів з гастроентероколітичною формою. Виявлена залежність частоти клінічних ознак від статі, вона була значною у жінок. Вираженість симптоматики переважно не залежала від клінічної форми за винятком гіпотензії, більш вираженої при гастроентероколіті та ентероколіті.

Висновок. При СШ спостерігається періодичність та літньо-осіння сезонність, відбувається ураження в однаковій мірі як чоловіків, так і жінок. Більшість пацієнтів у віці до 30 років. Чоловіки, що захворіли, молодші за жінок і раніше звертались за стаціонарною допомогою. Основні шляхи передавання - харчовий та контактнo-побутовий. Фактори передавання в основному - свіжомолочні продукти. Основні етіологічні чинники при СШ - це *Sh. sonnei* та *Sh. flexneri*. У пацієнтів жіночої статі як етіологічний фактор переважала *Sh. flexneri*.

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ АНТИТІЛ ДО ВІРУСУ ГЕПАТИТУ С СЕРЕД ДОНОРІВ КРОВІ

Панасюк А.М., студ. 3-го курсу

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

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Індикатором інфікованості населення вірусом можна вважати рівень виявлення специфічних вірусних маркерів у первинних донорів. Саме такими маркерами поширеності ВГС є антитіла до нього – анти-ВГС.

Метою роботи було визначення щорічних і помісячних динамік виявлення антитіл до вірусу гепатиту С серед донорів крові та порівняння цих даних з динамікою захворюваності на гепатит С серед населення Сумської області у період з 1998 по 2008 рік.

Робота виконана на базі вірусологічної лабораторії "Обласного донорського центру". За досліджуваний період було проведено 188046 досліджень зразків донорської крові, причому в останні роки (2005-2008 р.р.) кількість обстежених на анти-ВГС донорів була найнижчою.

Частота виявлення антитіл до ВГС серед донорів крові Сумської області значно коливалась. У період 1998-2001 р.р. відзначено достовірне ($t > 2$) збільшення відсотка ІФА-позитивних донорів, зниження цього показника у 2001-2004 р.р. та його стрімке підвищення у 2004-2005 р.р. Максимальна питома вага донорів, у крові яких знайдені анти-ВГС, у 2008 р. (2,08 %).

Найвищі рівні виявлення анти-ВГС-позитивних донорів відмічені у густонаселених районах області (Шосткинському, Конотопському, Сумському, Лебединському, Роменському), що свідчить про неоднорідність інфікування вірусом ГС. Питома вага ІФА-позитивних донорів зростає у зимово-весняний період.

У м. Суми та Сумському районі у період 1998-2001 р.р. кількість щорічно виявлених позитивних на анти-ВГС донорів поступово зростала: від 0,56 % у 1998 році, до 1,09 % у 2001 р. Наступні 2002-2004 роки характеризувались меншою питоною вагою позитивних донорів, хоча вже починаючи з 2005 р. відсоток ІФА-позитивних донорів неухильно зростає.

Частота виявлення анти-ВГС є найбільшою серед донорів віком 20-29 років і поступово знижується у старших вікових групах. Вікова категорія 50 років і вище з'явилась лише у 2002 році і саме серед осіб цього віку найменше виявлено анти-ВГС.

Рівень виявлення анти-ВГС серед жінок нижчий, ніж серед донорів чоловічої статі. Найвищий відсоток виявлення анти-ВГС у чоловіків у віковій групі 20-29 років, а у жінок – 30-39 років.

Динаміка виявлення антитіл до ВГС серед безоплатних донорів є вищою у порівнянні з оплачуваними, що пояснюється неодноразовим обстеженням останніх та їх поступовим відсіюванням від загальної маси донорів.

Динаміка захворюваності на гепатит С не співпадає з динамікою виявлення анти-ВГС на всіх територіях області. Найбільша наближеність показників захворюваності і виявлення анти-ВГС у донорській крові спостерігається у 2002 і 2005 роках, а найменша – у 2004 році. Можливо, це пов'язано з тим, що донори не є представниками всіх верств населення.

РОЛЬ *HELICOBACTER PYLORI* У РОЗВИТКУ ПЕРЕДПУХЛИННИХ ЗАХВОРИВАНЬ ТА РАКУ ШЛУНКА

Лукаш А.В., студ. 2-го курсу

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

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Helicobacter pylori відноситься до умовно патогенних мікроорганізмів, може викликати хронічне враження слизової оболонки шлунку (стійке запалення з утворенням виразок та пухлин). Метою нашої роботи було дослідити можливий зв'язок розвитку передпухлинних захворювань та злоякісних пухлин з інфікованістю *H.pylori*.

Об'єктом дослідження була слизова оболонка шлунку в нормі та в результаті дії на неї *H.pylori* (Нр). За час нашого дослідження обстежено 910 пацієнтів. З них у 239 виявлено дисплазію, ступінь тяжкості якої прямо пропорційно пов'язаний з рівнем обсіменіння Нр. Атрофічні гастрити виявлені у 289 хворих, у 87 % поєднувалися з Нр. Рак шлунку виявлений у 245 хворих, у 91 % поєднувався з Нр. Таким чином перераховані факти свідчать про можливий зв'язок Нр і раку шлунку.

Вчасне виявлення та видалення з слизової оболонки шлунку Нр і лікування передпухлинних захворювань може попередити розвиток раку шлунку. Проведення скринінгу методом фіброгастродуоденоскопії із взяттям матеріалу на дослідження, дає можливість виявляти рак шлунку на ранніх стадіях, тим самим покращити результати лікування і зменшити смертність від даного захворювання.

МОНІТОРИНГ ЧУТЛИВОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ, ВИДІЛЕНИХ ВІД НОВОНАРОДЖЕНИХ З НИЗЬКОЮ МАСОЮ ТІЛА, ДО АНТИБІОТИКІВ ТА АНТИМІКОТИКІВ

Голубнича В.М.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Незрілість факторів інфекційного захисту, висока частота інвазивних процедур обумовлюють те, що малюки народжені з низькою масою тіла є однією із груп високого ризику по розвитку різних гнійно-запальних ускладнень. Дані процеси у дітей, які перебувають на лікуванні у відділенні патології новонароджених, часто мають дисемінований характер та супроводжуються високою летальністю.

Метою нашого дослідження було провести моніторинг чутливості мікроорганізмів ізольованих від новонароджених до найчастіше вживаних у клініці антибіотиків, для підвищення ефективності лікувально-профілактичних заходів.

Нами було проведено дослідження мікробіоти ротової порожнини, пупка, очей, калу, сечі, шкіри промежини у дітей, які перебували на лікуванні у відділенні патології новонароджених. Із різних ділянок тіла було виділено *S. epidermidis*, *S. aureus*, *K. pneumoniae*, *C. xerosis*, *M. morgani*, *P. vulgaris*, *E. coli*, *Candida spp.* Перераховані мікроорганізми були полірезистентними до ряду антибіотиків. Найбільша кількість чутливих штамів *S. epidermidis*, *S. aureus* була до цефотоксиму (70 та 55 % ізолятів відповідно). Серед ізолятів *K. pneumoniae* найбільша кількість чутливих штамів була до гентаміцину (80 %), цефотоксиму (80 %) та канаміцину (67 %). Ізоляти *P. aeruginosa* були найбільш чутливими до гентаміцину (80 %), а штами *E. coli* - до гентаміцину (91 %) та доксицикліну (78 %). До ампіциліну, пеніциліну, ванкоміцину та левоміцетину були резистентними від 77 до 100 % виділених бактерій. Серед грибів роду *Candida*, ізольованих від новонароджених, чутливими до ністатину були 92 % штамів, до амфотерицину В 88 % штамів, до мікоцину, еконазолу, флуцитозину та кетоконазолу 100 % штамів, до клотримазолу 56 % штамів, до флуконазолу 57 % штамів та 49 % штамів до ітраконазолу.

Висновки: для лікування та профілактики гнійно-запальних ускладнень у новонароджених, які перебувають на лікуванні у відділеннях інтенсивної терапії доцільно використовувати цефотаксим, доксициклін та гентаміцин.

МІНЛИВІСТЬ МЕРЕОРОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ТА РІВЕНЬ ЗАХВОРЮВАНOSTІ БОРЕЛІОЗОМ

Бойко В.О., Волохова Н.С., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – к.м.н. А.О. Сніцарь

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Іксодові кліщові бореліози (хвороба Лайма) – це група інфекційних трансмісивних природно-вогнищевих захворювань, викликаних бореліями і передаються іксодовими кліщами. При цих хворобах переважно уражаються шкіра, нервова система, опорно-руховий апарат і серце.

Інкубаційний період від 3 до 32 діб. Діагностика в ендемічних районах ґрунтується на клінічних даних - появі одного або декількох симптомів після укусу кліща (гарячка, мігруюча кільцеподібна еритема, міалгії, артралгії, менінгополіневрит, менінгорадикулополіневрит, міокардит, артрит, атрофічний акродерматит). Специфічна діагностика полягає у виділенні борелій з крові, біоптату і трансудату шкіри, ліквору, синовіальної рідини, у знаходженні антитіл до збудника в сироватці крові за допомогою імунофлуоресцентного або імуноферментного методів. Титр антитіл класу Ig M досягає найвищого рівня на 4-6-му тижні від початку захворювання, а титр антитіл класу Ig G, як правило, збільшується повільно і досягає максимального значення через декілька місяців. Треба врахувати те, що антитіла до збудника хвороби Лайма перехресно реагують з іншими спірохетами.

У зв'язку зі збільшенням, за останні роки, в нашому регіоні, рівня захворюваності бореліозом, із співпрацею метеорологічної служби, ми порівняли кількість захворілих у різних районах Сумщини за допомогою метеорологічної карти погодних умов. До уваги брали всі дані про захворілих, вік, стать, супутні захворювання, місце зараження, антибіотикотерапію і т.д.; в регіонах зараження – температуру повітря, вологість, атмосферний тиск в часи інфікування людей.

Статистична інтерпретація даних, дала нам змогу виявити пряму залежність змін кліматичних умов та рівня захворюваності на кліщовий бореліоз території Сумщини.

СЕКЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА КРАТКОСРОЧНУЮ ДИНАМИКУ МАССЫ НОВОРОЖДЕННОГО В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Попов С.В.

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии

Материнское молоко остается одним из главнейших факторов нормального роста и развития новорожденного и ребенка старшего возраста. Уровень заболеваемости острыми инфекционными заболеваниями и становление иммунологической резистентности в целом, вероятность аллергических и неинфекционных заболеваний, алкоголизма и психоэмоциональных проблем – все это может быть следствием степени адекватности грудного вскармливания. Однако, возникают ситуации, когда материнское молоко, иногда ненадолго, может быть недоступно для ребенка. Это возможно для новорожденных, в период становления лактации у матери, а также в случаях патологических состояний во время родов. Имеются ряд искусственных смесей, разработанные известными фирмами, получившие признание и возможность к назначению в первые дни жизни ребенка. Они постоянно совершенствуются, новые добавки, как например фруктозолигосахариды, приносят им новые позитивные качества. Конечно, достичь гомологии эффектам грудного молока им не удастся, хотя бы потому, что эти самые позитивные эффекты постоянно добавляются или, точнее, раскрываются в новых исследованиях. Однако, представляется, что замена материнского молока новорожденному в течение 1-2 дней искусственной смесью, вряд будет иметь весомое значение в каких-либо аспектах, в частности в особенностях направления динамики массы в течение суток.

Для проверки указанного тезиса было проведено соответствующее исследование. Было изучено 70 эпизодов изменения массы тела у новорожденных, находящихся в критическом состоянии. Возраст детей находился в пределах от 1 до 15 дней. Всем им был выставлен диагноз неонатальной энцефалопатии тяжелой степени. Проводилось энтеральное вскармливание через зонд, объем которого определялся возрастом и состоянием ребенка и не имел зависимости от характера назначаемой смеси. Вид ее обозначался наличием материнского молока, во вторую очередь - наличием той или иной смеси. В большинстве случаев – 48% - вводилось молоко матери, реже – в 35% - адаптированная смесь N₁, а в 17% - смесь N₂. Оценивался знак изменения массы тела на фоне использования того или иного вида вскармливания в течение 24-х часового периода.

Результаты исследования показали 2-3 кратное преимущество материнского молока. Положительная динамика массы тела при его использовании отмечалась в течение всего неонатального периода, как раннего, так и позднего, что подтверждал анализ соотношения одеса в указанные периоды. Две используемые смеси имели скорее негативное воздействие на вес. Таким образом, введение материнского молока связывалось с положительной суточной прибавкой массы новорожденного в критическом состоянии как в ранний, так и поздний неонатальный периоды, чего не отмечается при использовании искусственных смесей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭХОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕОНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Попов С.В.

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии

Неонатальная энцефалопатия – одно из наиболее частых заболеваний периода новорожденности. Кроме поражения центральной нервной системы оно характеризуется вовлечением в патологический процесс других органов и систем, особенно в тяжелых случаях. Мочевыделительная система поражается достаточно часто – до 90% случаев. Варианты патологических состояний различны – от функциональных нарушений до нефрита или некроза. Своевременная диагностика изменений мочевыделительной системы в значительной части случаев дает возможность уменьшить риск необратимых изменений и улучшить прогноз относительно жизни и здоровья пациента.

Одним из методов диагностики поражений мочевыделительной системы является ультразвуковое исследование. Оно позволяет оценить структуру почек, использование доплерографии – особенности ренального кровотока. Были обследованы 125 новорожденных с неонатальной энцефалопатией различной степени в динамике неонатального периода.

При оценке двухмерных изображений наиболее частыми изменениями были диффузное или локальное повышение эхогенности. Выраженность первого, оцененная в гистограмме, коррелировала со степенью тяжести энцефалопатии. Локальное повышение эхогенности чаще отмечалось у новорожденных с легкой или средней степенью гипоксического поражения. Доплерографическое исследование давало возможность оценить степень снижения ренального кровотока, используя значения систолической, диастолической и средней скоростей кровотока. Дополнительно изучаемый индекс резистентности указывал на степень спазматических нарушений. В то же время для точной оценки изменений ренального кровотока, а точнее степени влияния на него системной циркуляции был разработан особый индекс. Его расчет включал ряд показателей кривых скоростей кровотока магистральных сосудов и сосудов почек. Использование указанного индекса позволило определить, что наиболее частыми причинами изменений ренального кровотока были изменения на системном уровне. В то же время индивидуальная оценка давала возможность индивидуализировать терапию и добиться лучшего эффекта.

ОСОБЕННОСТИ СПЛАНХНИЧЕСКОГО КРОВОТОКА У НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕОНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Попов С.В.

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии

Воздействие различных факторов во время беременности и родов часто результируется в развитие гипоксического поражения плода и новорожденного. Степень его может быть различной, как и выраженность клинических проявлений, хотя превалирует поражение центральной нервной системы в виде неонатальной энцефалопатии. Вовлечение в патологический процесс других органов и систем происходит с высокой частотой. Одной из таких является желудочно-кишечный тракт. По данным различных авторов частота поражения ЖКТ различна, может составлять от 40 до 70%. Одной из причин повреждения ЖКТ является изменение уровня кровоснабжения, причем степень нарушения может приводить к развитию язвенно-некротических изменений.

Целью работы было изучение спланхнического кровотока у новорожденных с неонатальной энцефалопатией. Изучались значения параметров кривых скоростей кровотока – систолической, диастолической, средней скоростей кровотока в чревном стволе. Всего было исследовано 125 новорожденных с неонатальной энцефалопатией различной степени в динамике неонатального периода.

Наиболее выраженными были изменения со стороны систолической скорости кровотока, тогда как для средней и диастолической скорости изменения были менее выраженными. В то же время при тяжелой степени неонатальной энцефалопатии указанные особенности изменения кривых скоростей кровотока терялись. В целом определялась зависимость наличия отклонений от нормы показателей спланхнического кровотока от степени энцефалопатии. При легкой таковые обнаруживались в 23% случаев, средней – в 34%, при тяжелой – в 64% случаев. В то же время наличие гипоксии, как антенатальной, так и интранатальной не имело связи с развитием отклонений кривых скоростей кровотока в чревном стволе. Возможно, это связано с недостаточностью верифицируемых симптомов гипоксии.

Полученные данные свидетельствовали о значительной степени вовлеченности в патологический процесс желудочно-кишечного тракта, прямо пропорциональной степени выраженности тяжести неонатальной энцефалопатии. Наличие достоверной связи параметров кривых скоростей кровотока чревного ствола с некоторыми проявлениями гипоксии выявить не удалось.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Попов С.В.

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии

Острые респираторные инфекции являются ведущими причинами заболеваемости и смертности у детей, особенно в раннем возрасте. Это верно как для Украины, так и остальных, в том числе развитых стран мира. Основная причина обращения к семейному врачу или педиатру – это острое респираторное заболевание. Наиболее часто диагностируемым является острая респираторно-вирусная инфекция, хотя в абсолютном большинстве случаев конкретный возбудитель не определяется. Объем необходимых диагностических и лечебных мероприятий

определяется в соответствующих приказах МЗ Украины. В то же время клиническая ситуация или ее виденье может требовать использования более широкого спектра медикаментозных средств.

Был проведен анализ наиболее часто используемых средств у детей с острой респираторной вирусной инфекцией в возрасте старше 1 года, находящихся на стационарном лечении. Абсолютное большинство их – 94% - получали антибиотикотерапию. Причем в виде монотерапии – менее половины, около 44%. Наиболее часто антибиотики комбинируются с назначением пробиотиков. Преследуемая основная цель – снизить вероятность развития и выраженность антибиотикассоциированной диареи. В целом это соотносится с общерекомендуемыми показаниями к их назначению. В то же время эффективность пробиотик-терапии дебатруется как у нас в стране, так и за рубежом. Еще одним средством, назначение которого проводилось одновременно с антибиотиками и пробиотиками, было гомеопатическое средство. Частота последнего сочетания была невысока и составляла около 10%.

В возрастной категории до 1 года использование антибиотиков в виде монотерапии отмечалось у меньшего количества – около 10%. В то же время доля детей, получавших антибактериальные средства была адекватной предыдущей возрастной группы. Относительно более часто дети данной группы получали антибиотики в сочетании с пробиотиками и гомеопатическими средствами. Более частое использование пробиотиков объяснимо с точки зрения более частого развития антибиотикассоциированной диареи у детей раннего возраста. Использование гомеопатических средств не имеет приемлемого объяснения с точки зрения доказательной медицины.

Таким образом, антибиотики являются наиболее часто назначаемым средством в лечении острой респираторной вирусной инфекции в условиях стационара. Наиболее часто они комбинируются с пробиотиками.

НЕТРАДИЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Попов С.В.

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии

Одной из наиболее распространенных патологий детского возраста являются острые респираторные инфекции. Наиболее частым возбудителем при этом является вирус. До 90% населения переболевают в период эпидемии гриппа. Одним из важнейших факторов повышения качества диагностики и лечения, в том числе детского населения, во всем мире и Украине является разработка и внедрение соответствующих протоколов. Относительно острой респираторной инфекции таковые имеются и закреплены в отдельных приказах министерства здравоохранения. Они построены на результатах исследований зарубежных и отечественных ученых, выполненных в свою очередь, на основе требований доказательной медицины.

Нетрадиционные методы лечения, как правило, не включаются в протоколы диагностики и лечения. Тем не менее, врачи педиатры используют в частности гомеопатические препараты в лечении детей с острыми респираторными заболеваниями. Был проанализирован состав медикаментозных средств, назначенных 71 ребенку с острой респираторной вирусной инфекцией, находящихся на стационарном лечении. Гомеопатические препараты были назначены у 18% больных, обычно в составе комплекса терапии. Проведенный анализ сопряженности и регрессии не показал позитивного эффекта указанных средств на длительность заболевания, редукции основных симптомов. Наоборот, добавление гомеопатических средств, в частности, в определенной степени нивелировало действие пробиотиков на состояние желудочно-кишечного тракта.

В США за последние несколько лет были потрачены миллиарды долларов в программе по изучению эффективности средств нетрадиционной медицины. Позитивное действие было найдено лишь для некоторых форм массажа и одного варианта ароматической терапии. В августе прошлого года ВОЗ призвало ограничить использование средств нетрадиционной медицины в ответ на письмо молодых ученых, указывающих на отсутствие доказательств их позитивного действия. Действительно, трудно представить, чтобы, к примеру, журнал “Pediatrics” опубликовал статью об эффекте гомеопатических или подобных средств.

Повышение качества оказания медицинской помощи требует использования в лечении средств и методов, действие которых доказано в соответствующих исследованиях. О вреде полипрагмазии неоднократно и постоянно указывают ведущие отечественные и зарубежные педиатры, причем и здесь речь ведется о средствах доказанного действия. Считать препараты нетрадиционной медицины заведомо средствами «нулевого» риска, по меньшей мере, безответственно.

ОСОБЛИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

Попов С.В., Власенко А.М.

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

На сучасному етапі артеріальна гіпертензія являється важливою і актуальною проблемою охорони здоров'я. Артеріальна гіпертензія підвищує ризик серцево-судинних ускладнень, знижує середню тривалість життя.

Розповсюдженість артеріальної гіпертензії в загальній популяції складає приблизно 20%, а серед людей старше 65 років - 50% і більше. Вік є важливим фактором ризику, розповсюдженість АГ серед осіб віком 50 років складає 10%, серед осіб 60 років – 20%, старше 70 років - 30%.

Метою роботи було прослідити особливості протікання артеріальної гіпертензії у сільського та міського населення. Дослідження здійснювалось на базі СЦРЛ. Об'єктом дослідження були 87 пацієнтів з АГ. Піддослідні були поділені на дві групи за місцем проживання: міські жителі – 43 чоловіки, жителі сільської місцевості – 44 чоловік. Вікові межі груп склали від 40 до 75 років, за статтю розподілення слідує: жінок – 65%, чоловіків – 35%. В ході дослідження були проаналізовані дані результатів: вимірювань артеріального тиску, ЕКГ, анамнестичні дані.

По закінченні досліджень були отримані нижче наведені результати. Кількість повторних звернень з приводу погіршення стану у першій групі склала - 38%, у другій - 47%. Частота виникнення ускладнень у першій групі - 16%, у другій - 26%.

В результаті стало очевидним, що у сільського населення артеріальна гіпертензія має тенденцію до більш складного перебігу з вищою кількістю загострень та виникнень ускладнень, що може в свою чергу бути пов'язаним з способом життя, більшими фізичними навантаженнями.

ПОШИРЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ НА ФОНІ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ ВИГОДОВУВАННЯ

Попов С.В., Бабинець А.М.

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

Захворювання шлунково-кишкового тракту є однією з найбільш поширених патологій дитячого віку. Було досліджено вплив характеру годування протягом першого року життя на розвиток цих захворювань в старшому віці. Дослідження здійснювалося на базі дитячого відділення, об'єктом дослідження були 90 дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні. Дослідні групи складали пацієнти віком від 7 до 12 років.

До першої групи належали пацієнти, що знаходилися на природному вигодовуванні, чисельність цієї групи склала 65%. До другої групи належали пацієнти, що знаходилися на штучному вигодовуванні, чисельність другої групи – 35%. Таким чином утворилося дві групи піддослідних. При подальшому спостереженні було виявлено, що частота захворювань шлунково-кишкового тракту в першій групі склала 8%, в другій групі склала 33%. Частота виникнення загострень захворювань шлунково-кишкового тракту в першій групі склала 21%, в другій - 25%.

В результаті дослідження стало очевидним, що частота виникнення захворювання менша в групі пацієнтів, що знаходилися на природному вигодовуванні. Більше того, навіть частота виникнення загострень значно менша, тоді як у групі, що знаходилася на штучному вигодовуванні, ризик виникнення хвороби і частота загострень досить висока. Справедливим являється висновок, що природне вигодовування є найпростішою і найефективнішою профілактикою захворювань шлунково-кишкового тракту.

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА, РОЖДЁННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Бокова С.М.

Научный руководитель – д.м.н., проф. С.В. Попов

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии

В последние годы одной из важных проблем современной медицины является наличие отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы у детей, рождённых с низкой массой тела. Возможно, это связано с функциональными и структурными особенностями организма недоношенного, которые способствуют увеличению риска заболеваемости, смертности и инвалидности. Среди всех систем организма, реагирующих на изменение внешних условий, преобладающую роль играет сердечно-сосудистая система. Важно отметить, что функциональные и структурные изменения проявляются не только в неонатальном периоде, но и в дальнейшем развитии.

Согласно данным литературы, нарушения в работе сердечно - сосудистой системы таких детей в дошкольном возрасте составляют более 50% (51,9%). В структуре этих изменений присутствуют нарушения ритма сердечной деятельности (48%), чаще в виде тахикардий или брадикардий, экстрасистол, а также нарушение функции проводимости в виде неполной блокады правой ножки пучка Гиса. У значительного количества детей (35,4%) диагностировано вегето-сосудистую дистонию, которая клинически проявилась изменениями артериального давления, расщеплением II тона над легочным стволом, систолическим шумом. Большая часть (56%) обследованных детей имеют признаки кардиомиопатии, выраженных смещением левой границы сердца, глухостью сердечных тонов, систолическим шумом над верхушкой сердца. Среди разнообразия жалоб у детей следует отметить боль в области сердца (14%), ощущение сердцебиения. Кроме того, имеет место астено-невротический характер жалоб (21%). Анализ диагностики кардиоваскулярных нарушений показал, что наиболее распространёнными методами обследования являются ЭКГ, кардиоинтервалограмма, Эхо-КГ, измерение артериального давления, использование функциональных тестов (проба Вальсальвы, ортостатическая проба, проба с глубоким контролируемым дыханием).

Таким образом, на основании полученных данных, можно судить о том, что частота и выраженность изменений со стороны сердечно-сосудистой системы у детей, рождённых с низкой массой тела достаточно велика. Это требует дальнейшего более детального изучения с целью раннего выявления нарушений и своевременной их коррекции.

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЯХ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Кулізньова Г.В.

Науковий керівник – д.м.н., проф. С.В. Попов

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

Патологія органів дихання є найбільш частою причиною захворюваності та смертності в дитячому віці. В останні роки відмічається зростання частоти гострих респіраторних вірусних інфекцій, особливо серед дітей першого року життя. Від того, наскільки правильно обраний комплекс лікувальних заходів, залежить в остаточному підсумку ефективність терапії та прогноз захворювання. В Україні розроблений протокол діагностики та лікування гострих

респіраторних вірусних інфекцій, за яким основними препаратами в терапії цих захворювань є протівірусні засоби. Антибактеріальна терапія рекомендована лише в разі приєднання ускладнень. Проте доволі часто ці препарати використовуються в лікуванні респіраторних вірусних інфекцій, особливо при наявності гіпертермічного синдрому, виражених ознак інтоксикації в клінічному аналізі крові, відсутності приросту маси тіла у дітей раннього віку та відсутності позитивної динаміки при використанні протівірусних засобів.

Метою дослідження було вивчення сучасних напрямків в терапії гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей та їх порівняльна характеристика.

Обстежено 76 дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні з діагнозом гостра респіраторна вірусна інфекція. Серед них $39,47 \pm 5,64\%$ склали пацієнти віком до 1 року, $60,53 \pm 5,64\%$ - старші 1 року. Був проведений аналіз температурної реакції, наявності приросту маси тіла у дітей віком до 1 року, рівня гематологічного показника інтоксикації (ГПІ) та лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), а також тривалість перебування пацієнтів в стаціонарі. Статистичну обробку отриманих даних здійснювали методом варіаційної статистики.

Було виділено 4 групи у відповідності з напрямками в терапії гострої респіраторної вірусної інфекції: в першій групі ($30,26 \pm 5,30\%$) в якості лікування використовувалася антибактеріальна терапія у вигляді монотерапії, в другій групі ($10,53 \pm 3,54\%$) – симптоматичне лікування, в третій ($44,74 \pm 5,74\%$) - антибактеріальні препарати в комбінації з пробіотичними засобами, в четвертій ($14,47 \pm 4,06\%$) - антибактеріальна терапія в комплексі з пробіотиками та гомеопатичними засобами.

В результаті порівняльного аналізу тривалості температурної реакції найкращі показники відмічені в групі, де поряд з антибактеріальними препаратами використані пробіотики. Практично у всіх пацієнтів з цієї групи температура нормалізувалася менш ніж за три доби від початку лікування. Позитивна динаміка збільшення ваги серед дітей віком до 1 року спостерігалася у всіх групах, крім третьої, де у половини пацієнтів було відмічено відсутність приросту маси тіла. В результаті підрахунку показників інтоксикації на третій день від початку лікування найкращі показники ЛІІ та ГПІ виявлені в другій та четвертій групі пацієнтів. Більшість дітей, які знаходилися на симптоматичному лікуванні, перебували в стаціонарі менше дев'яти днів, в той час як середня тривалість лікування половини пацієнтів з третьої та четвертої групи становила більше дев'яти днів.

Таким чином, використання поряд з антибактеріальними препаратами пробіотичних та гомеопатичних засобів впливає на тривалість температурної реакції та виразність інтоксикаційного синдрому. Проте застосування пробіотиків у дітей раннього віку не має позитивного впливу на динаміку ваги.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ АНЕМІЇ

Машиш С.М.

Науковий керівник – д.м.н., проф. С.В. Попов

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

Залізодефіцитна анемія – найбільш поширена форма анемії, складає 80-95% всіх анемії. ЗДА є однією з важливих соціальних медичних проблем, оскільки приводить до порушення якості життя хворого, зменшення працездатності, спричиняє функціональні розлади в органах і системах організму, погіршує перебіг існуючих хронічних захворювань, часто супроводжує реакції ускладнення та є предиктором багатьох захворювань.

В різних регіонах частота ЗДА значно коливається в різних вікових групах. Важливо знати, що серед населення широко поширений латентний дефіцит заліза, коли показники гемоглобіну ще в нормі, але транспортні та органні запаси заліза вже виснажені. Виникнення дефіциту заліза відображає прогресуюче використання та збідніння його депо, а також порушення функцій залізо залежних ферментів, білків, рецепторів. Незважаючи на давню історію вивчення проблеми дефіциту заліза в організмі людини, відомий етіологічний чинник, до сьогодні недостатньо вивчені процеси формування таких ускладнень дефіциту заліза, як анемічна і гемічна гіпоксія з дистрофічними змінами органів у вигляді вегетативної дисфункції, міокардіодистрофії, в тому числі з проявами некоронарогенної ішемії, кардіоміопатії з порушенням кровообігу різного ступеня; сидеропенічний синдром з неврологічними розладами (вегетосудинні та вестибулярні порушення), а також емоційної сфери, смаку, нюху, дизуричні явища, зміни шкіри та її придатків, склер, слизової травного тракту (поверхнева і атрофічна гастропатія, сидеропенічна дисфагія); синдром метаболічної інтоксикації, котрий виникає в наслідок значного розбалансування обміну речовин і накопичення в тканинах сполук, що справляють патологічний вплив та порушують функціонування усіх органів і систем, проявляється у вигляді гіпотонії, сонливості вдень та безсоння вночі, головного болю, немотивованого субфебрилітету. Зустрічаються і різноманітні порушення ендокринної системи, наприклад, аменорея, дисменорея. Не дивлячись на великий арсенал лікувальних засобів, число хворих ЗДА невпинно зростає. Враховуючи дані багатолітніх досліджень, можливо, це пов'язано з неадекватним призначенням терапевтичних доз, низьким комплайнсом до назначеної терапії, відсутністю достатнього за часом етапу підтримуючої терапії, недостатністю знань про формування ускладнень.

ЗДА потребує особливої уваги, незважаючи на її неважку діагностику. Корекція вторинних порушень метаболізму, що супроводжують залізодефіцитну анемію та патогенетичне усунення дефіциту заліза залишається актуальною проблемою. Важливим є вивчення частоти розвитку та спектру ускладнень у дорослого населення в різних вікових групах, а також розробити способи та методи своєчасного і адекватного корегування ускладнень. ЗДА відноситься до тих не багатьох захворювань, які піддаються успішному лікуванню і повному видужанню.

ЗВ'ЯЗОК МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ ІЗ ГІПЕРЛІПІДЕМІЄЮ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ІХС

Грего А.В.

Науковий керівник - д.м.н., проф. С.В. Попов

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

Україна посідає перше місце серед країн Європи за смертністю населення від серцево-судинних захворювань (майже 57% у структурі загальної смертності). Цей показник визначається головними чином двома причинами - ішемічною хворобою серця (ІХС) і цереброваскулярними захворюваннями. У пацієнтів з артеріальною гіпертензією найбільш ранніми проявами ураження міокарда є гіпертрофія і діастолічна дисфункція лівого шлуночка, причому порушення діастолічної функції може передувати розвитку гіпертрофії.

Метою дослідження було вивчити морфофункціональний стан міокарду у хворих АГ та ІХС з нормальними показниками ліпидограми та гіперліпідемією. Усім пацієнтам було проведено комплексне обстеження, з урахуванням скарг, об'єктивних, лабораторних та інструментальних методів обстеження. Обстежено 55 хворих з АГ (артеріальна гіпертензія) та ІХС. З них 18 мали нормальний ліпідний профіль крові, 37 – гіперліпідемією. Середня тривалість АГ в групах склала відповідно 6,2 і 7,6 роки. Верифікація діагнозу в групах проводилася за допомогою даних клінічних, лабораторних і інструментальних досліджень. В дослідження були включені хворі на АГ у віці від 42 до 65 років, середній вік – 54,6 роки. Серед хворих було 23 чоловіка і 26 жінок. Групи зіставні по віку і статі.

Отримані результати. За результатами ехокардіоскопічного дослідження діастолічна дисфункція виявлена у 23% хворих 1-ї групи та у 47% хворих другої груп. Всі хворі мали збережену систолічну функцію лівого шлуночка, проте при порівнянні середніх показників фракції викиду середні показники фракції викиду у хворих з нормальним рівнем ліпідів крові та хворих з гіперліпідемією виявилось, що середній показник ФВ склав 66,9% у хворих першої групи та 63,5% у хворих з підвищеним рівнем ліпідів крові. У 63% хворих першої групи та у 78% хворих було виявлено гіпертрофію міокарду лівого шлуночка.

Таким чином результати дослідження свідчать про тісний кореляційний зв'язок між рівнем ліпідів крові та погіршенням гемодинамічних показників. Гіперліпідемія у хворих на АГ та ІХС вимагає пильної уваги та розробки нових підходів до її терапії.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ

Гонцова А.М.

Научный руководитель – д.м.н., проф. С.В. Попов

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии

Данные эпидемиологических исследований, посвященных изучению артериальной гипертензии (АГ), свидетельствуют о том, что распространенность данного заболевания связана с наличием факторов риска в различных группах населения. Для ребенка главной социальной средой является семья, поэтому социальный статус его семьи имеет большое влияние на формирование его здоровья. Важным показателем социально-экономического статуса семьи является питание. Кроме того, правильно сбалансированная диета – фактор, который предотвращает развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы. Большое значение в профилактике атеросклероза имеют пищевые антиоксиданты, которые содержатся в основном в овощах и фруктах.

Целью нашего исследования было изучение влияния социальных факторов на формирование и прогрессирование артериальной гипертензии у подростков.

Нами было обследовано 65 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет с АГ различной этиологии, которые проходили стационарное лечение в кардиологическом отделении Сумской областной детской клинической больницы за период с августа 2008 года по март 2009 года.

Проанализированы состав семей, общий образовательный уровень, жилищно-бытовые условия, наличие или отсутствие вредных привычек у родителей, особенности питания семьи. Получены следующие результаты: значительная часть подростков была из неполных семей – 21,3% с первой группы и 19,6% со второй группы жили только с матерью, 0,9% и 1,8% - только с отцом, 2,8%, 0,9% - жили не с родителями, а с бабушкой либо с другими членами семьи. Подростки отмечали проблемы в общении с другими членами семьи: 33,4% с основной группы, 32,9% с контрольной группы. Жилищно-бытовыми условиями довольны – 78,4%, не совсем довольны – 12,7%, не довольны – 8,8% основной группы, тогда как среди здоровых – 79,9%, 17,4%, 2,8% соответственно.

Таким образом, у подростков с АГ выявлена группа неблагоприятных факторов, связанных с социально-экономическим статусом семьи, жилищно-бытовыми условиями, питанием и привычками в семье, которые способствуют формированию и прогрессированию данной патологии.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Гонцова А.М.

Научный руководитель – д.м.н., проф. С.В. Попов

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии

Артериальная гипертензия (АГ) является важнейшей социально-экономической и медицинской проблемой, так как занимает значительное место в структуре нетрудоспособности, и смертности населения многих стран, в том числе

и Украины. Доказано, что предпосылки к возникновению этой патологии имеются уже в детском и подростковом возрасте. Существует высокая вероятность трансформации АГ у детей и подростков в ишемическую и гипертоническую болезнь во взрослом возрасте, которые являются основной причиной инвалидизации взрослого населения.

Целью нашего исследования было изучение факторов риска возникновения и прогрессирования АГ с учетом школьной и внешкольной среды, психологических особенностей учащихся.

Нами было обследовано 75 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет с АГ различной этиологии, которые проходили стационарное лечение в кардиологическом отделении Сумской областной детской клинической больницы за период с августа 2008 года по март 2009 года (первая группа) и 46 здоровых детей и подростков (вторая группа). Проанализированы клинико-анамнестические данные. Получены следующие результаты: частота заболеваний сердечно-сосудистой системы у родителей первой группы составила 62,16%, в то время как среди родителей второй группы данная патология составила 59,6%, частота табакокурения среди пациентов первой группы составила 64,86%, во второй группе – 58,7%, частота периодического употребления алкоголя в I группе – 31,5%, во II группе – 26,7%, частота регулярных занятий физкультурой и спортом в I группе – 24,32%, во II группе – 36,7%, обучение/игра на компьютере более 2 часов в день в I группе – 51,35%, во II – 47,7%.

Таким образом, среди подростков с АГ выявлено ряд факторов риска в виде отягощенного семейного анамнеза, вредных привычек, гиподинамии, которые способствуют возникновению и прогрессированию данной патологии.

БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА 2 В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Тимошенко Н.И.

Научный руководитель – д.м.н., проф. С.В. Попов

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии

Система Ренин-Ангиотензин-Альдостерон играет важную роль в регуляции АД, патогенезе артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности (ХСН), а также ряда других заболеваний. В настоящее время широко используются препараты группы блокаторов рецепторов ангиотензина 2.

Цель: изучение и анализ эффективности препаратов группы блокаторов рецепторов ангиотензина 2.

Материалы та методы исследования: клиническая эффективность препаратов группы БРА 2 была доказана во многих исследованиях, самыми крупными из которых являются ELITE (1997), ELITE-II (2000), LIFE (2002), RENAAL (2001), OPTIMAAL (2002), CHARM (2003), SCOPE (2003). Позже были проведены исследования, позволившие оценить препараты в сравнении с другими антигипертензивными препаратами как при эссенциальной гипертензии, так и при различных заболеваниях, сопровождающихся повышением артериального давления.

Результаты исследования:

Клинические исследования показывают, что все блокаторы ангиотензиновых рецепторов обладают высоким антигипертензивным и выраженным органопротективным эффектом, хорошей переносимостью и не уступают по фармакодинамическим свойствам другим лекарственным препаратам, которые используются в лечении артериальной гипертензии.

Основной механизм действия лекарственных средств этой группы связан с высокоселективной блокадой АТ₁-рецепторов. Блокада АТ₁-рецепторов препятствует развитию эффектов ангиотензина 2, опосредуемых этими рецепторами, что предотвращает неблагоприятное влияние ангиотензина 2 на сосудистый тонус и сопровождается снижением повышенного АД. Длительный прием этих лекарственных средств приводит к ослаблению пролиферативных эффектов ангиотензина 2 в отношении гладкомышечных клеток сосудов, мезангиальных клеток, фибробластов, уменьшению гипертрофии кардиомиоцитов и др. В условиях блокады АТ₁-рецепторов повышается действие ангиотензина 2 и на АТ₂-рецепторы, что проявляется антипролиферативной и вазодилатирующей (за счет повышения выработки оксида азота) функциями.

Выводы:

1. Препараты группы БРА 2 имеют выраженный антигипертензивный и органопротективный эффект.
2. Улучшают показатели отдаленного прогноза.
3. Побочные эффекты при приеме блокаторов рецепторов ангиотензина 2 обычно мало выражены, носят преходящий характер и редко являются основанием для отмены терапии.
4. Особенности фармакокинетики средств этой группы делают удобным их применение пациентами.

ВИРАЖЕНІСТЬ УСКЛАДНЕНЬ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ЗАЛЕЖНО ВІД СПОСОБУ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ

Бурик С.В.

Науковий керівник – д.м.н., проф. С.В. Попов

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

Артеріальна гіпертензія (АГ) є однією з ключових проблем сучасної кардіології. Це не тільки захворювання, яке знижує якість життя, але й фактор, який запускає каскад патологічних змін в серці, судинах, нирках, сітківці ока, інших органах і тканинах, що призводить до формування цілого ряду захворювань і патологічних станів, сприяє розвитку ускладнень та значно підвищує смертність. Вкрай важливо визначити залежність вираженості ускладнень від образу життя пацієнтів.

Метою дослідження було виявити зв'язок між стилем життя пацієнтів частотою розвитку та ступенем тяжкості таких ускладнень як гіпертрофія лівого шлуночка, нефропатія, серцева недостатність, гіпертонічна ангіопатія сітківки, дисциркуляторна енцефалопатія.

Обстежено 44 хворих на АГ, які знаходилися на лікуванні в СМКЛ №5 у 2010 році. При анкетуванні, вони були розподілені на дві групи. До першої групи було віднесено 23 пацієнти, що дотримувалися порад лікаря, щодо модифікації стилю життя, до другої групи увійшов 21 пацієнт, що не дотримувалися здорового образу життя. Всі пацієнти отримували стандартну антигіпертензивну терапію.

За результатами обстеження було виявлено, що перераховані ускладнення достовірно частіше зустрічаються та мають тяжчий перебіг у групі пацієнтів, що не дотримувалися здорового способу життя.

Таким чином, ми можемо зробити висновок, що дотримання здорового способу життя є важливим фактором лікування артеріальної гіпертензії та профілактики розвитку ускладнень.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Еровенкова Е.П., Козуб О.С., Костина О.В.

Научный руководитель – д.м.н., проф. С.В.Попов

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии

ОРВИ является наиболее частой патологией детского возраста. Именно они являются одной из главных причин летальных случаев, особенно в раннем возрасте. Основная причина, с которой родители обращаются к семейному врачу, это респираторные заболевания их ребенка. Схема лечения ОРВИ определена соответствующим наказом ВООЗ Украины. В то же время одним из краеугольных вопросов в назначении лечения ребенка, особенно раннего возраста, является необходимость назначения антибиотикотерапии. Точкой приложения антибиотических средств не может являться общеизвестным фактом. Однако в каждом случае врач не может исключить наложение бактериальной инфекции. По некоторым данным при ОРВИ наложение бактериальной инфекции происходит от 10 до 60% случаев. Поэтому частота назначения антибиотикотерапии детям при респираторных заболеваниях составляет 50%. Целью работы было изучение эффективности назначения антибиотикотерапии детям в возрасте от 6 до 10 лет. Была изучена динамика таких симптомов как величина и длительность гипертермии катаральных явлений, кашля и астенического синдрома. Всего было обследовано 40 детей, которые были разделены на 2 группы. Группа 1, которая получала антибиотики и симптоматическую терапию.

У детей, получавших антибиотики, средняя длительность температуры была достоверно меньше, чем у детей не получавших антибиотики. В то же время температура и длительность ринореи оставалось одинаковой в обеих группах. Длительность кашля и астенического синдрома была достоверно меньше в первой группе, чем во второй.

Исходя из полученных данных, использование антибактериальной терапии уменьшает продолжительность гипертермии, кашля и астенического синдрома. По-видимому, это связано с высокой частотой наложения бактериальной инфекции и последующей эффективности использования антибиотиков.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ ГИПОКСИЮ В РОДАХ

Михайлов В.А., Миронченко А.Н.

Научный руководитель – д.м.н., проф. С.В.Попов

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии

Острые респираторные заболевания являются наиболее частыми патологическими состояниями в детском возрасте. Это главная причина обращения родителей и самого пациента к врачу общей практики - семейной медицины. Заболеваемость ОРВИ у конкретного ребенка зависит от многих факторов, в первую очередь от состояния иммунологической резистентности ее становления. Последняя определяется разными причинами, в том числе ранее перенесенными заболеваниями. Одним из таких заболеваний могут быть гипоксические поражения, воздействующие на организм плода и новорожденного в наиболее критический момент.

С целью изучения влияния гипоксии на особенности течения ОРВИ, было проведено исследование у 60 детей в возрасте от 2 до 6 лет. Они были разделены на 2 группы: 1 группа включает 30 детей, перенесших ante- или интранатальную гипоксию, 2 группа без данных, свидетельствующих о перенесенной гипоксии. В каждой группе оценивалась частота заболеваемости ОРВИ в среднем за год, длительность температурной реакции, кашля и симптомов интоксикации. Результаты были обработаны методом вариационной статистики.

Средний возраст пациентов в обеих группах не имел достоверных отличий. Среднегодовая частота заболеваемости ОРВИ у детей, перенесших гипоксию, составила – 3,6, у детей без гипоксии – 3,2, что было достоверно ниже. Разницы в длительности кашлевого симптома зафиксировано не было. Длительность температурной реакции у детей 1 группы была равна – 4,53 дня, а у детей 2 группы – 4,1 дня ($p < 0,05$). Длительность симптомов интоксикации у детей, перенесших гипоксию, составила – 5,33 дня, у детей без гипоксии – 4,8 дня ($p < 0,01$), что было достоверно ниже.

Таким образом, у детей, перенесших ante- и интранатальную гипоксию, в сравнении с детьми, не имевших гипоксии, выше частота заболеваемости ОРВИ, дольше сохраняются симптомы интоксикации и температурная реакция.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ АНГІОПАТІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

*Мелеховець О.К., Шелестюк Н.В., Пустова М.А., Рєзник А.В., студ. 4-го курсу
СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології*

Діабетична ангіопатія (ДА) – генералізоване ураження кровоносних судин різного калібру, що характеризується ушкодженням їх стінок та порушенням гемостазу, у хворих на цукровий діабет (ЦД) на пізніх етапах після його первинної маніфестації. За даними літератури при застосуванні у хворих на цукровий діабет терапії, яка покращує реологічні властивості крові та має антитромботичний ефект, ризик прогресування ДА зменшується до 74%.

Метою нашого дослідження була оцінка ефективності проведення антикоагулянтної терапії у хворих на ЦД.

Для досягнення поставленої мети було обстежено 40 хворих на ЦД, проведено детальний аналіз їх медичної документації (історії хвороби, амбулаторні карти), та проведено цілеспрямований опит щодо дотримання комплаєнсу. На жаль, хворі на ЦД не завжди слідують рекомендаціям лікаря.

До обстеження увійшло 20 осіб з ЦД 1 типу та 20 осіб з ЦД 2 типу (зі стажем захворювання від 8 до 20 років). Хворі були розподілені на 2 групи: I група – 32 хворих (80%), що мали призначення, але не виконували рекомендації лікарів стосовно антикоагулянтної терапії в амбулаторних умовах, II група – 8 хворих (20%) отримувала дезагреганти протягом всього часу спостереження.

Критеріями оцінки стану хворих були рівні фібриногену та холестерину плазми крові, показники артеріального тиску (АТ) та клінічні прояви ДА.

Згідно отриманим даним, рівень фібриногену сироватки хворих I групи був достовірно вищим за рівень фібриногену в II групі: $4,72 \pm 0,6$ г/л та $3,1 \pm 0,3$ г/л, відповідна тенденція була характерна для рівня холестерину ($7,3 \pm 1,2$ ммоль/л та $3,8 \pm 0,4$ ммоль/л); показники АТ у I групі були в межах $180 \pm 20 / 110 \pm 10$ мм рт.ст., у II групі – $120 \pm 10 / 90 \pm 10$ мм.рт.ст.; ступінь клінічних проявів ДА хворих I групи був значно вищий у порівнянні з II групою.

Таким чином, в процесі дослідження було оцінено ефективність та доцільність використання антикоагулянтної терапії для профілактики діабетичних ускладнень, було проінформовано щонайменш 32 особи про необхідність виконання всіх лікарських рекомендацій стосовно лікування в амбулаторних умовах.

Отримані дані свідчать про ефективне зниження гіперкоагуляційного потенціалу крові та є підґрунтям для використання антикоагулянтів у якості ефективної вторинної профілактики діабетичних ангіопатій.

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДІВ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ АЦЕТОНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ

*Мелеховець О.К., Петрова В.В., Хілько А.С., студ. 5-го курсу
СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології*

Ацетонемічний симптомокомплекс в практичній діяльності дитячих лікарів зустрічається досить часто (за вітчизняними даними, у 4-6% дітей в віці від 1 до 12-13 років) і розглядається як маніфестна форма сечокислого діатезу. Правильне розуміння ацетонемічного синдрому в контексті з сечокислим діатезом дозволяє лікарям кваліфіковано підійти до проблеми скринінгу і в багатьох випадках уникнути його крайнього прояву – ацетонемічної коми.

Метою дослідження було удосконалення методів вторинної профілактики ацетонемічного синдрому на основі сонографічного ренального скринінгу.

Під спостереженням знаходилось 63 дітей з кетоацетодозом за період з січня по грудень 2008 року та 37 дітей за період з січня по листопад 2009 року. Проаналізовано історії хвороби дітей віком від 10 місяців до 17 років, які мали в анамнезі ацетонемічні кризи.

Метаналіз архівного матеріалу був проведений з використанням 100 історій хвороб в архівах лікувальних закладів.

Всім хворим було проведено обстеження згідно протоколам. У якості додаткових методів нами була використана ехографія нирок у перші 3 доби госпіталізації та після купування гострого періоду.

При проведенні сонографічного обстеження нирок у хворих всіх груп були виявлені ознаки метаболічної нефропатії (помірне підвищення ехогенності паренхіми, наявність гіперехогенних включень).

Отримані через 5 днів після госпіталізації лабораторні та інструментальні дані свідчили про досягнуту позитивну динаміку, що характеризувалося відсутністю ацидозу, кетозу, гіперурікемії та нормалізацією рН сечі і зменшенням кристалурії. Однак сонографічні ознаки метаболічної нефропатії залишались без змін протягом всього терміну госпіталізації. Таким чином, сонографічна візуалізація нирок доводить наявність морфологічних змін як у гострому періоді, так і при компенсації метаболічних порушень.

Отримані дані доводять, що УЗ-дослідження нирок є інформативним та специфічним методом для діагностики метаболічної нефропатії при ацетонемічному синдромі, та може бути рекомендованим у якості скринінгового методу даної патології.

ЛІКУВАННЯ ГІПЕРКОАГУЛЯЦІЙНОГО СИНДРОМУ ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ

*Мелеховець О.К., Ритченко А.А., Коломісць О.А., Хілько Є., студ. 4-го курсу
СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології*

Венозні тромбози, коронарні та церебральні ішемії, облітерація артерій нижніх кінцівок у хворих з гіпотиреозом та гіперкоагуляційним синдромом є актуальною проблемою в даний час. Своєчасна діагностика та лікування гіперкоагуляційного синдрому є важливим при гіпотиреозі так як дозволяє попередити розвиток тяжких ускладнень.

Порушення регуляторно-метаболическої функції щитоподібної залози у хворих з гіпотиреозом призводить до розвитку гіперкоагуляційного синдрому. При цьому спостерігається активація плазмових компонентів коагуляційного гомеостазу, дефіцит секреції чинників протизгортувальної системи та фібринолізу, зниження функцій ендотелію та структурно-функціональних властивостей еритроцитів і тромбоцитів.

Метою роботи було визначити ефективність лікування гіперкоагуляційного синдрому за допомогою стандартної терапії антикоагулянтами та антитромбоцитарними препаратами. Дослідження показників тиреоїдного гомеостазу та показників крові в динаміці лікування виконано у 27 осіб. Тривалість захворювання склала $6,4 \pm 1,3$ року, переважав перебіг середньої тяжкості. Серед обстежених було 75% осіб чоловічої статі та 25% — жіночої. Для проведення порівняльного аналізу отриманих даних серед обстежених хворих на гіпотиреоз були виділені групи: I — хворі, які лікувалися за стандартною схемою замісної терапії (гормональними препаратами); II — хворі, які крім стандартної терапії гіпотиреозу приймали антикоагулянти або антитромбоцитарні препарати.

При аналізі показників звертаючої та фібринолітичної активності крові було виявлено значне підвищення рівню фібриногену (понад 30% по відношенню до норми). В II групі хворих в динаміці лікування відбувалось зниження цього показника, та через 1 місяць рівень фібриногену перевищував норму в середньому на 9%.

Враховуючи той факт, що у хворих з гіпотиреозом на тлі лікування спостерігалось достеменно покращення гемо реології, антикоагулянтні та антитромбоцитарні препарати можна рекомендувати для проведення комплексної терапії.

ПОЧАТКОВА ІНСУЛІНОТЕРАПІЯ ЗА УМОВ НЕЕФЕКТИВНОСТІ ПЕРОРАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Мелеховець О.К., Лобода Т.Ю., студ. 4-го курсу, Дем'янова А.А., студ. 5-го курсу

*Подорога О.І., Котков В.В.**, Євдокименко В.І.***

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

**Сумська обласна клінічна лікарня*

***Сумська міська клінічна поліклініка №3*

Кількість хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД), що потребують лікування інсуліном, невпинно зростає, та на сучасному етапі переважає кількість інсулінозалежних пацієнтів з цукровим діабетом 1 типу. Біля 40 % хворих на ЦД 2 типу отримують інсулінотерапію, що призвело до внесення коректив у класифікацію ЦД з вилученням термінів «інсулінозалежний» та «інсулінонезалежний». З іншого боку, в клінічній практиці не існує чітко сформульованих практичних рекомендацій щодо початку проведення інсулінотерапії при ЦД 2 типу.

Метою нашого дослідження була оцінка ефективності комбінованої терапії хворих на ЦД 2 типу з незадовільними показниками глікемічного контролю.

Під наглядом протягом 6 місяців знаходилось 32 хворих на цукровий діабет 2 типу з тривалістю захворювання 28 ± 8 років. 15 пацієнтів, які отримували препарати сульфонілсечовини II покоління в максимальних або субмаксимальних дозах у поєднанні з препаратами метформіну без досягнення оптимального глікемічного профілю та дали згоду на комбінацію цієї терапії з однією ін'єкцією інсуліну подовженої дії, склали 1 групу. В даній групі була проведена корекція доз пероральних цукровознижуючих препаратів та режиму їх прийому.

Порівняльна група (2 група) була сформована з 17 хворих на ЦД 2 типу, що отримували інтенсивну базисно-болусну інсулінотерапію протягом 1-5 років.

Додавання до пероральної цукровознижуючої терапії пролонгованого аналогу інсуліну в режимі однієї ін'єкції за добу (від 14 до 24 ОД «Лантус») супроводжувалось покращенням глікемічного профілю протягом доби, зниженням ризику гіпоглікемій. На відміну від пацієнтів 2 групи, не відмічалось збільшення маси тіла та були відсутні прояви інсулінорезистентності.

Таким чином, введення в комбіновану терапію однієї ін'єкції інсуліну пролонгованої дії є ефективним та зручним варіантом старту інсулінотерапії у хворих на ЦД 2 типу на тлі незадовільного перорального цукровознижуючого контролю.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ПРОФІЛАКТИЦІ ДІАБЕТИЧНИХ МАКРОАНГІОПАТІЙ

Мелеховець О.К., Котков В.В., Вецько О.Б., Лук'яненко Д.О., студ. 4-го курсу*

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

**Сумська міська клінічна поліклініка №3*

Дисліпідемія є ключовою ознакою прогресування атеросклеротичних змін в організмі, а на тлі цукрового діабету набуває особливого прогностичного значення. На жаль, вагомі рандомізовані дослідження по вторинній профілактиці, сплановані спеціально для вивчення ефективності статинів в популяції хворих діабетом, не проводилися. Але є вагомі докази, засновані на ретроспективному аналізі досліджень по застосуванню статинів, які свідчать про ефект цих препаратів по зниженню серцево-судинних подій.

Метою нашого дослідження було визначення ефективності курсової гіполіпідемічної терапії в профілактиці прогресування діабетичної макроангіопатії у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД).

В дослідження було включено хворих з цукровим діабетом 2 типу, середньої важкості з наявністю серцево-судинних захворювань, тривалістю захворювання 25 ± 8 років. В першу групу увійшли 24 хворих, що отримували пероральну цукровознижуючу та симптоматичну терапію без застосування статинів або інших гіполіпідемічних медикаментів. В другу групу увійшли 32 хворих, яким було призначено симвастатін у добовій дозі 20 мг. При аналізі отриманих через 6 місяців даних ця група була розподілена на 2 підгрупи: 2а – 24 пацієнта, що припинили прийом

препаратів після виписки зі стаціонару, та 26 - 8 пацієнтів, що продовжували прийом симвастатину протягом часу спостереження.

Порівняння ліпідогам показало, що цільові рівні (холестерин < 5,2 ммоль/л, β - ліпопротеїди < 55,5 Од, тригліцериди < 1,7 ммоль/л) були досягнуті тільки в групі 26, що корелювало також з динамікою зниження артеріального тиску. Однак достовірної різниці в зниженні індексу маси тіла між усіма групами не спостерігалось.

Таким чином, зважаючи на вищий ризик, властивий хворим на ЦД, профілактика судинних ускладнень за допомогою гіполіпідемічних препаратів є важливим компонентом комплексної терапії пацієнтів з ЦД 2 типу. Нами було встановлено, що гіполіпідемічні препарати у відповідності до призначень лікаря приймають тільки 14% пацієнтів із групи спостереження. При опитуванні хворих було з'ясовано, що необхідність довготривалого прийому великої кількості таблетованих препаратів знижує рівень комплаєнтності симптоматичної метаболічної терапії.

САНАЦІЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ РОЗЛИТОМУ ГНІЙНОМУ ПЕРИТОНІТІ

Кравець В.В., Кравець В.П.

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

Розлитий гнійний перитоніт – найбільш тяжке ускладнення гострих хірургічних захворювань і оперативних втручань абдомінальної хірургії. Летальність при цій патології складає від 15 до 70% і не має тенденції до зниження в останні роки.

Нами вивчені результати санації черевної порожнини при розлитому перитоніті у 47 хворих, з них 23 пацієнти увійшли в основну групу, а 24 – в контрольну (архівні матеріали).

Хворим проводилися наступні дослідження: клінічний аналіз крові з визначенням ЛП (формула Кальф-Каліфа), загальний аналіз сечі, основні біохімічні показники крові, стан згортальної системи крові, бактеріологічне дослідження перитоніального ексудату та ін.

В основній групі осіб субопераційний лаваж черевної порожнини проводився розчинами фурациліну 0,02% або хлориду натрію 0,9% з додаванням 3% розчину перекису водню. В основній групі санація черевної порожнини на заключному етапі закінчилася використанням декасану дворазово.

Число ускладнень в основній групі хворих (5(20,8%)) по відношенню до контрольної групи (9(31,9%)) вдалося знизити у зв'язку з впровадженням такої тактики субопераційного лаважу черевної порожнини.

Таким чином, підтверджена висока ефективність використання під час санації черевної порожнини при розлитому перитоніті розчину декасану.

ВПЛИВ ПАТОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК ГОСТРИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАЛЬЦІВ ТА КИСТІ

Кравець В.П., Фесенко П.А., Кравець В.В.

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

Розвиток гострих гнійно-запальних захворювань пальців та кисті виникає у більшості випадків в результаті мікротравм з подальшим проникненням через ці дефекти умовно-патогенних бактерій, які вегетують на поверхні шкіри, слизовій оболонці верхніх дихальних шляхів.

Провідну роль в їхньому розвитку відіграють стафілококи, які мають ознаки вірулентності, стійкості до пеніциліну, стрептоміцину, поліміксину, тетрацикліну, левоміцетину та ін. В результаті чого важливе значення для видужання хворих має стан неспецифічних механізмів захисту організму, які приймають участь в елімінації вбитих клітин бактерій і сприяють відновленню функції організму.

Мікробіологічне дослідження проводили при госпіталізації і в процесі лікування 156 хворим з використанням загальноприйнятих методів виділення та ідентифікації аеробних та анаеробних мікроорганізмів. Забір вмісту гнійних вогнищ, а також виділень носоглотки, шкіри кисті проводили за загальноприйнятою методикою. Найчастіше із гнійних вогнищ виділяли стафілокок (248 штамів), синегнійну паличку (20 штамів), кишкову паличку (19 штамів).

Встановлено, що на шкірі досліджуваних осіб знаходились різноманітні асоціації мікробної флори. Стафілокок в монокультурі вегетував у 58,2% хворих, асоціація стафілокока та ентеробактерій – у 17,1%, інші асоціації мікрофлори – у 17,1% випадків. Стафілокок в монокультурі та в асоціації з іншою мікрофлорою шкіри пальців і кисті виявлений у 75,3% випадків. Мікрофлора у 7,6% чоловік взагалі не виявлялась.

Слід відмітити, що на слизовій оболонці носоглотки були виявлені аналогічні види умовно-патогенних мікроорганізмів. Отже, після отримання мікротравм відбувається їх інфікування умовно-патогенною флорою, яка вегетує на поверхні шкіри та слизовій оболонці носоглотки.

Таким чином, стафілокок за нашими даними відіграє провідну роль в етіології гострих гнійно-запальних захворювань пальців та кисті, тому для профілактики і ефективного лікування необхідно використовувати антистафілококові засоби.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ КРАНІО-АБДОМІНАЛЬНОЇ ТРАВМИ

Кравець О.В.

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

Поєднана травма голови та живота має велике значення, як в силу своєї розповсюженості, так і незадовільних результатів лікування. Складність діагностики черепно-мозкової травми і травми живота обумовлені тим, що

більшість хворих знаходяться в стані травматичного шоку, часто без свідомості; одночасне пошкодження органів черевної порожнини та головного мозку взаємно потягшують одна одну. Уникнути грубих помилок можна, застосовуючи в певній послідовності набір діагностичних методів, які дозволяють за порівняно короткий проміжок часу підтвердити пошкодження черепа та головного мозку, органів черевної порожнини.

Нами проведено аналіз лікування 32 хворих з краніо-абдомінальною травмою. Чоловіків було – 27 (84,4%), жінок – 5 (15,6%). Вік травмованих коливався від 17 до 74 років та склав в середньому 41,2 роки. Причинами травми були: дорожньо-транспортні пригоди – 37,8%, падіння з висоти – 28,6%, побутова травма – 23,2%, інші – 10,4%. Розподілення за терміном госпіталізації: через 2 год. – 31,4%, 6 год. – 40,3%, 12 год. – 18,5%, 24 год. і більше – 9,8% потерпілих. При доставці хворих в стаціонар загальний стан постраждалих був оцінений як середнього ступеня тяжкості в 7 (21,9%) випадках, важкий – 18 (56,3%) випадках, вкрай важкий – 5 (15,6%) та термінальний – 2 (6,3%) випадках.

При ревізії черевної порожнини розрив печінки був діагностований у 4 хворих, селезінки – у 14, пошкодження порожнинних органів – у 6, заочеревинна гематома – у 7, пошкодження брижі – у 6, пошкодження великого сальника – у 5, розрив діафрагми – у 1, розрив сечового міхура – у 1. Поєднане пошкодження двох органів та більше виявлено у 5 хворих.

Спленектомію виконано у 12 хворих, зашивання ран печінки – у 3, резекцію тонкої кишки – у 2, зашивання ран кишки – у 4, зашивання рани сечового міхура – у 1, зашивання ран брижі та сальника – у 10, зашивання розриву діафрагми – у 1 хворого. У 6 пацієнтів виконували декомпресійну трепанацію.

Всі хворі після операції лікувалися у відділенні реанімації та інтенсивної терапії. Використовували методи інфузійної, детоксикаційної, протишокової, антибактеріальної, протизапальної, дегідратаційної та коригуючої терапії. Особливу увагу приділяли повноцінному догляду за хворими.

Померли 10 (31,3%) хворих. Післяопераційна летальність склала 20,4%. Висока смертність обумовлена важкістю пошкоджень, пізнім проведенням протишовкових заходів, помилками діагностики, післяопераційними ускладненнями.

Таким чином, можна зробити висновки, що результати лікування хворих з краніо-абдомінальною травмою залежать від важкості травми, своєчасної діагностики, повноцінності лікувальних заходів, наявності пошкоджень інших областей, стану адаптаційно-компенсаторних систем організму.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ КРОВОТОЧИВОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ

Кравець О.В.

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

Хірургічне лікування гастродуоденальної виразки ускладненої кровотечею продовжує залишатися актуальною проблемою невідкладної хірургії. Значна кількість таких пацієнтів потребує хірургічних втручань за життєвими показаннями на висоті кровотечі, при рецидиві профузної кровотечі в стаціонарі, поєднанні кровотечі з перфорацією.

В клініці знаходились на лікуванні 427 хворих з шлунково-кишковими кровотечами (ШКК). Виразка дванадцятипалої кишки виявлена у 298 (69,8%) пацієнтів, шлунка – у 116 (27,2%), подвійна локалізація – у 13 (3,0%). Більшість (80,2%) склали люди працездатного віку. Тривалість виразкового анамнезу у хворих була від 1 до 18 років. У строк до 6 годин госпіталізовано 285 (66,7%) осіб, від 7 до 24 годин – у 96 (22,5%), більше 24 годин – 46 (10,8%). Згідно класифікації Форреста, в залежності від інтенсивності ШКК хворі розподілилися наступним чином: F-Ia – 37 (8,7%), F-Ib – 78 (18,3%), F-IIa – 116 (27,2%), F-IIb – 125 (29,3%), F-IIc – 71 (28,7%).

Вибір методу оперативного втручання та рішення про можливість виконання операції залежали від важкості стану хворого, ступеню операційно-анестезіологічного ризику, локалізації та характеру кровоточивої виразки. Селективну ваготомію (СВ) з пілоропластиком в поєднанні з висіченням виразки, а при пенетрації – з виведенням виразкового кратера з просвіту кишки, вважаємо методом вибору при кровоточивій дуоденальній виразці. При шлунковій локалізації виразки перевагу віддаємо резекції шлунка за Більрот I.

Оперовано 25 хворих (5,9%). Резекція шлунка за Більрот I була виконана у 2 чоловік, екстериторизація виразки дванадцятипалої кишки з дуоденопластиком і СВ – у 4, висічення виразки дванадцятипалої кишки з дуоденопластиком або гастродуоденопластиком із СВ – у 14, дуоденотомія, прошивання виразки дванадцятипалої кишки із СВ – у 3, гастродуоденотомія і прошивання виразки – у 2.

Померло після операції 2 пацієнта (8%). Серед неоперованих хворих померло 12 (2,8%). Причина летального наслідку у 3-х пов'язана з агонуючим станом, у 9 – обумовлена вкрай важким станом, віком (80 та більше років), важкою супутньою патологією, відмовою від оперативного втручання, пізнім зверненням за допомогою.

Таким чином, лікувальна тактика при кровоточивій гастродуоденальній виразці залежить від ряду причин. Серед хірургічних методик найбільш ефективними є ті, які усувають морфологічний субстрат (резекція шлунку, висічення виразки та гастродуодено- або дуоденопластика із ваготомією), з обов'язковим призначенням у післяопераційному періоді противиразкового лікування. Прошивання кровоточивої гастродуоденальної виразки повинно обмежуватись тільки у випадках їх гострого перебігу. За нашим досвідом проблему ШКК найбільш успішно можливо вирішувати в умовах спеціалізованих центрів, де є всі можливості діагностики та надання цілодобової кваліфікованої допомоги.

ПРИНЦИПИ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ АБДОМІНАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Кравець О.В., Кравець В.П.

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

Неконтрольоване застосування антибіотиків, мінливість мікроорганізмів, недостатній внутрішньолікарняний епідеміологічний контроль призводять до повернення доантибіотикової ери. Принаймні три мікроорганізми

розповсюдилися в лікувальних закладах і стали небезпечними, резистентними, патогенами, що призводить до невиліковних інфекцій: *Staphylococcus aureus*, *Eiterococcus faecium* та *Pseudomonas aeruginosa* (Велика Трійка).

Боротьба з абдомінальною інфекцією повинна включати в себе два основних напрямки: антибіотикопрофілактику та антибіотикотерапію.

Антибіотикопрофілактика спрямована, перш за все, на попередження виникнення інфекції в післяопераційній рані і включає в себе використання цефалоспоринів I покоління, які вводяться одноразово в ударній дозі за годину до операції, що створює високу концентрацію препарату в тканинах черевної стінки до моменту розтину. З метою антибіотикопрофілактики не повинні використовуватися цефалоспорины III покоління. Це призводить до виникнення резистентних штамів.

Антибіотикотерапія повинна починатися якомога раніше, проводиться з урахуванням джерела інфікування черевної порожнини, виду збудника. При цьому слід відмітити, що цілеспрямована монотерапія так само ефективна, як і комбінація антибіотиків.

Важливим компонентом антибактеріальної терапії є протигрибкова терапія. Слід відмітити, що зростаюче використання антифунгальних препаратів призвело до виникнення грибової резистентності, найбільш важливою з яких є стійкість грибів роду *Candida* до флюконазолу (дифлюкану). Це ставить питання визначення чутливості до флюконазолу.

Для підвищення ефективності антибактеріальна терапія повинна поєднуватися з такими підходами як селективна деконтамінація кишківника, раннє ентеральне харчування, імуномодуляція. Необхідно враховувати, що пригнічуючи інфекцію, не зникає запалення і, як наслідок, антибактеріальну терапію слід доповнювати протизапальною терапією.

Не дивлячись на всю важливість викладених положень, не варто забувати, що гарні антибіотики не врятують погану хірургію. Хірург – один із основних імуномодуляторів і гарна хірургічна техніка є найбільш важливим показником рівня післяопераційної інфекції.

СУЧАСНА ТАКТИКА ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

Кравець О.В., Кравець В.П.

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

Актуальність проблеми лікування панкреонекрозу обумовлена значним зростанням кількості хворих та стабільно високою летальністю. Відсутність єдиної хірургічної тактики лікування панкреонекрозу, високі показники летальності, частота розвитку гнійно-септичних та інших ускладнень, визначають розробки нових діагностично-лікувальних методів.

Проаналізовано результати лікування 39 хворих на панкреонекроз. Вік пацієнтів коливався від 18 до 82 років. Переважно кількість склали чоловіки – 86%, жінки – 14%.

Усім хворим проводився лабораторний та інструментальний моніторинг. Лабораторно відмічались: анемія, лейкоцитоз з виразним палочко-ядерним зсувом лейкоцитарної формули вліво, амілаземія, діастазурія, гіпокальціємія, підвищення рівня білірубіна за рахунок прямої та непрямой фракцій, підвищення рівня креатиніна, сечовини, підвищення рівня трансаміназ (АСТ, АЛТ).

При УЗД візуалізувались неоднорідність структури підшлункової залози, рідинні утворення в проекції голівки, тіла та хвоста підшлункової залози зниженої ехогенності, наявність біліарної гіпертензії, рідина у вільній черевній порожнині, плевральних порожнинах.

За даними КТ відмічались: неоднорідність структури підшлункової залози з підвищеною ехогенністю, набряк, інфільтрація самої залози та парапанкреатичної клітковини, наявність некротичних вогнищ в тканині залози, виявлялась рідина в сальниковій сумці, наявність рідини в плевральних порожнинах.

При ускладнених формах дрібновогнищового панкреонекрозу виконувалось видалення панкреатогенного випоту як джерела ендогенної токсемії, дренажування черевної порожнини. При інфікованому панкреонекрозі виконувалась лапаротомія, холецистостомія, оментобурсостомія, некрсеквестректомія, дренажування черевної порожнини та заочеревинного простору. При необхідності виконували програмні санаційні операції з некрсеквестректомією.

Покращення результатів лікування панкреонекрозу (зменшення летальності та ліжко-дня) було досягнуто завдяки своєчасній та точній діагностиці, етапному лікуванню, диференційованому підходу до вибору способу та об'єму хірургічного втручання в залежності від форми та фази перебігу хвороби.

ВЫПАДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН

*Сумцов Г.А., Сумцов Д.Г., Сидоренко Т.О.**

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии

**РД№1*

Полное выпадение половых органов у женщин пожилого возраста актуальная и сложная проблема в течение сотен лет. У этой категории больных не только психологическая дезадаптация и нарушение качества жизни, но всегда сопутствуют такие осложнения как цисто- и ректоцеле, присоединяются осложнения со стороны мочевыделительной системы и кишечника. Они нуждаются в хирургической коррекции, но обычно применяемые пластические операции на влагалище или трансвагинальная экстирпация матки часто дают рецидивы и усугубляют ситуацию.

Мы располагаем опытом хирургического лечения 28 больных с полным выпадением матки в возрасте от 65 до 78 лет. Все больные жаловались на дискомфорт, явления дизурии, часто кровянистые выделения или проблемы с дефекацией. При обследовании у большинства выявлены декубитальные язвы, выраженные застойные явления во влагалище с воспалительными наслоениями. Подготовка к операции, в основном, проводилась в условиях стационара.

Применялись сидячие ванночки с травами, мазевые тампоны, при явлениях цистита – уросептики. На завершающем этапе подготовки после снятия воспалительной реакции и заживления декубитальной язвы, применялся овестин в виде свечей или крема.

Всем проведена экстирпация матки с придатками и влагалищем по Фейт-Окинчицу. Обезболивание в основном перидуральная анестезия. При этой операции не только удаляются половые органы, но проводится облитерация влагалища, что полностью исключает вероятность выпадения. Не смотря на возраст и кажущуюся травматичность вмешательства, исходы операций и результаты коррекции благоприятные. Этому способствовало и активное ведение послеоперационного периода (общий стол, вставание и хождение с начала вторых суток). Характер операции и невозможность половой жизни всегда согласовывались с больной.

Из осложнений, заслуживает внимания случай нагноения и кратерообразного расхождения рубца облитерированного влагалища у больной сахарным диабетом через 7 лет после операции. После дренирования и адекватной терапии произошло рубцевание, и рецидив выпадения не наступил. При наблюдении от 3 до 10 лет оперированные с рецидивами не обращались.

Таким образом, у пожилых больных с полным выпадением половых органов и осложнениями можно добиться адекватной коррекции, применяя операцию в модификации Фейт-Окинчица.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ, ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗЕРВЫ

*Сумцов Г.А., Маренцева Л.В., Кидик И.Н.**

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии

**СОЦАГР*

Одной из самых важных проблем практического акушерства является проблема преждевременных родов так, как в основном, они определяют уровень перинатальной заболеваемости и смертности. На долю недоношенных детей приходится 60-70% ранней неонатальной и 65-75% детской смертности. При преждевременных родах мертворождаемость наблюдается в 8-13 раз чаще, чем при срочных. Перинатальная смертность недоношенных новорожденных в 33 раза выше, чем доношенных.

Нами проанализирована ситуация с преждевременными родами на базе 2-го акушерского отделения СОЦАГР за 2007-2009 годы, куда госпитализируются беременные с преждевременными родами из города и области. За указанный период была родоразрешена 451 женщина в сроках беременности от 22 до 36 недель, из них при беременности 22-27 недель - 62 (13,7%), 28-33 недели – 177 (39,3%) и 212 женщин (47%) - при беременности 34-36 недель. Все были госпитализированы с угрозой преждевременных родов, причем у 197 (43,6%) - установлен преждевременный разрыв плодных оболочек, у 22 (5,5%) - преждевременная отслойка нормально или низко расположенной плаценты, у 45 (9,9%) – преэклампсия различной степени тяжести.

Оказание акушерской помощи проводилось согласно клинических протоколов утвержденных приказами МЗ Украины №582 от 15.12.2003 г, №676 от 31.12.2004 г. и №624 от 03.11.2008 года. Сложной задачей было оказание лечебной помощи беременным с разрывом плодных оболочек и отошедшими водами, которые составили группу риска преждевременных родов с гнойно-воспалительными осложнениями на фоне маловесных плодов с незрелыми легкими. При живых плодах, как правило, стремились пролонгировать беременность, а с целью профилактики СДР стимулировать созревание сурфактанта. Параллельно проводился токолиз (нефедипин, гинипрал), стимуляция сурфактанта дексаметазоном, профилактика амнионита созданием санитарного режима и антибиотиками (ампицилин, эритромицин). В результате адекватного охранительного режима и лечебных мероприятий у 54% женщин с отошедшими водами удалось пролонгировать беременность свыше суток, а у 14% - до нескольких недель, то есть провести полноценную профилактику СДР.

После родоразрешения, указанного ранее контингента беременных, родилось 495 детей, из них 38 двоен и 3 тройни. Весовые категории оказались следующие: 500-999 г – 59 новорожденных, 1000-2499 г – 79, 1500-1999 г – 127, 2000-2499г – 207, 2500 г и больше – 23 новорожденных. Из-за акушерских осложнений в 50 случаях (11,8%) проведено родоразрешение путем кесарева сечения, в остальных – через естественные родовые пути.

Перинатальные потери составили 210%. Из них антенатальная гибель плода - 133%, интранальные потери – 16% и ранняя неонатальная смертность – 60,6%. Больше всего потерянно детей антенально - 43 (41,4%), что часто связано с несвоевременной госпитализацией беременных. Фактически это один из реальных резервов для улучшения результатов родоразрешения при преждевременных родах.

ПАПЛОМОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ, ЗАХВОРЮВАНІСТЬ

Сумцов Г.О., Борисюк О.П., студ. 6-го курсу

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

Папіломовірусна інфекція людини знана давно. Довгий час вірус папіломи людини (ВПЛ) вважався лише причиною шкірних та генітальних бородавок, і лише відносно недавно були виявлені онкогенні властивості ВПЛ. Доведено, що ДНК вірусу папіломи людини виявляється у 99,7% гістологічних препаратів, які підтверджують наявність раку шийки матки. З цієї причини вивчення поширеності ВПЛ та профілактика даного захворювання серед населення являється актуальною, тому що може бути основою первинної профілактики раку шийки матки.

На сьогодні відомо біля ста типів ВПЛ, із них 15 високого онкогенного ризику. Найбільш поширені, в тому числі і в нашому регіоні, типи 16, 18, 31, 33, які у більш ніж 80% випадків є причиною раку шийки матки.

На протязі 2008-2009 років на базі жіночої консультації СОЦАГР нами обстежено на типи ВПЛ 16, 18, 31, 33 методом ПЛР 376 жінок у віці від 20 до 55 років. Аналізи проводились лабораторією „Миллениум” (м. Харків). Із 376

обстежених інфікування ВПЛ виявлено у 99 (26,3%) жінок. Серед них папіломовіруси високого онкогенного типу 16, 18 у 49 (13,03%) хворих, віруси типів 16, 18, 31, 33 у 4 (1,06%) хворих, і віруси типів 31, 33 у 46 (12,23%) обстежених. Звертає увагу те, що тільки у 45 (12%) із 376 обстежених жінок були клінічні прояви вірусної інфекції типу гострокінцевих кондилом, а серед групи з виявленням ВПЛ у половини. Фактично більшість інфікованих виявились носіями ВПЛ без клінічних проявів.

Нами проаналізовано захворюваність ВПЛ по віковим категоріям. Із 99 жінок ВПЛ у віці 20-25 років було 38 (38,4%) випадків, 26-30 років – 31 (31,3%), 31-35 років – 16 (16,2%), 36-40 років – 4 (4%) і 45-55 – 5 (5%) випадків. Таким чином, найбільше інфікування спостерігається серед жінок активного сексуального віку до 30 років. Зважаючи на те, що ВПЛ являється транзиторною інфекцією і через деякий час не виявляється – інфікованість і старших вікових груп, насправді, значно більше виявленої.

Одержані дані указують на необхідність цілеспрямованого обстеження та лікування жінок молодшого віку з метою запобігання розвитку раку шийки матки та передачі вірусної інфекції по вертикалі.

ВОПРОСЫ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО РАКА МАТОЧНЫХ ТРУБ

Сумцов Г.А., Кириленко М.М., студ. 6-го курса, Чеботарева Т.С., студ. 5-го курса

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии

Первичный рак маточных труб (РМТ) сравнительно редкое и очень трудно диагностируемое заболевание. До сих пор многие авторы считают, что РМТ не имеет специфических проявлений. Это одна из главных причин, что даже в ведущих клиниках мира (РОИЦ им. Н.Н. Блохина РАМН) он распознается до операции в 15% случаев. Довольно часто встречаются ошибки и при лапаротомии.

На материале Сумского областного клинического онкологического диспансера нами проанализирована заболеваемость, клинические проявления и состояние диагностики РМТ за 2004-2008 годы. Согласно данных канцер-регистра, за эти 5 лет в Сумской области выявлено 2042 случая рака женских половых органов, из них у 538 – рак придатков матки, в том числе 23 наблюдения РМТ. Его удельный вес среди рака гениталий составил 1,13%, а среди рака придатков матки – 4,27%.

На основании изучения историй болезни 16 больных РМТ в возрасте от 51 до 75 лет установлено, что только в одном случае заболевание выявлено при профосмотре и расценено как киста яичника, остальные обращались с различными жалобами. Патологические выделения из половых путей – отметили 10 больных (лимфорея, мясные помои, кровотечение в менопаузе), боли в животе у 5, его увеличение у 3, повышение температуры выше 38⁰С у 2 больных. При вагинальном гинекологическом исследовании у двух больных патологии не выявлено, у остальных – образования расценено как исходящие из придатков или матки.

С целью уточнения диагноза у 3-х больных проведено диагностическое выскабливание полости матки, у 11 – забор выделений на КЗН (положительные находки у 2-х больных), у 13 – УЗИ исследование. Следует подчеркнуть, что ни в одном случае при УЗ исследовании не поставлен диагноз РМТ. Из 13 обследованных УЗИ в 6 случаях изменения расценены как рак или подозрения на рак яичников, в одном папиллярная киста, в двух – киста, в остальных – жидкостные придатковые или тубоовариальные образования. В периодической литературе встречаются одиночные сообщения о диагностике РМТ при помощи УЗИ или компьютерной томографии, хотя официального описания патогномичных признаков для этой опухоли – нет.

На основании ретроспективного анализа видно, что до операции выставлялся или подозревался РМТ у каждой четвертой больной, во время лапаротомии у всех. Учитывая, что у большинства больных клинические проявления начались от нескольких месяцев до года – опухоль можно заподозрить и даже распознать значительно раньше.

МІСЦЕ СУСПЕНЗІЇ ПУЛЬМІКОРТ ДЛЯ НЕБУЛАЙЗЕРІВ В ТЕРАПІЇ ЗАГОСТРЕНЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

*Винниченко Л.Б., Чуба Л.І., Райський А.В.**

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

**КЗСМКЛ №1*

Сучасна стратегія лікування бронхіальної астми (БА) пов'язана з максимальним використанням інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС), оскільки саме такий шлях введення ліків ефективно створює високі концентрації препарату в дихальних шляхах та дозволяє мінімізувати небажані системні ефекти. Серед різних типів систем доставки препаратів одне з основних місць у сучасному лікуванні БА посідають інгалятори останнього покоління – небулайзери, особливо під час загострення даного захворювання. Одним з найбільш ефективних та безпечних ІГКС в небулайзерній терапії БА є суспензія Пульмікорт (будесонід).

Мета: вивчити клінічну ефективність застосування суспензії Пульмікорт у знятті загострень БА як альтернативу призначенню системних ГКС, а також сумісного їх призначення.

Матеріали і методи: В дослідження було включено 32 пацієнта (віком від 20 до 55 років, 17 чоловіків та 15 жінок) з діагнозом БА III-IV ст. у період загострення. Діагноз верифікований за даними загальноклінічних обстежень, рентгенографії ОГК, спірографії, ЕКГ. Хворі були розділені на 2 співставні групи: перша група (16 осіб) для зняття нападів ядухи отримували системні ГКС, друга група (16 осіб) додатково застосовували суспензію Пульмікорт в небулайзерній терапії, а саме: по 0,5 мг 2 рази на добу. Лікування системними ГКС в обох групах тривало з моменту госпіталізації протягом 3-4 днів з подальшим продовженням небулайзерної терапії Пульмікортом в другій групі до 12-14 днів. Для оцінки результатів дослідження розроблені індивідуальні карти хворих, в яких фіксували за бальною шкалою динаміку симптомів хвороби (0 – симптоми відсутні, 1 - слабо виражені, 2 – помірні, 3 – виражені, 4 –

сильні). В свою чергу за бальною шкалою хворі оцінювали ефективність лікування (0 - відсутній, 1 – незначний, 2 – задовільний, 3 добрий, 4 – відмінний).

Результати: має місце більш значна регресія задишки, кашлю, числа дихальних рухів, кількості нічних нападів за добу, кількості інгаляцій бронхолітика та локальних змін в легенях в 2-й групі в порівнянні з 1-ою. Вірогідна різниця зареєстрована вже на 10 добу комплексного лікування із включенням суспензії Пульмікорт. Було встановлено, що застосування даного препарату у високій дозі еквівалентно використанню дексаметазона. При цьому однакової зміни функції легень спостерігались як після 24, так і 48-годинної терапії. Додаткове введення системних ГКС в терапію суспензією Пульмікорт не супроводжувалось додатковим ефектом. При застосуванні небулайзерної терапії не відмічалось зниження синтезу ендогенних кортикостероїдів, зниження рівня сироваткового остеокальцину та зміни метаболізму кальцію.

Висновки: 1. Суспензія Пульмікорт в небулайзерній терапії дозволяє більш ефективно усунути симптоми загострення БА III-IV ст. вже на 10-й день захворювання.

2. Використання суспензії Пульмікорт має ефективність, еквівалентну такій при лікуванні системними ГКС, на відміну від яких не призводить до пригнічення функції наднирників та зміни метаболізму кальцію.

3. Застосування суспензії Пульмікорт в базисній терапії дозволяє ефективно знизити дозу системних ГКС.

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ НИРОК У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З НАЯВНИМ ТА ВІДСУТНІМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Винниченко Л.Б., Костюченко С.А.

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

Ураження нирок у хворих на АГ розглядається як типовий варіант ураження органів мішеней поряд із серцем, судинами та мозком. Роль нирок в патогенезі і розвитку АГ дотепер є предметом дискусій, що пов'язано із тривалим латентним періодом ниркової дисфункції. Доведено, що ранньою ознакою ураження клубочкового апарату нирок (у тому числі у фазі функціональних змін) є мікроальбумінурія (МАУ). Багатьма дослідженнями доведено тісний зв'язок МАУ із серцево-судинними ускладненнями, що спонукало назвати цей показник предиктором серцево-судинної смертності. Крім АГ до розвитку нефроангіосклерозу призводять супутні з АГ обмінні порушення – ЦД 2-го типу та гіперурікемія. Абдомінальне ожиріння є самостійним фактором ризику незворотнього погіршення функції нирок: збільшення індексу маси тіла (ІМТ) на 10% збільшує ймовірність стійкого зменшення ШКФ в 1,27 рази. Ураження нирок у хворих на АГ в залежності від наявності метаболічного синдрому (МС) недостатньо вивчений, тому саме це ми поставили за мету.

Матеріали та методи: Обстежено 75 хворих на АГ I – III ступенів віком від 25 до 70 років (середній вік – 52±18), 26 чоловіків та 49 жінок, які лікувались в терапевтичному відділенні.

Результати: Спостерігали більш високі середньодобові показники САТ, ДАТ, ПАТ у досліджуваних хворих за наявності МС починаючи з I ст. У більшості хворих на АГ в поєднанні з МС (64% - I ст., 79% - II ст., 96% – III ст.) спостерігалось недостатнє зниження САТ та ДАТ в нічний час. Що стосується ліпідного обміну, рівень ТГ перевищував у групі хворих з МС та АГ II - III ст., зареєстровані більш високі показники загального ХС в групі хворих з МС вже на I ст. АГ. Проте ці показники не супроводжувались більш високими значеннями ХС ЛПНЩ, можливо це пов'язано з тим, що вміст загального ХС підвищено в групах з МС в більшій мірі за рахунок ЛПДВЩ – головних транспортерів ТГ. Рівень ЛПВЩ був вірогідно нижчим у хворих з МС. У хворих на АГ I ст (МС-) нормальний рівень ліпідів спостерігався у 68%, ізольована гіперхолестеринемія (II а тип гіперліпідемії (ГЛП) за класифікацією Фредріксона) спостерігалась у 27% хворих, комбінована ГЛП (II в тип за класифікацією Фредріксона) – у 5% хворих. У хворих з АГ I ст (МС+) II а тип ГЛП спостерігався у 25%, II в – у 62%, IV тип (ізольована гіпертригліцеридемія) – у 13% пацієнтів.

Висновки: 1. Наявність МС у хворих на АГ частіше всього асоціювала з комбінованою гіперліпідемією, а саме: зниженим рівнем ЛПВЩ та високою концентрацією ЛПНЩ, що має виражену атерогенну дію. 2. МАУ є раннім маркером ураження нирок у хворих на АГ, особливо в поєднанні з МС. 3. Рівень МАУ був вірогідно вищим у хворих на АГ в поєднанні з МС на кожному ступені підвищення АТ. 4. При поєднанні АГ та МС спостерігаються кореляційні зв'язки між МАУ та показниками ліпідного, вуглеводного обміну та добового профілю АТ. 5. Взаємозв'язок між ШКФ та проявами МС спостерігався в незначній мірі.

КЛІНІЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСНОГО БІОЛОГІЧНОГО ПРЕПАРАТУ УБІХІНОН – КОМПОЗИТУМ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Винниченко Л.Б., Костюченко С.А.

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є найчастішою причиною хронічної серцевої недостатності (ХСН). Тому первинна профілактика ХСН - це, перш за все, раціональне лікування ІХС. Фармакотерапія ІХС в останні десятиріччя зазнала досить значні зміни і на сьогодні лікування цієї патології це не тільки призначення традиційних нітратів, але й антагоністів кальцію, бета-адреноблокаторів, низькомолекулярних гепаринів, статинів, дезагрегантів. Названі препарати в різних комбінаціях суттєво впливають на стан хворого: шляхом розширення коронарних судин (нітрати, антагоністи кальцію), зменшення впливу катехоламінів (бета-адреноблокатори), та інших - покращують їх якість життя. Тому метою нашого дослідження було вивчення терапевтичної ефективності препарату Убіхінон-композитум в комплексному лікуванні хворих на ІХС в поєднанні з ХСН.

Матеріали та методи: Обстежено 90 хворих (58 чоловіків та 32 жінки) на ІХС (стабільна стенокардія напруги II та III функціонального класу), віком від 39 до 68 років (середній вік – 54,4±3,8 років). Усі хворі були розподілені на 3 групи, що були співставлені за віком та статтю. Хворі I-ої групи отримували тільки базисну терапію (антагоністи кальцію, бета-адреноблокатори, інгібітори АПФ, низькомолекулярні гепарини, статини, дезагреганти та нітрати за потребою). Хворі II-ої групи отримували додатково до базисної терапії Тіотриазолін 2,5% - 4 мл 10 в/в ін'єкцій щоденно. Хворі III-ої групи отримували до базисної терапії Убіхінон композитум 10 в/м ін'єкцій по 2,2 мл 3 рази на тиждень. Перед початком курсу лікування та після завершення хворим проводили загальноклінічне, рентгенологічне, ЕКГ, ЕхоКС обстеження та велоергометрію.

Результати: в I-й групі стандартна терапія призводила до вірогідного зменшення порожнин лівих відділів серця, фракція викиду збільшилась на 11% порівняно з вихідним рівнем, проте ознаки діастолічної дисфункції зберігались. У хворих II та III груп, що отримували додаткову цитопротективну терапію, фракція викиду лівого шлуночка до завершення курсу лікування вірогідно збільшилась на 25% та 27% відповідно, відновились показники, що характеризують діастолічну функцію лівого шлуночка; зменшився рівень лужної фосфатази, що можна пояснити цитопротективною дією цих препаратів по відношенню до ендотеліальних клітин судинної стінки. Аналіз стабільності результатів через місяць після закінчення терапевтичного курсу лікування показав, що позитивні зрушення гемодинаміки збереглися у 68% хворих II групи та 85% - III групи.

Висновки: Використання препарату Убіхінона –композитум в стандартних схемах лікування хворих на ІХС в поєднанні з ХСН дозволяє не тільки зменшити клінічні прояви захворювання і підвищити якість життя пацієнтів, але й ремодулювати структурні зміни в міоцитах, що визначають природний перебіг СН.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

*Винниченко Л.Б., Безсмертна Р.В., Гавриленко А.М.**

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології

**КУСМКЛ №1*

Досягнення цільового рівня артеріального тиску (АТ) та його стабілізація є головною метою медикаментозного лікування артеріальної гіпертензії (АГ). Згідно з даними літератури, досягнення цільового рівня АТ за допомогою одного антигіпертензивного препарату можливе лише в 30-60% хворих із м'якою й помірною АГ, а в пацієнтів із важкою АГ за наявності ураження органів-мішеней, цукрового діабету монотерапія ефективна ще рідше. Проблема успішного лікування АГ дотепер залишається невирішеною.

Мета дослідження: Проаналізувати тактику досягнення цільового рівня артеріального тиску (АТ) в умовах поліклініки та стаціонару.

Матеріали та методи: Проаналізували 60 амбулаторних карт хворих на АГ в поліклініці №1 КЗСМКЛ №1 та 40 госпітальних історій хвороби терапевтичного відділення.

Результати: Цільовий рівень АТ мали лише 6,7% пацієнтів, які лікуються амбулаторно. Близько 93,3% цих хворих потребували посилення антигіпертензивної терапії, проте лише у 37% була спроба оптимізувати лікування (шляхом підвищення дози препарату та/або призначення комбінованого лікування).

Основним приводом до госпіталізації послужила неконтрольована АГ (67,5%), внаслідок нерегулярного прийому лікарських препаратів (у 64,9% випадків). За час лікування у стаціонарі у 97,5% хворих вдалося досягти цільового рівня АТ на 9-й день госпіталізації. Усі стаціонарні хворі відразу з моменту госпіталізації отримували комбіновану терапію, що включала 3 та більше лікарських препаратів з притягненням усіх препаратів 1-ої лінії: тiazидних діуретиків (ТД), антагоністів кальцію (АК), інгібіторів АПФ, антагоністів рецепторів ангіотензину II та блокаторів В-адренорецепторів.

Висновки: Проведене дослідження підтвердило можливість досягнення цільових рівнів АТ у хворих на АГ високого і досить високого ризику, а також встановило реальні помилки у тактиці амбулаторного ведення пацієнтів.

ТЕМАТИЧНЕ РОЗРОБЛЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ ЗА ТЕМОЮ «ДИСФАГІЯ» ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Гуріна О.М., Сінчук А.І., Кривець В.О., Сірик В.О., Рудіченко В.М.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

Дисфагія становить в роботі лікаря загальної практики-сімейної медицини симптом, який повинен сприйматися уважно через можливість бути симптомом тривоги, а подеколи стояти в поширеному диференціальному ряду, наприклад, з кардіологічними проблемами, а тому заслуговує на додаткові дослідження, в тому числі інструментально-лабораторні, якщо причина не є очевидною, така як гострий тонзиліт.

З метою ґрунтовного тематичного розроблення навчального заняття за темою «Дисфагія» при підготовці на додипломному етапі лікарів загальної практики-сімейної медицини, а також для забезпечення наступності з післядипломною підготовкою інтернів проведено аналіз та узагальнення літературних джерел за останні 3-5 років. В результаті виявлено, що тематичне розроблення заняття доречно базувати на етіологічних причинах патологічного стану, а саме: обумовлені гострим початком (дія чужорідного тіла, вплив харчового комку, грибок інфекція стравоходу, гостре вираження внаслідок дії медикаментозних препаратів, інтрамуральна гематома, променева терапія середостіння), фарингеальні причини (тонзиліт, м'язова дистрофія, міастенія, поліміозит та дерматоміозит, травма стовбура головного мозку, хвороба Паркінсона, хвороба моторних нейронів, множинний склероз, тріщини слизової, карцинома глотки та гортані, фарингеальні кармани), стриктурні ураження стравоходу (пептична виразка та

ерозивний езофагіт, каустична стриктура, карцинома, т.зв.кільця Шацького), розлади рухливості стравоходу (ахалазія, дифузний спазм, склеродерма), зовнішні причини (карцинома бронху, ретростернальний зуб, ураження дуги аорти, мітральний стеноз з гігантським лівим передсердям). З власного клінічного досвіду ми пересвідчилися, що в певній категорії хворих з обтяженим соціально-побутовим анамнезом причина дисфагії у демонстративному вигляді фарингеально-езофагеального кандидозу може потребувати розгорнутого дослідження на ВІЛ-інфікування, про що має пам'ятати лікар первинного контакту. Поміж названих причин стриктурні ураження глотки та стравоходу можуть становити диференціально-діагностичну проблему. Констрикція в ділянці глотки найчастіше надає відчуття прилиплої в момент ковтання їжі, що часто супроводжується одночасним поверненням їжі в рот. По мірі погіршення констрикції рідини мають втягуватися хворим, а не ковтатися «залпом». За даними літератури виявлено, що такий тип дисфагії є рідкісним та є симптомом тривоги, який сигналізує про карциному нижче глотки і цервікального стравоходу та, можливо, про так зв.доброякісні слизові мембрани. Зазвичай злаякісні ураження мають коротку прогресуючу історію хвороби протягом декількох місяців, в той час як доброякісні ураження дають інтермітуючі симптоми стриктури глотки на протязі тривалого часу. Доброякісні та злаякісні стриктури стравоходу становлять найбільш часті причини дисфагії. Зроблені висновки, що доброякісна пептична стриктура поблизу або безпосередньо в регіоні гастро-езофагеального сполучення є найбільш поширеною причиною, а типовий пацієнт середнього або похилого віку, часто жінка.

ПОШИРЕННЯ ТЕМАТИЧНОГО РОЗРОБЛЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ ЗА ТЕМОЮ «ДИСФАГІЯ» ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Рудіченко В.М.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

Доброякісні та злаякісні стриктури стравоходу становлять найбільш часті причини дисфагії – стану, з яким найчастіший первинний та триваючий контакт належить лікарям загальної практики-сімейної медицини.

З метою поширення тематичного розроблення навчального заняття за темою «Дисфагія» при підготовці на додипломному етапі лікарів загальної практики-сімейної медицини та оптимізації різних видів контролю набуття знань проведено аналіз та узагальнення літературних джерел за останні 3-5 років. В результаті роботи виявлено, що етіологічні причини дисфагії можуть обумовлювати методичні розділи навчального заняття, а також слугувати методичною базою формулювання запитань очного та комп'ютеризованого тест-контролю, де значна увага має приділятися доброякісній пептичній стриктурі стравоходу. Остання є найбільш поширеною причиною дисфагії та характеризується історією довго триваючого гастро-езофагеального рефлюксу. Однак було з'ясовано, що деякі пацієнти виявляють історію хворобливої дисфагії, але при ґрунтовному дослідженні не мають ознак стриктури. Ковтання корозивних речовин випадково або при спробі нанести собі шкоду може призводити до езофагеальної стриктури. Гастро-езофагеальний рефлюкс в якості результату порушення рухливості стравоходу внаслідок системного склерозу може також маніфестувати пептичною стриктурою. Друга найбільш поширена причина езофагеальної дисфагії – це злаякісні стриктури. При обидвох пацієнт скаржиться на відчуття їжі, що прилипла декілька секунд після ковтання та локалізує точку прилипання поміж глоткою та епігастральною ділянкою, що є менш корисним признаком, поступаючись часовому інтервалу дисфагії після ковтання для локалізації місця стриктури. Попервах дисфагія відбувається для твердих, особливо об'ємних матеріалів, таких як м'ясо та сухий хліб. Дисфагія стосовно рідин відбувається при звуженні просвіту стравоходу фактично до голкової шпарини. Наведені ознаки допомагають опануванню майбутніми лікарями первинної ланки відмінностей механічної обструкції від розладів рухливості. Доброякісні ураження є зазвичай більш повільними в розвитку з нечіткими інтермітуючими проявами до року перед розгорнутою маніфестацією. Езофагіт буде найчастіше викликати біль після споживання гарячих напоїв або алкоголю. Зроблені висновки, що доброякісні ураження стравоходу зазвичай не пов'язані з втратою ваги, оскільки пацієнти можуть підтримувати споживання калорій нетвердою їжею. Злаякісні ураження зазвичай демонструють історію розвитку скоріше на протязі тижнів, ніж місяців, а симптоми є швидко прогресуючими та пов'язані з втратою ваги.

СЕКЦІЯ ОРТОПЕДІЇ, ТРАВМАТОЛОГІЇ, НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ, УРОЛОГІЇ, РЕАНІМАТОЛОГІЇ, ОФТАЛЬМОЛОГІЇ, ОТОРИНОЛАРИНОЛОГІЇ

АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Малик Н.Є.

Науковий керівник – д.м.н., проф. П.М. Скрипніков

Вищий державний навчальний заклад України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава, кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Хронічний генералізований пародонтит – це захворювання, яке на сьогодні залишається однією з важливих причин втрати зубів, не дивлячись на численні здобутки у вивченні патогенезу захворювання та різноманітних підходів до лікування. Вивчення етіопатогенезу та питань підвищення ефективності лікування і профілактики захворювань пародонта є однією з актуальних проблем сучасної стоматології. Більшість дослідників вважають хронічний генералізований пародонтит поліетіологічним захворюванням. Починає домінувати позиція, що основним етіологічним фактором є інфекція, що в комплексі з іншими порушеннями створює передумови для мікробної інвазії в

ділянці зубо-ясеневого прикріплення. Однією з провідних систем опірності організму проти мікробних агентів є імунна система та її фактори місцевої резистентності, які у визначені періоди можуть відігравати сааногенетичну або патогенетичну роль. Отже, актуальною є розробка методу комплексної терапії з урахуванням мікробних асоціацій та змін показників імунітету у цих хворих.

Проведено комплексне клінічне вивчення 60 хворих на хронічний генералізований пародонтит віком від 25 до 50 років. Поряд з загальноприйнятими методами клінічної верифікації захворювання проводилося визначення наявності основних пародонтопатогенних мікроорганізмів методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), а також імунологічних показників методом проточної цитофлуориметрії з визначенням субпопуляцій клітин, що експресують CD3, CD4, CD8, CD20 та CD56. Хворі отримували комбінацію антимікробних засобів ципрофлоксацину та орнідазолу з урахуванням емпіричної чутливості пародонтопатогенів.

В результаті проведених досліджень отримано дані про розповсюдженість основних пародонтопатогенів у хворих відповідно до ступеня тяжкості захворювання та проведено співставлення кількісного та якісного складу мікрофлори з кількістю основних субпопуляцій лімфоцитів в капілярній крові ясен. Розроблено патогенетично обґрунтований спосіб лікування хронічного генералізованого пародонтиту з включенням в схему похідних орнідазола, що має також імуномодулюючу дію. Це дало змогу здійснити принцип індивідуального підходу до хворих, підвищити ефективність лікування, зменшити кількість ускладнень.

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНЕ ОБґРУНТУВАННЯ ВИБОРУ МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬОКОРЕНЕВОЇ РЕЗОРБЦІЇ

Білоус С.В.

Науковий керівник – д.м.н., проф. П.М. Скрипніков

*Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава,
кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів*

Серед ендодонтичної патології виділяється група дефектів, до якої входить внутрішньокоренева резорбція. У літературі вона також відома як внутрішньоканальна киста, внутрішня резорбція. Цей дефект може бути різних розмірів, сполучатися з періодонтом або перебувати тільки в межах кореневого каналу, кореня. Він локалізується як у коронковій частині зуба, так і в кореневій частині зуба. Резорбція розрізняється за формою, у вигляді лакун (лакунарна) і пазух (пазушна).

Клінічні її прояви різноманітні. Можливий безсимптомний перебіг процесу, у такому випадку дефект визначається при обстеженні із приводу некрозу пульпи, хронічних форм пульпіту, у ряді випадків після obturaції кореневого каналу. При наявності сполучення з періодонтом найчастіше відзначаються ниючі болі при накущуванні, іноді виникають абсцеси, порушується функція зуба. Ряд клінічних симптомів може відповідати клініці хронічних пульпітів, хронічних періодонтитів, абсцедування тканин пародонту. На рентгенологічних знімках, більш інформативних контактних, визначається втрата тканини дентину, цементу. Пульпова камера або кореневий канал у зоні ураження мають ділянку розширення, а в зоні локалізації резорбції кореневий канал не простежується. В ділянці сполучення з періодонтом, як правило, відзначається деструкція кісткової тканини.

Отримана інформація, заснована на клінічних, рентгенологічних даних, дозволяє скласти план лікування з урахуванням етіологічних факторів, локалізації резорбції, її обсягу, сполучення з періодонтом, поєднанням із зовнішньою резорбцією, визначити тип інструмента для препарування, лікарські засоби для іригації, обрати систему для obturaції кореневого каналу. Лікування ефективне із застосуванням матеріалу Триоксидент, Прорут МТА.

ЕФЕКТИВНІСТЬ І ПЕРЕВАГИ ТУРП В ЛІКУВАННІ ДГПЗ НАД ВІДКРИТОЮ АДЕНОМЕКТОМІЄЮ

Волохова Т.Ю., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – доц. В.В. Сікора

СумДУ, кафедра травматології, ортопедії та невідкладних станів

Актуальність теми. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) продовжує залишатися однією з основних проблем сучасної урології. Перш за все, це пов'язано з високою поширеністю даного захворювання. Актуальність ДГПЗ обумовлена тим, що це захворювання є найчастішим у чоловіків літнього віку. До недавнього найбільше широко використовувався термін "аденома передміхурової залози", однак сьогодні більшість фахівців світу дотримується визначення ДГПЗ, що найбільш повно підкреслює морфогенетичну природу захворювання. В більшості країн світу відмічається зростання захворюваності на ДГПЗ. Практично кожен другий чоловік віком понад 50 років в тій чи іншій мірі має проблеми викликані цим захворюванням. Ці проблеми насамперед стосуються розладів сечовипускання.

Матеріали і методи дослідження. Золотим стандартом в лікуванні ДГПЗ признана трансуретральна резекція простати (ТУРП) для хворих з об'ємом залози меншим 30 мл та без середньої доли, трансуретральна резекція простати (ТУРП) - у випадках з відповідним розміром 30-80 мл та відкрита аденомектомія - у хворих з об'ємом ПЗ понад 80 мл.

Під нашим спостереженням знаходилось 136 осіб з діагнозом ДГПЗ, з них 52 пацієнти віком до 50 років (38,23 %), 61 пацієнт віком від 50 до 60 років (44,85 %) і 23 пацієнти від 60 до 70 років (16,92 %). На протязі 10 місяців починаючи від 1 січня 2009 року до 1 листопада 2009 року в урологічному відділенні ЦМЛ №1 було проведено 69 (50,73 %) оперативних втручань з приводу ДГПЗ, з них 35 (50,72 %) ТУРП, і 34 (49,28 %) відкрита аденомектомія, 67 (49,27 %) проходили курс медикаментозного лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними наших досліджень, ТУРП дуже ефективно ліквідує симптоматику і покращує сечовивипускання на 91,43 % всіх оперативних втручань, тоді як при відкритій аденомектомії ліквідовується симптоматика і покращується сечовивипускання лише у 53,97 % прооперованих.

Висновок. Таким чином, використання ТУРП є доцільним і необхідним методом в лікуванні ДГПЗ. Доведено ефективність і переваги використання ТУРП над відкритою аденомектомією.

Складено таблицю спостереження пацієнтів на протязі наступного року.

Проведено порівняльний аналіз післяопераційних ускладнень.

ФІЗИЧНІ МЕТОДИ В СИСТЕМІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА КОКСАРТРОЗ

Шишук Д.В., Щербак І.Б., Дитко В.В., студ. 5-го курсу

Наукові керівники - к.м.н., доц. В.Д. Шишук, к.м.н., доц. Б.І. Щербак

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

Хворі на коксартроз складають понад 30 – 35% серед усіх пацієнтів ортопедичного профілю, а показники інвалідизації при коксартрозі у три рази перевищують аналогічні при патології колінного суглоба і у сім разів – гомілковостопного суглоба. Велика розповсюдженість захворювання, часта тимчасова, а іноді і стійка втрата працездатності визначають медичне та соціальне значення реабілітації цієї категорії хворих.

Під нашим спостереженням знаходилось 12 хворих на деформуючий остеоартроз з переважним ураженням кульшових суглобів,

Всі хворі отримали повноцінне реабілітаційне лікування з урахуванням ступеню важкості захворювання, сили больового синдрому, наявності супутніх уражень, суб'єктивних відчуттів і індивідуальних побажань. Основними реабілітаційними заходами, які застосовували при реабілітації хворих, були: медикаментозне лікування, кінезотерапія, фізіотерапія, рефлексотерапія і психологічна корекція. Медикаментозне лікування (нестероїдні протизапальні засоби, анальгетики і анестетики, вітаміни) хворі отримували у звичайному дозуванні.

У процесі кінезотерапії використовували такі види і форми занять, як лікувальна гімнастика - індивідуальна, групова (вправи на згинання-розгинання, вправи з м'ячем, тощо), ізометрична (згинання-приведення, розгинання-відведення з ізотонічним опором, місток з опором, тощо), ідеомоторна, тренажерна (блокова механотерапія), резистивна, пасивна, дихальна, загальнозміцнююча гімнастика, заняття у басейні. Застосовували методики мобілізації кульшового суглоба і постізометричної релаксації навколосуглобових м'язів, корекцію ходьби, а також класичний масаж з елементами рефлексотерапії.

Клініко-функціональну оцінку стану опорно-рухового апарату проводили до початку та наприкінці реабілітації.

У більшості хворих після закінчення реабілітації клінічно спостерігалось покращення функцій локомоторного апарату: зменшились прояви контрактур, збільшився об'єм рухів. Так, результати досліджень за функціональними тестами Лі та Річі виявили позитивну динаміку функціонального стану суглобів і, як наслідок, можливості виконувати ті чи інші рухи у більшому обсязі – на 57,1% та 50,0% відповідно.

Після проведення реабілітації у всіх хворих достовірно підвищилась амплітуда відведення стегна та амплітуда згинання кульшових суглобів. Збільшилась зовнішня і внутрішня ротація у суглобах з обмеженою рухливістю і нормалізувалася у суглобах з підвищеною рухливістю. В середньому амплітуда рухів у кульшових суглобах збільшилась на 29,7%.

У більшості хворих нівелювалася різниця функціональної довжини кінцівок, при цьому покращилось функціональне положення тазу і хребта.

Час подолання стандартного прольоту сходів після курсу реабілітації скоротився на 2,5%, що свідчить хоча і про незначну, але позитивну динаміку.

У більшості хворих спостерігали покращення гемодинаміки нижніх кінцівок.

Вивчення ефективності реабілітації з використанням інтегрованої бальної оцінки, яка враховувала динаміку всіх досліджених показників, встановило, що після курсу реабілітації значне покращення і покращення спостерігалось у 83,3%, без змін залишилися 16,7% хворих, негативних змін не спостерігалось у жодного пацієнта.

Дослідженнями віддалених результатів було встановлено, що досягнутий ефект застосування реабілітаційної програми у 66,7% хворих зберігався протягом 3-6 місяців, через 5-6 місяців – лише у 41,7% хворих. 75% хворих відмовились або зменшили більш ніж на 50% прийом нестероїдних протизапальних препаратів.

Отримані дані вказують на необхідність проведення повторних курсів реабілітації приблизно 1 раз у півріччя. Бажаним є проходження комплексної реабілітації в умовах курорту 1 раз на рік.

Дослідження показало, що розроблені комплекси надають суттєвого позитивного впливу на клінічну симптоматику всіх проявів захворювання.

Було встановлено, що запропонована програма реабілітації може бути впроваджена хворим різного, у тому числі похилого, віку (що особливо актуальне з урахуванням вікової специфіки хвороби), з різним клінічним перебігом захворювання, а також при супутніх захворюваннях з боку внутрішніх органів.

Кінезотерапевтичні заходи, особливо ті, які застосовані своєчасно і адекватні (за навантаженням) станові пацієнта, покращують функціональні можливості суглобів, тренують послаблені м'язи, створюючи м'язовий «корсет». Таким чином, програма реабілітації є достатньо ефективним методом лікування, який позитивно впливає на функціональний стан і якість життя хворих, що проявляється покращенням здатності до самообслуговування, розширенням можливостей в щоденній і трудовій діяльності, покращенні самопочуття, нормалізації сну. В результаті лікування хворі стають соціально спроможними і більш адаптованими до життя, перестають залежати від допомоги інших людей.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ УРАЖЕННЯХ М'ЯКИХ ТКАНИН І СУГЛОБІВ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

Щербак І.Б., Топчієва І.І., студ. 4-го курсу

*Наукові керівники - к.м.н., доц. В.Д. Шишук, к.м.н., доц. Б.І. Щербак
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів*

Протягом багатьох років розробляються адекватні методи реабілітації хворих з тими чи іншими ураженнями нижньої кінцівки. Не зважаючи на існуючий досвід у застосуванні нових технологій, у ряді випадків функціональні результати бувають незадовільними. Це пов'язано з багатьма причинами. Серед них – недоліки реабілітації у пізні строки, коли пацієнт звичайно займається лікуванням самостійно (поза стінами реабілітаційного закладу). Між тим, завдяки тільки активній лікувальній гімнастиці деяким хворим з ураженнями зв'язувального апарату, наприклад, колінного суглоба вдається досягти позитивних результатів без хірургічного втручання. Практика вказує на те, що всі пацієнти з ураженням зв'язувального апарату, не залежно від того, ускладнені вони чи ні, потребують реабілітації.

У нашому дослідженні передбачалось вивчення впливу таких форм і методів фізичної реабілітації, як лікувальна гімнастика, кінезотерапія, масаж, фізіотерапія, рефлексотерапія, акупунктура, лікування положенням, механотерапія, корекція ходьби, тренажери, елементи спорту у процесі відновлювального лікування хворих з різними ураженнями нижньої кінцівки.

Безпосередньо програма реабілітації складалася з декількох етапів:

- усунення больового синдрому (щадний режим, холод на ділянку суглоба, медикаментозна терапія, фізіотерапія);
- усунення явищ синовіту і параартикулярного набряку (щадний режим на ділянку суглоба і холод, кріотерапія, фізіотерапія);
- відновлення амплітуди рухів (укладки, парафіно-озокеритотерапія, лікувальна фізична культура, гідрокінезотерапія, масаж, механотерапія, фізіотерапія);
- укріплення м'язів (пасивно-активні вправи, ізометричні вправи, вправи з опором і навантаженням, гідрокінезотерапія, масаж, механотерапія, активне укріплення окремих ослаблених груп м'язів, усунення патологічного зміщення локмілки, фізіотерапія, тренажери);
- відновлення локомоцій і опороздатності (регулярність і послідовність виконання фізичних вправ, гідрокінезотерапія, тренажери, фізіотерапія, масаж).

Для швидкого і якісного відновлення функції уражених суглобів нами були розроблений і впроваджений комплекс заходів, націлений на підтримку і досягнення компенсації, який склали консервативні методи, що сприяли усуненню ускладнень, як можливих, так і тих, що вже виникли.

За сумарними результатами дослідження, підвищення якості життя було виявлено у 93,3% пацієнтів, погіршення не спостерігалось у жодного, без динаміки у 6,7%.

Максимальні величини приросту показників окружності стегна після реабілітації (через 2-3 місяці) дорівнювали 1,9 см, а через 6-7 місяців – 2,4 см.

Динаміка показників гоніометрії свідчила про збільшення куту згинання колінного суглоба. В психологічному статусі зареєстроване підвищення активності, енергійності, впевненості у собі, рівноваги, зменшення соматичних скарг, підвищення настрою.

Таким чином, завдяки програмі реабілітаційного лікування вдалося запобігти ряду ускладнень, які досить часто виникають в наслідок травматичних уражень нижньої кінцівки, особливо при травмах сумково-зв'язувального апарату колінного суглоба, а також компенсувати функціональний стан хворих.

ОЦІНКА ВІРОГІДНОСТІ РОЗВИТКУ ШОКУ У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

Шкатула Ю.В., Тимошук В.В., Шкрумада А.Ю.

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

За абсолютними показниками летальних випадків травматизм займає друге місце після серцево-судинних захворювань, а серед осіб працездатного віку – перше. У сумній статистиці ми майже у 4 рази випереджаємо країни Європейського Союзу. Причинами цього явища є не тільки соціальні проблеми, а і несвочасна та некваліфікована медична допомога. Про це свідчать наступні статистичні дані: серед померлих від дорожньо-транспортних пригод в Україні – 18,6% постраждалих помирає на госпітальному етапі, а 81,4% – безпосередньо на місці пригоди. У Європейських країнах, навпаки, на госпітальному етапі, помирає 70%, а 30% – поза межами стаціонару.

За даними літератури у 80% випадків у постраждалих з травматичними ушкодженнями смерть настає у перші шість годин, головним чином від гострої, масивної крововтрати та пов'язаних з нею патологічних реакцій та унаслідок черепно-мозкової травми. Об'єктивізація стану постраждалих з політравмою – важливе завдання вітчизняної травматології.

Проаналізована супровідна документація служби швидкої медичної допомоги, амбулаторні карти розвитку та історії хвороби 193 постраждалих з політравмою, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у КУ СМКЛ №1 м. Суми у 2007-2009 роках. Ушкодження, отримані пацієнтами, були розподілені наступним чином: скелетна травма – 68 (35,2%) випадків, краніо-скелетна – 49 випадків (25,4%), торако-скелетна – 28 випадків (14,5%), краніо-торако-скелетна – 27 випадків (14,0%), скелетно-абдомінальна – 6 випадків (3,1%), торако-скелетно-абдомінальна – 1 випадок (0,5%), краніо-абдомінально-скелетна – 2 випадки (1,0%), краніо-торако-скелетно-абдомінальна – 12 випадків (6,2%).

Установлено, що на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах шок, як складова попереднього та клінічного діагнозу зустрічався у 22,3% випадків. У той же час, у потерпілих, що загинули унаслідок травматичних

ушкоджень (19 випадків) геморагічний або травматичний шок зустрічається як складова 96% усіх посмертних діагнозів. Вищевказане свідчить на користь гіподіагностики стану постраждалих з політравмою. Практичні лікарі діагностували шок лише при критичному рівні артеріального тиску, циркуляторно-метаболических розладах та проявах поліорганної недостатності, що не характерно для зворотнього, компенсованого шоку.

Аналізуючи отримані результати, робимо висновок і вважаємо за необхідне відпрацювання діагностичних критеріїв шоку у постраждалих з політравмою на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах.

МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР - ОРГАНІВ

Снегір'ова І.О., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – к.м.н., доц. В.А. Сміянов

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

Риноскопія є невід'ємною частиною обстеження хворого ЛОР-лікарем, однак цей метод не завжди дає змогу отримати повну картину стану порожнини носа і носоглотки. Носоглотка доступна огляду далеко не в усіх випадках, навіть при задній риноскопії. Діагностика патологічних станів устя слухових труб, гіпертрофії глоткового мигдалика і задніх відділів носових раковин залишається однією з невирішених проблем ринології і потребує подальшого вивчення.

Нерідко відтиснення спинки язика, дотик до м'якого піднебіння і задньої стінки глотки спричиняє рефлекторний спазм мускулатури глотки, і задня риноскопія стає неможливою навіть при анестезії слизової оболонки. Поява відеоендоскопічних технологій дає змогу виявити патологічні процеси порожнини носа і носоглотки, які традиційними методами неможливо було встановити.

За 2009 рік за допомогою відеоендоскопії було обстежено 199 хворих віком від 18 до 63 років з хронічними захворюваннями носа, які тривалий час діагностували стандартними методиками (збір скарг, анамнезу, риноскопію, отоскопію, фарингоскопію, непрямую ларингоскопію, рентгенографію ДПН). Попередні діагнози були такі: хронічний гнійний риносинусит – у 96 пацієнтів, викривлення носової перегородки – у 47, вазомоторний риніт – у 31, поліпозний риносинусит – у 25 хворих.

За результатами проведеного відеоендоскопічного обстеження ЛОР-органів вдалося верифікувати такі патологічні процеси: хронічний гнійний риносинусит – у 100 хворих, викривлення носової перегородки – у 67, вазомоторний риніт – у 38, поліпозний риносинусит – у 40, аденоїдні вегетації – у 38, злоякісні захворювання порожнини носа – у 2, синехії порожнини носа – у 4, чужорідні тіла (риноліти) – у 2 пацієнтів.

За допомогою відеоендоскопічного дослідження було виявлено значно більшу кількість патологічних станів порожнини носа та носоглотки. Слід зазначити велику кількість аденоїдних вегетацій у дорослих, лікування яких є дуже важливе, оскільки вони є одним із джерел формування місцевого імунітету порожнини носа.

Своєчасне встановлення діагнозу злоякісних новоутворень носа та ДПН допоможе у своєчасному лікуванні таких хворих. Видалення ринолітів та синехій з відповідним лікуванням гіпертрофії задніх кінців нижніх носових раковин сприятиме надійній санації хронічно хворих пацієнтів.

У деяких хворих було виявлено два та більше захворювання. Найчастіше хронічний гнійний риносинусит асоціювався з викривленням носової перегородки, поліпозним риносинуситом і аденоїдними вегетаціями. Вазомоторний риніт поєднувався з викривленням носової перегородки і гіпертрофією задніх кінців нижніх носових раковин. Синехії порожнини носа були виявлені у раніше оперованих хворих.

Застосування відеоендоскопічних методик дає змогу своєчасно виявити значну кількість патологічних процесів задніх відділів порожнини носа і носоглотки, які не діагностуються звичайними методами дослідження, а також диференціювати їх між собою.

ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ЛОР-ПАТОЛОГІЇ

Рашевська В.А., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – к.м.н., доц. В.А. Сміянов

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

Спадкові хвороби, складаючи значну долю всіх вроджених форм, вимагають особливого підходу через специфічність методів їх профілактики. У клінічній практиці найбільшу складність для встановлення нозологічної форми захворювання представляють його синдромні форми. Не менш важлива проблема - генетична гетерогенність спадкових захворювань. Істотну роль в розвитку і частоти виникнення патологічних генів грає інбридинг, кровоспорідненість і ендогамність шлюбів, генна гетерогенність та полімарфізм.

Роль спадкових чинників у виникненні, протіканні та результаті природжених захворювань ЛОР-органів на сьогоднішній день повністю не вивчена. Вирішення цієї проблеми неможливе без широкого впровадження в практику лікувально-діагностичних установ методів клінічної генетики.

Існуючі проблеми етіології і патогенезу природжених і спадкових захворювань ЛОР-органів в умовах високого коефіцієнту інбридингу, клінічного поліморфізму, невстановленої генетичної гетерогенності, поширеності серед населення України, а також відсутність шляхів профілактичних заходів серед населення являються підставою для постановки питання про проведення повномасштабних досліджень.

Метою нашої роботи було вивчити і проаналізувати літературні дані по генетичних аспектах захворювання ЛОР-органів з тим, щоб надалі мати можливість ранньої діагностики і пошуку найбільш прийнятних шляхів лікування, а можливо і профілактики даної патології.

В даний час відомо більше 60 генів і близько 100 локусів, що асоціюються із спадковими формами втрати слуху, виникненням алергічних ринітів та риносинуситів.

Вивчення молекулярно-генетичної природи спадкових форм ЛОР-патології, як, втім, і інших спадкових захворювань, дозволило виявити феномен, який раніше лише передбачався. Це виявлення в одному гені мутацій, частину з яких обумовлюють домінуючий, а інші – рецесивний тип наслідування захворювань.

Знайдені також приклади, коли мутації одного гену є причиною аутосомно-рецесивного і мітохондріального наслідування фенотипів, що проявляються захворюваннями ЛОР-органів.

Генетична гетерогенність виявляється також в тому, що мутації в одному гені можуть давати клінічно різні фенотипи. Розуміння природи різних проявів генетичної гетерогенності може бути досягнуте лише тоді, коли наші уявлення про механізми молекулярно-біологічної, біохімічної та фізіологічної дії і взаємодії білків, синтез яких контролюється окремими генами, будуть значно повнішими, ніж в даний час.

Вивчення генетичної природи захворювань в оториноларингології є одним із ключових моментів пошуку найбільш ефективних шляхів лікування ЛОР-патології, адже дія на першопричину хвороби надасть більший ефект, ніж боротьба з її наслідками.

ОЦІНКА ОПЕРАТИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ НЕСТАБІЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОЧОК ГОМІЛКИ

Ніколаєнко А.С., студ. 5-го курсу

Науковий керівник - к.м.н., доц. В.Д. Шищук

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

Переломи кісточок, являються найбільш частими пошкодженнями гомілки, становлять близько 20% порушень опорно-рухового апарата. Необхідно відмітити, що близько 77,5 % всіх пошкоджень кісточок – це ізольовані, стабільні переломи зовнішньої кісточки, консервативне лікування яких приносить непогані результати. 22,5% – становлять нестабільні двох-трьохкісточкові переломи, які при зміщенні відломків можуть супроводжуватися підвивихами та вивихами блока таранної кістки. Головним принципом лікування нестабільних переломів кісточок зі зміщенням являються, анатомічна репозиція елементів гомілково-надп'яtkового суглоба та фіксація його до повної консолідації перелому, відновлює біомеханічну стабільність суглоба. В деяких випадках двох-трьохкісточкові переломи гомілки лікуються консервативним способом. Це відноситься до закритих переломів без зміщення відломків, коли одномоментно закритим способом досягнуте анатомічне вправлення без вторинного зміщення відломків яке потребує повторної маніпуляції. Однак, дуже часто, при пошкодженні кісточок з підвивихами та вивихами блока таранної кістки не вдається точно репонувати переломи закритим способом.

Були проаналізовані результати лікування 45 пацієнтів з переломами кісточок гомілки, що лікувалися в ортопедо-травматологічному відділенні КУ СМКЛ №1. Під час аналізу використовувалися амбулаторні карти, історії хвороби, рентгенограми виконані на етапах лікування.

При аналізі клінічного матеріалу встановлено, що консервативне лікування нестабільних переломів кісточок гомілки з розривом синдесмозу має ряд недоліків: важко здійснити анатомічну репозицію та утримати уламки у правильному положенні до повної консолідації, необхідна довготривала іммобілізація (10-12 тижнів), існує ризик неправильного зрощення.

Вторинне зміщення відломків в гіпсовій пов'язці становить 25%. У даних ситуаціях виникає необхідність в хірургічному відновленні елементів травмованого суглоба.

Основними оперативними методами при лікуванні нестабільних переломів кісточок гомілки являється: металоостеосинтез гвинтом по В.Д.Чакліну, фіксація методом Шумана, фіксація шурупом методом Сміта. Досить широко застосовуються шпичі та металеві пластини.

Перевагами оперативного втручання є інтраопераційна оцінка стабільності міжгомілкового зчленування, здійснення точної репозиції та утримання уламків. Час відновлення працездатності становить 4-4,5 міс. що в середньому на 1,5 міс менше ніж при консервативному лікуванні.

У результаті проведених досліджень нами встановлено, що оперативне втручання можна вважати основним методом лікування при нестабільних переломах кісточок гомілки.

МЕТОДИ РЕТРАКЦІЇ В СИСТЕМІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗ

Мартинюк А.В., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – к.м.н., доц. В.Д. Шищук, к.м.н., доц. Б.І. Щербак

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

Остеохондроз хребта вражає найбільш працездатну частину населення і займає третє місце у загальній структурі працевтрат населення України. Питома вага клінічних, неврологічних проявів остеохондрозу серед захворювань, що впливають на периферичну нервову систему, становить 67-95%. Щорічно близько 0,3% пацієнтам з цією патологією виконується оперативне втручання, але й після операції 8-25% з них стають інвалідами. У комплексному лікуванні та профілактиці ускладнень остеохондрозу хребта провідне місце відводиться методом та засобам фізичної реабілітації, що широко використовуються на всіх етапах лікування даної патології.

Метою дослідження було теоретично довести і експериментально перевірити комплексну програму фізичної реабілітації для покращення стану хворих та їх трудової діяльності. Виходячи з мети дослідження, стояли наступні задачі: на основі аналізу літературних джерел з'ясувати вплив засобів фізичної реабілітації на стан хворого,

узагальнити та систематизувати наукові дані; розробити методику та перевірити ефективність впливу ретракційних методів в системі фізичної реабілітації хворих в умовах стаціонару.

Для дослідження нами було взято 15 історій хвороб з архіву і такими діагнозами: шийний остеохондроз з болівим синдромом (3), остеохондроз грудного відділу хребта (3), остеохондроз поперекового відділу хребта з радикулярним синдромом (4), остеохондроз попереково-крижового відділу хребта (2), остеохондроз куприка (1), розповсюджений остеохондроз (2). Також за 15 хворими, котрі входили до другої групи, було встановлено спостереження на протязі лікування, і застосовані додатково нові методи ретракції в системі фізичної реабілітації. Друга досліджувана група хворих показала кращі результати в порівнянні з даними архівних історій, відновлення функцій уражених відділів, зниження болю та нормалізації м'язового тону наставало набагато швидше. Середній термін госпіталізації складав 12 ліжко-днів в досліджуваній групі та 19 ліжко-днів в архівних історіях.

Лікування та реабілітація при остеохондрозі завжди носить комплексний характер: використовується медикаментозна терапія (зменшення болю та м'язової напруги), фізіотерапія, теплові ванни, різні види масажу, ЛФК. Проведене дослідження дає підставу стверджувати, що запропонована нами та вже впроваджена в деяких лікувальних закладах, методика по використанні ретракційних методів лікування повинні широко застосовуватись для реабілітації хворих на остеохондроз хребта.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Шицук В.Д., Сухостаєв В.А.

СумГУ, кафедра ортопедии, травматологии и неотложных состояний

Гиподинамический фактор (увлечение современных детей компьютерами, значительные ортостатические нагрузки в школе) и психоэмоциональное напряжение усугубляют имеющиеся морфофункциональные отклонения со стороны позвоночника которые с годами прогрессируют. Из-за неправильной осанки снижается вентиляция лёгких, нарушается деятельность сердечно-сосудистой системы, что ведёт к метаболическим нарушениям. Вот почему дети с искривлением позвоночника хуже учатся, быстрее устают, страдают от головных болей, раздражительны.

В течении 2009 года в Сумской детской городской поликлинике №1 нами был осмотрен 381 ребенок в возрасте 5-16 лет. У 42 (11,02 %) было выявлено нарушение осанки, у 24 был установлен диагноз сколиоз, что составляет 6,29 %, Было обработано 24 амбулаторных карты больных сколиотической болезнью и нарушениями осанки, из них 13 детей (1 группа) регулярно занимались лечебной физкультурой на протяжении более одного года, 11 подростков (2 группа) занятиями пренебрегали. В итоге, у 8 детей 1 группы состояние осанки улучшилось или уменьшилась степень сколиоза, у 5 – степень искривления осталась той же, во 2 группе у 7 человек сколиотическая осанка переросла в начальные степени сколиоза или степень сколиоза усугубилась, у 4 детей этой группы состояние не прогрессировало.

Таким образом, лечение детей с искривлениями позвоночника представляют большие трудности и рассчитывать на значительное исправление деформации можно лишь при сколиозах 1 степени, вот почему основной упор нужно делать на профилактику этого заболевания.

Профилактические мероприятия нужно проводить с раннего возраста (не следует сажать грудного ребенка раньше времени, не водить за одну и ту же руку, обеспечить ему сон на ортопедическом матрасе, круглогодично проводить ежедневные прогулки на свежем воздухе, подбирать мебель соответствующую росту ребенка).

Для развития правильной осанки и профилактики сколиоза, как впрочем, и других искривлений позвоночника необходимо нормальное развитие мышечного аппарата, что достигается путем выполнения физических упражнений умеренной интенсивности (лечебная физкультура, физический труд). Поэтому немаловажно для профилактики сколиоза ведение активного образа жизни с малых лет. Детям для полноценного развития необходимо находиться в состоянии движения от 4 до 6 часов в день. Проведение утренней гимнастики, занятия ходьбой, бегом, плаванием, проведение активного отдыха – необходимый каждому человеку двигательный минимум в рамках профилактики сколиоза и профилактики многих других заболеваний.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Артеменко О.В., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – к.м.н., доц. В.В. Сікора

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

Мета роботи. Консервативне і хірургічне лікування аденоми передміхурової залози, статистичні порівняння та ускладнення.

Матеріал та методи. Хворі з даною патологією в структурі пролікованих хворих у відділенні СОКЛ №1 знаходиться на III місці і склали 7,6% (425чол.). Середній термін лікування знаходиться на рівні 12,7, що нижче показника по Україні-14,3.

В зв'язку з появою нових сучасних препаратів (блокатори 5 L редуктази, адреноблокатори, фітопрепарати) хірургічне лікування аденоми, яке було раніше основним, зараз використовується рідше. Із медикаментозних препаратів, якими користувалися при лікуванні даної категорії хворих використовували омник, кардуру, прокид та інші.

До 2006 року в хірургічній практиці для лікування хворих з аденомою і склерозом передміхурової залози виконували типову аденомектомію, або резекцію простати. В залежності від стану хворого доводилось іноді розділяти аденомектомію на два етапи і виконували цистостомію.

З 2006 року була освоєна транс уретральна резекція простати.

Результати долідження та їх обговорення

За 2007 р. всього проліковано 187 чоловік, 2008 р. – 174, 2009 р. – 187. По видам операцій: одномоментно: 2007 р. – 59 чол., 2008 р. – 66 чол., 2009 р. – 61 чол. II етап аденомектомії: 2007 р. – 7 чол., 2008 р. – 6чол., 2009 р.– 3 чол, цистостомія: 2007 р. – 33 чол., 2008 р. – 22 чол., 2009 р. – 36 чол. ТУР: 2007 р. – 11 чол., 2008 р. – 36 чол., 2009 р. – 31 чол.

Оцінюючи вище приведені дані необхідно відмітити, що відсоток оперативних втручань у відділенні з аденомою простати склав ~ 61%, інші лікування консервативне. Позитивно те, що більше 50% хворих оперується одномоментно.

Трансуретральна резекція простати технічно складна операція, яка потребує постійного контролю за тканинами, які прилягають до передміхурової залози, а також напруги в петлі резектоскопа. Всі ускладнення можна розділити на ті, які виникають під час операції і ті, що виникають у післяопераційному періоді.

Ускладнення: перфорація сечового міхура, кровотеча з венозних сплетінь, тампонада сечового міхура в післяопераційному періоді, орхоепідіміт.

Підводячи підсумок лікування хворих методом транс уретральної резекції необхідно відмітити, що ця операція дає хороші результати і безумовно є стандартом при лікуванні хворих з аденомою і склерозом простатою.

Висновок: отже, аденома простати – це найпоширеніше урологічне захворювання чоловіків старше 50 років. Хвороба найчастіше проявляється у вигляді захворювання сечовивідних шляхів, як уремія.

Хворі з даною патологією в структурі пролікованих хворих у відділенні СОКЛ №1 знаходиться на III місці і склали 7,6% (425чол.).

МІСЦЕ ПОШКОДЖЕНЬ БАРТОНА В СТРУКТУРІ ПЕРЕЛОМІВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗА ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ

Шевченко В.В.

Науковий керівник – к.м.н., доц. В.Д. Щищук

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

В структурі вуличного та побутового травматизму важливе місце належить переломам дистального метаепіфізу променевої кістки. Поширеність даної патології та пов'язаних з нею ускладнень, спонукала нас звернути увагу на особливості переломів, які спрощено об'єднані під назвою «переломи променевої кістки в типовому місці». Зокрема ми вирішили детально проаналізувати частоту виявлення перелому Бартона, як патології, що зустрічається рідко, але має суттєвий вплив на функцію променевоzap'ястного суглобу.

Переломи дистального метаепіфізу променевої кістки складають близько 20% всіх переломів трубчатих кісток та близько 90% всіх переломів кісток передпліччя. Незважаючи на достатнє висвітлення аспектів діагностики та лікування даної патології в працях Каплана, Уотсон-Джонса, та накопиченого практичного досвіду, недоліки в лікуванні перелому променевої кістки в типовому місці є частими. Зокрема внутрішньосуглобовий перелом тильного краю дистального кінця променевої кістки, що виникає при форсованому тильному згинанні кисті (перелом Бартона) є частою причиною розвитку посттравматичних остеоартрозів у променевоzap'ястному суглобі. Причинами цього виступають як діагностичні помилки, що обумовлюють неадекватну репозицію та фіксацію, так і вторинне зміщення кісткових відломків що настає у 37,8% випадків консервативного ведення перелому.

Мета дослідження – оцінити частоту виявлення перелому Бартона в умовах травм пункту КУ СМКЛ №1 та рівень ускладнень пов'язаних з даною патологією.

У ході дослідження була проаналізована інформація про 1015 випадків переломів кісток передпліччя (2009 рік) з яких 8 випадків переломів Бартона (0,79%).

Проаналізувавши дані дослідження, нами було зроблено висновок, що у 3 (37,5%) випадках з 8 діагностованих переломів Бартона мали місце ускладнення (набряковий та больовий синдром, посттравматичний остеоартроз)

Таким чином своєчасне виявлення, адекватна фіксація та диференційний підхід при лікуванні переломів Бартона сприяє зменшенню кількості ускладнень та покращенню якості життя пацієнтів.

АНАЛІЗ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ КРОВІ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПРОСТАТИ

Горбенко Н.І., студ. 4-го курсу

Науковий керівник - к.м.н., доц. В.В. Сікора

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

Вступ. На сьогоднішній день одним із найбільш оптимальних шляхів оперативного лікування хворих на доброякісну гіперплазію простати (ДГП) є її трансуретральна резекція (ТУР). Особливість даного контингенту ацієнтів є вікове зниження функціонально-адаптивних можливостей організму підтримувати гомеостаз. Під час інтраопераційного перебігу ТУР простатипацієнти зазнають значного операційного стресу, важкість перебігу якого обумовлено реабсорбцією іригаційної рідини,крововтратою, супутньою соматичною патологією. Дисбаланс складових гомеостатичного статусу пацієнта під час ТУР простати може призводити до розвитку не тільки інтраопераційних,але й відстрочених ускладнень- виникнення ранніх та пізніх кровотеч.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати обстеження 10 пацієнтів, хворих на ДГП, яким проведено оперативне лікування -ТУР простати. Контрольну групу склали 10 чоловіків ідентичного віку. Проводилось дослідження динаміки показників фібринолітичної активності крові. Дані показники визначались у до-, інтра та післяопераційному періоді на 3 -ю і 7-у добу .Фібринолітичну активність крові визначали на основі реакції з азофібрином.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведені дослідження показали, що у доопераційному періоді фібринолітична активність крові в досліджуваній групі вірогідно не відрізнялась від контролю. Під час оперативного втручання встановлено вірогідне ($p < 0,02$) зниження активності всіх ланок фібринолітичної системи крові, що обумовлене операційним стресом. На 3-ю добу післяопераційного періоду встановлено ($p < 0,05$) низькі показники СФА та ФФА при зіставленні з контролем. На 7-у добу післяопераційного періоду показники СФА та НФА в досліджуваній групі вірогідно не відрізняються від контролю. При аналізі та зіставленні до-, інтра- та післяопераційних показників усіх ланок фібринолітичної активності крові встановлено, що під час оперативного втручання відбувається значне пригнічення СФА, НФА та ФФА з подальшим повільним відновленням активності цих ланок.

Висновок. Операційний стрес під час ТУР простати супроводжується зменшенням активності всіх ланок фібринолітичної системи крові. У післяопераційному періоді ТУР простати відбувається поступове відновлення фібринолітичної активності крові з надмірним збільшенням її ферментативної ланки на 7-у добу після оперативного втручання.

ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЯ ЯК ФАКТОР РЕАБІЛІТАЦІЇ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНИХ ХВОРОХ

Волохова Н.С., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – М.О. Чумак

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

На сучасному етапі факоемюльсифікація є найменш травматичним і високоефективним методом лікування катаракти любой зрілості і щільності ядра кришталика. Після проведеної операції, при оцінці зорових функцій у пацієнтів велике значення надають не тільки гостроті зору, але й таким тонким параметрам, як сферична аберация і контрастна чутливість.

Ціль роботи – аналіз проведеної факоемюльсифікації катаракти (ФЕК) як фактора реабілітації офтальмологічних хворих.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням у 2009 році знаходилось 547 хворих (547 очей), у віці від 45 до 88 років з катарактами різного ступеня щільності без супутньої патології очей. Всім пацієнтам була проведена ФЕК через 2,5 мм рогівковий тунельний розріз на факоемюльсифікаторі Legacy по стандартній методиці з допомогою техніки пречоп і факоаспірації з використанням віскоеластиків целофтал, віскот і провіск з внутрішньокапсулярною імплантацією інтраокулярних лінз (ІОЛ) AcrySof IQ Natural. Анестезіологічна підготовка хворих проводилась по стандартній методиці з використанням ретробульбарної анестезії. Операція проводилась в пульсовому режимі з наступними установками: потужність ультразвуку – від 60 до 100%, вакуум – від 400 до 500 мм рт. ст., частота пульсів – 8-12, швидкість аспіраційного потоку – 30-45 см³/хв. Під час операції, в ранньому і пізньому післяопераційному періоді ускладнень не було. Для аналізу зорових функцій проводилась візометрія, авторефрактометрія, офтальмометрія, біомікроскопія, оцінювалась суб'єктивна характеристика якості зору відповідно опитування хворих. Дослідження проводилось на наступний день після операції, через 10 днів, 1, 6 місяців.

Результати і їх обговорення. Біомікроскопічно через добу після операції: очне яблуко спокійне, рогівка прозора, зрачок круглий в центрі, реагує на світло, ІОЛ прозора, позиція правильна. На очному дні видимої патології не виявлено.

Гострота зору (ГЗ) до операції в середньому складала $0,06 \pm 0,02$. Через добу після операції ГЗ з корекцією складала $0,77 \pm 0,15$; через 10 днів $0,79 \pm 0,11$; через 1 місяць $0,80 \pm 0,21$ і через 6 місяців $0,86 \pm 0,12$. Дослідження за допомогою периметрії, а також дослідження кольорових порогів патології не виявили. У подальших дослідженнях було виявлено, що імплантація ІОЛ, крім рефракційної функції, також дозволяє розмежувати передню і задню камеру ока і стабілізувати скловидне тіло, що є актуальним при виборі метода оперативного втручання на міопійному оці.

Висновки

1. Обстеження пацієнтів в різні терміни після неускладненої ФЕК показало, що найбільш оптимальні результати якості і високої гостроти зору досягають через 6 місяців після оперативного втручання.

2. До кінця 6 місяця практично у всіх хворих відмічалось відновлення зору поблизу, вдаль і навіть проміжного зору.

3. Завдяки широкому вибору інтраокулярних лінз пацієнт має можливість не тільки відновити якість зору і здатність бачити предмети на відстані, але й позбавитись від оптичної корекції для читання.

4. При міопії сила ІОЛ при розрахунку виходить на «нуль», можна використовувати імплантацію оптично нейтральних лінз для розмежування передньої і задньої камери ока і стабілізації скловидного тіла.

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТА ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З НЕСТРУКТУРНИМИ СКОЛІОЗАМИ, ЩО ВИНΙΚАЮТЬ У НАСЛІДОК РІЗНИЦІ ДОВЖИНИ КІНЦІВОК

Бабіч В.А., Мартинюк А.В., студ. 6-го курсу*

Науковий керівник - к.м.н, доц. В.Д. Шишук

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

**СОКДЛ*

Проблема різниці довжини кінцівок є особливо важливою для корекції біомеханічних порушень з боку опорно-рухового апарату людини. Тому що тіло, як і архітектурна споруда спирається на свій фундамент – на ноги. І від якості цього «фундаменту» залежить, як довго простоїть наше тіло без руйнування та падінь. За даними Американської асоціації охорони здоров'я у групи дітей, кількістю 1600 чоловік та віком від 5 до 17 років було

виявлено вкорочення кінцівки на 1,8-3,5 мм, що клінічно себе не проявляло. Але в ході спостереження за такими дітьми з'ясувалось, що порушення з боку опорно рухового апарату у них трапляються частіше. Різниця в довжині кінцівок може бути спровокована різноманітними факторами, тому їх можна розділити: вроджені (дисплазія кульшового суглобу, вивих стегна, ДЦП); набуті (а – посттравматичні; б – дегенеративно-дистрофічні (хвороба Пертеса); в – запальні (туберкульоз, інфекційний коксит); г – онкологічні (пухлина Вілмса, мегалобластома, гемангіома); д – ювенільні).

Наша робота побудована на виявленні у таких пацієнтів неструктурного сколіозу, як компенсаторної реакції на вкорочення нижньої кінцівки та розробку алгоритму обстеження і діагностики цієї патології. Діагностика базувалась на даних анамнезу (спадковість, дія зовнішніх чинників, вік захворювання), скаргах (порушення постави, асиметрію надпліч, асиметрію талії, слабкість в нижніх кінцівках, біль у хребті, кульгання), об'єктивного обстеження (визначення рівня положення передньо-верхніх остей, довжина кінцівок у вертикальному та горизонтальному положенні, асиметрії трикутників талії, викривлення лінії остистих відростків, неврологічного статусу), рентгенографії хребта та тазових кісток (в положенні лежачи та стоячи з подальшим вимірюванням кута по Кобу, визначення ознаки Ріссера), комп'ютерної томографії (виявлення пухлинного процесу), ультразвукового дослідження кульшових суглобів (ознаки дегенеративного процесу), платізометрії.

Для дослідження були відібрані 30 пацієнтів ортопедо-травматологічного відділення СОКДЛ. За результатами обстежень у 17 пацієнтів (57%) було виявлено вкорочення кінцівки на 0,5-1,3 см та С-подібний компенсаторний сколіоз I-II ступеня за Кобом, у 13 пацієнтів (43%) вкорочення кінцівки складало більше 1,3 см та S-подібний компенсаторний сколіоз III-IV. На основі проведеного дослідження ми встановили прямий зв'язок між вкороченням кінцівки та величиною сколіотичної деформації, тобто для пацієнтів з вкороченням до 1,3 см характерний С-подібний сколіоз, а для пацієнтів із вкороченням більше 1,3 см S-подібний сколіоз.

Підсумовуючи все, можна з впевненістю сказати, що проблема дитячого неструктурного сколіозу є надзвичайно актуальною в діагностиці та подальшому лікуванні. Тому що, раннє виявлення може запобігти подальшому прогресуванню, і в зрілому віці не допустити розвиток таких захворювань як остеохондроз хребта, гриж міжхребцевих дисків, деформуючого остеоартрозу.

ОЦІНКА СТАНУ ДІТЕЙ З ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ І РАНЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПАХ

*Шкатула Ю.В., Яковенко О.Л.**

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

**КУ СМКЛ №1*

Перелом стегнової кістки є одним з найпоширеніших ушкоджень опорно-рухового апарату при множинній та поєднаній травмі у дітей. Зменшення загального об'єму циркулюючої крові, сильний біль та інші види аферентної імпульсації з місця травми, пошкодження м'яких тканин у зоні перелому рухомими кістковими уламками з утворенням біологічно активних речовин у поєднанні з травматизацією життєво важливих органів при полісистемних пошкодженнях призводять до розвитку синдрому взаємного обтяження, циркуляторно-метаболічних розладів та поліорганної недостатності. Адекватна оцінка вірогідності розвитку травматичного шоку при переломах стегнової кістки у дітей з полісистемними пошкодженнями і відповідно надання повноцінної невідкладної кваліфікованої допомоги на сьогодні залишаються украй актуальними.

Проаналізована супровідна документація служби швидкої медичної допомоги, амбулаторні карти розвитку та історії хвороби дітей, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у Сумській обласній дитячій клінічній лікарні з приводу переломів стегнової кістки у 2007-2008 роках. З метою індексної оцінки стану гемодинаміки у постраждалих з переломами стегнової кістки і визначення вірогідності розвитку травматичної хвороби ми використали індекс Альговера (відношення частоти пульсу до рівня систолічного артеріального тиску). Для об'єктивізації тяжкості стану травмованих використали Шкалу Травм TS (Trauma score), шкалу Глазго (Glasgow Coma Scale).

У результаті проведеного дослідження встановлено, що перелом стегнової кістки у дітей найчастіше виникає унаслідок побутових травм (у 64,7%), та дорожньо-транспортних пригод (у 23,5%) і як компонент полісистемних пошкоджень суттєво впливає на тяжкість стану постраждалого і є важливим чинником виникнення травматичного шоку.

Найбільш значні та достовірні зміни гемодинаміки відбулися в групі дітей у яких перелом стегнової кістки відбувся у поєднанні з супутньою черепно-мозковою травмою ($1,2 \pm 0,12$). У цій же групі відмічено найбільш значне погіршення загального стану ($9,66 \pm 0,26$). Треба зважати, що гіпотензія у потерпілих з травматичними пошкодженнями може бути зумовлена не тільки крововтратою, а й розвиватися у результаті ушкоджень шийного та грудного відділів хребта та при черепно-мозковій травмі.

Розроблена та впроваджена уніфікована схема прийняття клініко-організаційних рішень при лікуванні дітей з переломом стегнової кістки на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах оптимізує процес надання допомоги на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ РОСТУ ТА ФОРМОУТВОРЕННЯ КІСТОК СКЕЛЕТА В УМОВАХ ТЕХНОГЕННИХ МІКРОЕЛЕМЕНТОЗІВ

Романюк К.А.

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

Урбанізація суспільства, безконтрольний викид у навколишнє середовище відходів промисловості, аварії на підприємствах за останні десятиріччя зумовлюють постійний несприятливий вплив на організм та кісткову систему. В Сумській області за офіційними даними в деяких районах спостерігається підвищення вмісту у воді, ґрунтах солей цинку, міді, свинцю, хрому, марганцю.

У роботі вивчені морфологічні зміни та порушення мікроелементного складу кісток скелета в умовах впливу на організм техногенних мікроелементозів. Дослідження виконані на 216 безпородних білих щурах – самцях статевонезрілого, репродуктивного та старечого віку, які перебували в стаціонарних умовах віварію медичного інституту СумДУ. На початок експерименту вік тварин становив відповідно 3, 7 та 18 місяців з початковою масою 90-100г, 170-180г, 240-250г. Зміни у кістках вивчали за допомогою остеометрії, світлової мікроскопії з методами морфометрії, хіміко-аналітичного аналізу та математичної обробки одержаних даних.

Виявлено порушення росту, будови, гістологічної перебудови та хімічного складу кісток в умовах впливу на організм солей важких металів, яке проявляється зменшенням лінійних розмірів кісток, порушенням будови та морфометричних показників наросткового хряща, компактною і губчастою речовини трубчастих, губчастих і плоских кісток тварин. Зменшення вмісту мінеральних речовин кісток та рівня кальцію супроводжується накопиченням металів, що надходили в організм. Найбільше ці зміни виявлені у тварин статевонезрілого віку.

ЗАСТОСУВАННЯ НООТРОПНИХ ЗАСОБІВ У ЛІКУВАННІ СТІЙКИХ СПАЗМІВ АКОМОДАЦІЇ У ДІТЕЙ

Шкатула П.Ю., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – асист. С.Е. Лекішвілі

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

Спазм акомодатії – патологічний стан, який є частою причиною зорової втоми та зниження гостроти зору у дітей, що є наслідком надлишкового зорового та психо-емоційного перевантаження.

Спазм акомодатії може бути як самостійне захворювання, так і ускладнювати течію міопії, супроводжувати некориговані, або недостатньо кориговані гіперметропію, астигматизм. Лікування спазмів акомодатії довготривале, результати лікування нестійкі.

Мета. Вивчити доцільність застосування ноотропних засобів у комплексному лікуванні спазмів акомодатії.

Під нашим наглядом знаходилося 70 дітей, що проходили лікування спазму акомодатії на базі очного відділення СОДКЛ (38 дітей) та центру зору м. Суми (32 дитини) віком від 10 до 17 років. З них дівчат – 42, хлопчиків – 38.

У 49 дітей було встановлено міопію слабкого та середнього ступеню, у 11 дітей спазм акомодатії розвинувся на фоні гіперметропії, у 10 дітей – на фоні астигматизму. Усім дітям був проведений стандартний обсяг обстежень до та після лікування, що включав: візіометрію з корекцією та без корекції, рефрактометрію в умовах циклоплегії, визначення резервів та об'єму акомодатії, біомікроскопію, офтальмометрію, периметрію, визначення внутрішнього очного тиску. При огляді очного дна у 48 дітей (68,6%) були виявлені зміни судин сітківки – ангіопатія з переважанням ангіоспазмів. Частина дітей (38 чоловік) вже звертались або наглядаються невропатологом у зв'язку з вегето-судинними розладами та вазомоторними цефалгіями. Діти, що проходили курс лікування, були розділені на 2 групи (по 35 дітей). До першої групи входили пацієнти, що отримували загально прийнятий курс лікування (тренування резервів акомодатії по Дашевському, фізіологічно-оптичний масаж ціліарного м'язу, інстиляції тропікаміду чи мезатону на ніч, фізіотерапевтичні процедури, комплекс вітамінних препаратів). До другої групи входили пацієнти, що отримували такий же об'єм лікування з доданням ноотропного засобу пікамілон.

Результати

Після проведеного курсу лікування у всіх дітей був отриманий позитивний результат. Було відмічено підвищення гостроти зору як з корекцією, так і без корекції, з підвищенням резервів акомодатії та об'єму акомодатії. Але в першій групі резерви акомодатії зросли на 1-3 дптр, об'єм на 3 дптр, гострота зору підвищилась на 0,15-0,2, у другій групі, відповідно, резерви акомодатії зросли на 2-5 дптр, об'єм до 5 дптр, гострота зору підвищилась на 0,2-0,4.

При оцінюванні віддалених результатів лікування (через 3-6 місяців), більш стабільні результати лікування отримані в другій групі, де досягнуті зорові функції збереглися у 29 дітей (81,7%).

Висновки

Застосування ноотропних засобів при лікуванні спазмів акомодатії дозволяє покращити результати лікування та досягти більш позитивних результатів.

Дітям зі стійкими спазмами акомодатії доцільно призначати огляд лікаря-невропатолога.

Використання ноотропних засобів при лікуванні спазмів акомодатії потребує подальшого вивчення, патогенетичного обґрунтування та вибору найбільш доцільної групи ноотропних препаратів.

Стійкі спазми акомодатії є одним з проявів розладу вегетативної нервової системи, та часто супроводжуються патологічними реакціями.

ФІЗІОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Вецько О.Б., 4-го курсу

Науковий керівник – к.м.н., доц. В.В. Сікора

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

Вступ. Під час вагітності організм жінки оптимально насичений гормонами. Вплив гормональної активності плаценти особливо чітко відображається на змінах зі сторони матки. Також вагітність супроводжується функціональними змінами сечової системи. Ці зміни фізіологічні і після пологів сечова система приходить до норми. Але про це потрібно пам'ятати, тому що у вагітних процент захворювання піелонефритом складає 6 -12% від загального числа захворювань.

Мета. У ході наукової роботи зробити висновок про зміни в сечовій системі під час вагітності.

Результати досліджень. Зміни виникають за рахунок підвищення фільтрації і зменшення реабсорбції води і натрію, з'являється поліурія. Діурез повертається до норми в термін з 13 до 28 тиждів, потім настає олігурія.

З підвищенням кількості гормонів, особливо фолікулярного, розширюються ниркова миска і сечоводи. Гормони знижують амплітуду і частоту скорочень сечоводів (через кожні 5-15 с , а в нормі 3-5 с), а також послаблюють м'язовий тонус.

Кавернозоподібні судинні утворення, що розміщуються в інтрамуральному відділі сечоводів, під час вагітності набухають, що викликає здавлення сечоводів і порушує їх тонус. Слизова оболонка набрякла, м'язовий шар – гіпертрофований.

Заслугує цікавості ще одна обставина, на яку указує А.П. Фрумкін: сечоводи під час вагітності "ростуть". Таким чином вони стають широкі і довгі.

Тиск матки, що вийшла за межі малого тазу на сечову систему з 4 – 8 місяці вагітності.

Верхні сечові шляхи зліва захищені від тиску збільшеної матки сигмоподібною ободовою кишкою.

Об'єм сечового міхура з 4 місяця збільшується і досягає максимуму до 8 місяця вагітності (500-800 мл), тонус його знижений.

Тиск матки на сечовий міхур наближає його до лобкового симфізу.

В результаті венозного застою виникає набряк слизової оболонки сечовипускного каналу, який поширюється на сечовий міхур.

Уродинамічні зміни більш виражені у першонароджуючих внаслідок високого тонусу передньої черевної стінки. В розширеній чашечко - мисковій системі замість 3-5 мл сечі накопичується до 150 мл "залишкової сечі".

Висновок. Вищепераховані зміни при нормальному перебігу вагітності носять функціональний характер. Але коли виникають проблеми в перебігу вагітності, у вагітних часто виникають гестаційні піелонефрити, цистити, які потрібно лікувати.

МЕХАНОГЕНЕЗ ПРОНАЦІЙНОГО ПІДВИВИХУ ГОЛІВКИ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ

Дем'янова А.А., студ. 5-го курсу

Науковий керівник - к.м.н., доц. Ю.В. Шкатула

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

Пронаційний підвивих голівки променевої кістки – одне з найбільш поширених пошкоджень опорно-рухового апарату у дітей молодшого віку. У 2009 році в травматологічному пункті Сумської обласної дитячої клінічної лікарні зареєстровано 252 випадків пронаційного підвивиху. Хоча діагностично-лікувальна тактика цього пошкодження загальновідома і не викликає суперечок, але у питаннях механогенезу та необхідності рентгенологічного обстеження існують розбіжності.

Матеріал дослідження – 63 дитини з пронаційними підвивихами променевої кістки, що зверталися на травматологічний пункт СОДКЛ протягом трьох місяців (з листопада 2009 року по лютий 2010 року). Середній вік пацієнтів – 2,3 років. Розподіл за статеву ознакою: хлопчиків – 44,4% (28), дівчаток 55,6% (35). Пацієнтів з травмами лівої руки було 43 (68%), правої – 20 % (32%).

За механізмом одержання травми ми розділили: травми унаслідок вдягання чи роздягання дитини – 17 (26,9%), під час падіння з одночасним утримуванням за кисть – 15 (23,8 %), під час піднімання дитини за руку – 13 (20,6 %), під час виконання фізичних вправ – 2 (3,2%), при нез'ясованих обставинах – 16 (25,4%).

Помічена також певна сезонність: найбільша кількість звертань відбулася в осінньо-зимовий період.

По строкам звертання пацієнтів розподілили наступним чином: через 1-3 години 52 (82%), через 3-6 годин 9 (14 %), більше 1 доби 2 (4%).

У результаті проведених досліджень та огляду спеціальної літератури механогенез пронаційного підвивиху голівки променевої кістки можна сформулювати наступним чином. Виникненню травматичних вивихів передпліччя у дітей молодшого віку сприяє ряд анатомо-фізіологічних особливостей ліктьового суглоба – недостатня прикритість суглоба м'язами, тонка і маломіцна капсула, не підкріплена спереду і ззаду міцними зв'язками. У суглобі відсутні бокові рухи унаслідок точної конгруентності суглобових поверхонь і наявності бокових зв'язок, а у той же час функціональні вимоги до верхньої кінцівки загалом і до ліктьового суглоба, конкретно, досить великі. У механогенезі пронаційних підвивихів голівки променевої кістки у дітей суттєву роль грає недорозвинута шийка променевої кістки, відносна слабкість кільцеподібної зв'язки, більш широка суглобова капсула між плечовою кісткою і голівкою променевої кістки, а також наявність у цій області дублікатури синовіальної оболонки, яка при збільшенні відстані між голівчастим підвищенням плечової кістки і голівкою променевої кістки у поєднанні з пронацією та наступним

зменшенням тракції затискається між суглобовими кінцями кісток. Кінцівка займає вимушене положення пронації та згинання.

Вправлення проводять без анестезії. Після осьової тракції передпліччя переводять у положення супінації і згинають до гострого кута. Характерне клацання свідчить про вправлення підвивиха. Дитина заспокоюється, поновлюються рухи в ліктьовому суглобі.

Висновок:

Пронаційний підвивих голівки променевої кістки – одне з найбільш поширених пошкоджень опорно-рухового апарату у дітей молодшого віку. Середній вік пацієнтів – 2,3 років.

При умові ретельного збирання анамнезу (виключення факту падіння) та обстеження (вік, пронаційно-приведена установка кінцівки) рентгенологічне обстеження дітям молодшої групи не обов'язкове.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ УРАЖЕННЯХ М'ЯКИХ ТКАНИН І СУГЛОБІВ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

*Щербак І. Б., Моїсеєнко В. В., студ. 4-го курсу
Наукові керівники - к.м.н., доц. В. Д., Шишук, к.м.н., доц. Б. І. Щербак
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів*

Значна кількість незадовільних результатів лікування хворих із травмами і захворюваннями верхньої кінцівки спонукає до наукового пошуку нових способів і підходів у реабілітації цієї категорії пацієнтів. У той самий час велика різноманітність наслідків травм і захворювань вимагає диференційованого підходу у виборі тактики реабілітаційного лікування.

В групі досліджуваних, яку склали 12 хворих у віці від 15 до 35 років з різними формами уражень м'яких тканин та суглобів верхньої кінцівки різного ступеню тяжкості, застосовували комплекс методів фізичної реабілітації (лікувальну фізичну культуру, масаж, елементи акупунктури, постізометричної релаксації, фізіотерапію, прийоми психокорекції, аутотренінг, тощо).

Оцінку найближчих та віддалених результатів реабілітаційного лікування проводили у строки від 1 до 8 місяців після лікування за трьохбальною системою: хороші, задовільні і незадовільні. Відновлення втрачених функцій від 70% і більше розцінювали як хороший результат, 50-69% - як задовільний і нижче за 50% - як незадовільний. При оцінці результатів враховували наступні показники: біль, обмеження рухів, сила та ефективність кистьового захвату. Позитивні результати були отримані у 100% досліджених, у тому числі добрі – у 9 (75%), задовільні – у 3 (25%). Незадовільні результати лікування не зареєстровані у жодного хворого.

У переважній частині хворих наприкінці курсу реабілітації спостерігалася позитивна динаміка відновлення об'єму активних рухів уражених суглобів. Достовірні зміни клініко-функціональних показників, у порівнянні зі станом до лікування, відмічені у всіх пацієнтів. Найвищий реабілітаційний потенціал спостерігався у хворих, які почали лікування у ранні строки після травми.

МАЛОІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ВНУТРІШНЬО СУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМІВ В ДІЛЯНЦІ КОЛІННОГО СУГЛОБА

*Бур'янов О. А., Кваша В. П., Соболевський Ю. Л., Скобенко Є. О.
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця*

Проблема лікування внутрішньосуглобових переломів великих суглобів, незважаючи на певні позитивні тенденції, до теперішнього часу зберігає свою актуальність по відношенню до анатомо-функціональних результатів. Не дивлячись на обґрунтовані принципи класичної травматології та ортопедії, які передбачають забезпечення анатомічної репозиції, ранню функцію і навантаження є загальноприйнятими, труднощі полягають в досягненні стабільної фіксації відламків з одночасним забезпеченням ранньої функції пошкодженого суглоба.

Пошкодження колінного суглоба за даними різних авторів складає від 50% до 70% серед пошкоджень опорно-рухового апарата, а частка переломів цієї ділянки складає до 3% від усіх переломів, 45% від переломів великих суглобів, 3-8% від переломів нижньої кінцівки і 6,8-7,8% від внутрішньосуглобових. У структурі розглянутих ушкоджень переважають переломи виростків великогомілкової кістки — 67,3%, на переломи надколінка доводиться 23,2%, на переломи виростків стегна — 9,5%. Відкриті переломи становлять 9,7%. Серед постраждалих чоловіків у півтора рази більше, ніж жінок (відповідно 61,2% і 38,8%), переважають особи працездатного віку. Потерпілі від 18 до 60 років становлять 73,1%. Відкриті переломи діагностуються в 7,7% хворих. Результати лікування внутрішньосуглобових переломів колінного суглоба далеко не завжди виявляються сприятливими - частка незадовільних результатів досягає 24,2%.

При вивченні результатів лікування звертає на себе увагу той факт, що якщо з відновленням анатомії суглоба та профілактики гнійних ускладнень досягнуто суттєвих успіхів, то функція кінцівки повністю відновилася тільки в 53,8% потерпілих. При цьому в 23,1% хворих мало місце обмеження згинання в колінному суглобі в межах від 100 до 61°, в 30,7% пацієнтів — від 60 до 46°. Атрофія м'язів стегна і гомілки травмованої кінцівки у віддаленому періоді виявлено в 21,2% хворих, посттравматичний артроз колінного або пателлярфemorального суглоба — в 26,9%. В 46,15% пацієнтів відзначався больовий синдром різного ступеня при ході. Місцеві судинні порушення у вигляді набряку кінцівки мали місце в 34,6% пацієнтів, з них в 13,5% незначний набряк колінного суглоба зберігався у стані спокою. Лише в зв'язку з вираженою посттравматичною контрактурою колінного суглоба інвалідами III групи стають 3,8% хворих.

Одним із сучасних шляхів покращення результатів лікування є використання малоінвазивних технологій. Осетосинтез переломів дистального епіметафізу стегнової кістки і проксимального епіметафізу великогомілкової

кістки типу В І-ІІ з використанням артроскопічної техніки проведено у 25 пацієнтів. Комплекс відновлювального лікування включав профілактичні заходи розвитку та профілактики прогресування деформуючого після травматичного артрозу колінного суглоба за розробленою програмою. В віддалені терміни (3,5-4 роки) в усіх пацієнтів результат лікування розцінений, як добрий.

ВПЛИВ ЯБЛУЧНОГО СОКУ НА КАРІЕСОГЕННІСТЬ ЗУБНОЇ БЛЯШКИ, ЛОКАЛІЗОВАНОЇ НА ТРЕТІХ МОЛЯРАХ

Падалка А.І.

Науковий керівник – д.м.н., проф. П.М. Скрипніков

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава, кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

В зимово-весінній період року вивчено вплив яблучного соку, виготовленого ex tempore із свіжих яблук, а також консервованого і купленого в магазині, на карієсогенну активність мікрофлори зубної бляшки (ЗБ) у 9 студентів, які мали треті моляри. ЗБ мала товщину більшу за 2 бали, визначену за методикою Сілнес-Лоу. Карієсогенність ЗБ визначалась за методикою, запропонованою Hardwick, Manley (1952). Здатність застосованих соків гальмувати ацидогенну активність мікрофлори ЗБ визначалась вимірюванням значення рН ЗБ після п'ятихвилинних аплікацій цих соків на нижні треті моляри із наступним полосканням рота протягом 1 хвилини 50% водним розчином сахарози. Карієсогенною вважалась ЗБ, в якій рН знижувалося після вуглеводного навантаження до 5,5.

Встановлено, що соком із свіжих яблук ацидогенна активність мікрофлори ЗБ, обумовленої вуглеводним навантаженням, гальмувалася, так як показник рН в ній не знижувався до 5,5. Консервованій яблучний сік не пригнічував ацидогенної активності мікрофлори ЗБ, обумовленої вуглеводним навантаженням, так як показник рН в ЗБ знижувався до 5,5, а можливо й нижче. Більш того, консервованій яблучний сік сам по собі викликав падіння рН в ЗБ до 5,5, що вірогідніше за все обумовлено наявністю в ньому цукру.

З метою попередження значного падіння рН в ЗБ і з метою профілактики карієсу потрібно вживати яблучний сік без цукру. При споживанні свіжих яблук слід добре їх розжовувати.

АРТРОСКОПІЯ, ЯК МЕТОД СУЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ КОЛІННОГО СУГЛОБА

*Шишук В.Д., Шишук Д.В., Бадіон Ю.М., студ. 5-го курсу
СумДУ, кафедра ортопедії-травматології та невідкладних станів*

Артроскопія – це інвазивний метод візуального обстеження структур та вмісту суглобової порожнини, а також лікувальної дії на них за допомогою тонких оптичних та механічних пристроїв.

Артроскопія(АС) почала свій розвиток в 20 - 30-х роках нашого століття раніше, як діагностична процедура та близько 30 років застосовувалась окремими хірургами ентузіастами в клінічно нез'ясованих випадках з метою уникнути необгрунтованої травматичної артротомії колінного суглобу.

В наш час АС набуває значного розвитку, що обумовлює зростаючий інтерес лікарів ортопедо-травматологічного профілю.

Показаннями до діагностичної та лікувальної АС є:

- неясна клініка пошкодження чи захворювання суглобу;
- скарги на дискомфорт в суглобі після проведених на ньому оперативних втручань;
- гостра травма суглобу;
- гемартроз (без патології згортаючої системи);
- травма меніску;
- гострий звих надколінка;
- захворювання суглобового хряща, синовіальної оболонки, жирового тіла;
- внутрішньо суглобові чужорідні тіла.

Кафедрою ортопедії-травматології та НС було проведено 5 оперативних втручань. Остані проводились за допомогою апаратури виробництва м.Казань, фірми «ELEPS» та інструментарія фірми «МФС» інтегрованих під ендоскопічну стойку «STORZ» Німеччина.

Операції були проведені на 4-х пацієнтах: 2 жінки(одній проведено втручання на обох колінних суглобах) та 2 чоловіка. У 3-х пацієнтів (Б., С. та М.) було діагностовано за допомогою анамнестичного, фізикального, рентгенографічного та УЗД обстежень застарілі ушкодження менісків. Клінічно це проявлялось дискомфортом в суглобах та періодичне блокування суглобів при значній функції останніх, що значно погіршувало життя людей. Виконана парціальна резекція пошкоджених фрагментів менісків. У 1-ої пацієнтки діагностовано ДОО обох колінних суглобів ІІ-ІІІ ст. та множинні хондроматози суглобів. Проведено дебридмент суглобів, видалення вільних хондроматозних тіл та синовіектомія.

Середній після операційний період тривав 5 днів (3 – 7). При виписці больовий синдром був відсутній. Хворі повернулись до загального трудового режиму через 2 тижні.

В ранньому п/о періоді призначалось ізометрична гімнастика та ідеомоторні акти, а також використання сучасних методів стимуляції м'язів (електростимуляція, рефлексотерапія, магнітотерапія).

Використання АС при захворюваннях суглобів сприяє значному покращенню та уточненню діагностики (можливість досліджувати всі відділи суглобу без порушення його структур), дозволяє складати об'єктивне уявлення о стадії, характерних ураженнях та ступені місцевої активності патологічного процесу.

ЛАПРОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ В УРОЛОГІЇ

*Сікора В.В., Шевцова Ю.М., Сівер М.Г., студ. 4-го курсу
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів*

Лапароскопічний метод оперативного лікування - це достатньо новий метод саме в урології, що почав застосовуватися лише на початку 90-х років. Бо спочатку лапароскопічні операції розроблялися для лікування патологій органів черевної порожнини і знадобився час для усвідомлення можливостей даної технології для втручання на інших органах, у тому числі і на органах заочеревинного простору.

Лапароскопічні операції – це виконання маніпуляцій на нирках та сечоводах у заочеревинному просторі шляхом проколів черевної стінки. Головною особливістю даних маніпуляцій є те, що всі втручання виконуються через невеликі розрізи на шкірі під контролем монітора. Хірург вводить інструменти через живіт, розтинає очеревину, потім потрапляє в заочеревинний простір, де знаходяться нирка, сечовід та їх судини.

Суттєві переваги цього способу: мінімальна травматичність, мінімальна інвазивність, мінімальна крововтрата, мінімальний ризик інфікування, короткий термін реабілітації та відновлення в післяопераційний період.

Але даний метод має і ряд недоліків: коштовне технічне обладнання та інструменти, дороге та тривале навчання спеціалістів, у зв'язку із незручністю оперування у двомірному просторі існує ризик пошкодження анатомічних структур

Найбільш поширеними в урологічній практиці є виконання варикоцеле, видалення кіст нирок, нефректомія, простатектомія, нефролітотомія, уретеролітотомія.

Так як задачею кожного лікаря –вилікувати свого пацієнта найбільш ефективним способом з найменшою кількістю ускладнень і досягти цієї мети нам дозволяє саме лапароскопічні методи оперативного втручання. Даний спосіб лікування ліквідував один з найбільш суттєвих недоліків традиційної хірургії – невідповідність між тривалим і травматичним доступом та мінімальним за часом та об'ємом втручання на самому органі. При лапароскопічних операціях доступ набагато швидший та менш травматичний, але при цьому об'єм здійснених операцій однаковий.

ЕНДОГЕННІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РАКУ НИРКИ

*Фесюк Н.П., студ. 4-го курсу
Науковий керівник — к.м.н., доц. В.В. Сікора
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів*

Мета роботи. Вивчити та проаналізувати роль спадковості, як ендogenous фактора ризику виникнення раку нирки.

Матеріали і методи. Вихідним матеріалом для наших досліджень були історії хвороб і медичні карти обстежень 175 хворих з пухлинами нирок (чоловіків 105, жінок 70) і 300 профілактично обстежених осіб (чоловіків 140, жінок 160) у Сумській міській клінічній лікарні №1 за 2009 рік, відібраних відповідно статі, віку і місця проживання у співвідношенні 1:1,4. У картах обстежень ми акцентували увагу на інформації не тільки про умови життя, професію, шкідливі звички хворих, контакт із шкідливими речовинами, попередні захворювання органів сечостатевої системи, а й на сімейний анамнез. Дослідження проводили за допомогою ретроспективного методу аналітичної епідеміології «випадок - контроль», який дозволяє співставляти частоту того або іншого фактора, в нашому випадку — генетичної схильності у хворих з пухлинами нирок (основна група) і осіб контрольної групи (профілактично обстежених). Достовірність отриманих даних визначали за допомогою розрахунку відносного ризику (ВР) з довірчими межами (Сі), коефіцієнта залежної пропорції (ЗП).

Результати дослідження та їх обговорення. У результаті проведеного дослідження було встановлено, що 35,7% (63) хворих на рак нирки мають кровних родичів з онкозахворюваннями наступної локалізації: 34,8% випадків — пухлини ШКТ; 11,1% — пухлини геніталій; 7,4% — рак легень; 5,9% — рак ендокринних залоз; по 2,9% — припадає на лейкоз, рак ЛОР-органів, рак нирки; 9,8% — займають пухлини іншої локалізації. Також було виявлено декілька випадків сімейного раку нирки: в одному спостереженні у хворого мати і батько померли від раку даної локалізації, в іншому — мати і сестра. Однак, у контрольній групі лише 19,5% її представників (59 осіб) мали родичів з онкопатологією, що значно менше, ніж серед хворих.

Вцілому, ВР спадкової схильності виявився для наших пацієнтів статистично достовірним і склав 2,3 (Сі 1,2—4,6), а коефіцієнт ЗП — 20,2%. ВР даного ендogenous фактора для чоловіків та жінок, взятих окремо, є також статистично достовірним — 2,0(Сі 1,0—5,0) і 2,7 (Сі 1,0—7,6) відповідно, а коефіцієнт ЗП виникнення пухлин нирки від спадкової схильності у чоловіків — 16,5%, у жінок — 24,7%.

Висновок. Таким чином, встановлено статистично достовірний ризик виникнення раку нирки при наявності онкологічних захворювань у кровних родичів. Отже, аналіз проведеного дослідження дає змогу розглядати спадковість як один з провідних, генетично обумовлених, ендogenous факторів ризику раку нирки.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Марченко Е.Е., студ. 4 курса
Научный руководитель – к.м.н., доц. В.В. Сікора
СумГУ, кафедра ортопедии травматологии и неотложных состояний*

Вступление. Согласно современной классификации артериальных гипертензий под почечной гипертензией обычно понимают артериальную гипертензию патогенетически связанную с заболеванием почек. Постоянное повышение артериального давления, обусловленное нарушением доставки артериальной крови к одной или обеим

почкам, называют реноваскулярной, или вазоренальной гипертензией. Причинами этой патологии чаще всего (в 60-70% случаев) являются атеросклеротический стеноз главной почечной артерии или ее проксимальных ветвей, реже (в 30-40% случаев) – фибромускулярная дисплазия, крайне редко (в 1% случаев) развитие реноваскулярной гипертензии вызвано другими причинами.

Цель работы. Достижение максимального эффекта от консервативного лечения, у пациентов имеющих противопоказания к оперативному лечению.

Материалы и методы. На долю реноваскулярной гипертензии приходится около 0.5-1% всех случаев повышения АД. Среди больных с тяжелой и быстро прогрессирующей АГ реноваскулярная гипертензия обнаруживается значительно чаще, особенно у лиц старше 40 лет (в 15% случаев). Если у больного с тяжелой АГ (ДАД выше 125 мм рт.ст.) отмечаются кровоизлияния на глазном дне, то есть гипертензия переходит в злокачественную, вероятность развития реноваскулярной гипертензии возрастает до 30%.

Реноваскулярная гипертензия возникает вследствие атеросклеротического поражения не только главной почечной артерии, но и ее небольших ветвей, осуществляющих кровоснабжение отдельных сегментов почки, поражение обычно одностороннее, чаще левой артерии. Мужчины болеют в два раза чаще, чем женщины, особенно старше 40 лет.

На основании проведенных наблюдений в настоящее время считается доказанным, что:

- одномоментное максимальное снижение повышенного АД не должно превышать 25% от исходного уровня, с тем чтобы не нарушить функцию почек.

- у больных с патологией почек и синдромом АГ гипотензивная терапия должна быть направлена на полную нормализацию АД, даже несмотря на временные снижение депурационной функции почек. Данная тактика рассчитана на устранение системной АГ и тем самым внутригломерулярной гипертензии как основных неимунных факторов прогрессирования почечной недостаточности и предполагает дальнейшее улучшение почечных функций.

- «мягкая» АГ у больных с реноваскулярной гипертензией требует постоянного гипотензивного лечения в целях нормализации внутрипочечной гемодинамики и замедления темпов прогрессирования почечной недостаточности.

Результаты исследования и их обсуждение. Особенностью лечения АГ при хронических заболеваниях почек является необходимость сочетания гипотензивной терапии и патогенетической терапии основного заболевания. Средства патогенетической терапии заболевания почек (глюкокортикостероиды, циклоспорин А, гепарин натрий, дипиридамол, нестероидные противовоспалительные препараты – НПВП) сами по себе могут оказывать различное действие на АД, а их сочетания с гипотензивными препаратами могут сводить к нулю либо усиливать гипотензивный эффект последних. Следовательно гипертонический синдром является противопоказанием для назначения высоких доз глюкокортикостероидов, за исключением быстро прогрессирующего гломерулонефрита. У больных с «умеренной» нефрогенной АГ глюкокортикостероиды могут усилить ее, если при их назначении не развивается выраженный диуретический и натрийуретический эффект, что как правило наблюдается у больных с исходной выраженной задержкой натрия и гиповолемией.

Заключение. В заключение следует подчеркнуть, что препараты выбора для лечения ПГ, применяющихся в виде монотерапии и в комбинации, обеспечивает строгий контроль ПГ, торможение развития почечной недостаточности и снижение риска кардиологических и сосудистых осложнений.

ВПЛИВ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ НА СТАН ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА КИЛУ МХД В СЕГМЕНТІ L5-S1

Купина М.В., студ. 4-го курсу

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

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб і епідеміології з курсом мікробіології, вірусології та імунології

Досліджено вплив нестероїдних протизапальних препаратів (Ірфенак-200) на стан гуморального імунітету в процесі лікування больового синдрому у 37 хворих на килу МХД у сегменті L5-S1, які проходили курс амбулаторного лікування в клініці «Вертебролог» протягом 2009р.

Аналіз результатів досліджень на початку експерименту показав значно підвищені кількісні показники Ig M та Ig G як в експериментальній, так і в контрольній групах. Під час прийому ірфенак-200 по 1 таблетці 3 рази на добу після їжі протягом 14 днів спостерігалось поступове зменшення больового синдрому та зниження кількісних показників Ig M та Ig G. Цей процес значно швидше відбувався в експериментальній групі.

Результати лабораторних досліджень дозволяють стверджувати, що застосування препарату ірфенак-200 має імуномодулювальний ефект і оптимізує показники неспецифічної резистентності організму, що призводить до зменшення порогу больових відчуттів і відновлення кількісних показників гуморального імунітету до норми.

Під час застосування НПЗП ми спостерігали, що відновлення імунітету і зменшення больового синдрому найбільш швидко відбувається у людей молодшої вікової категорії.

Загальна картина динаміки статичної та динамічної функцій хребта свідчить про те, що хворі на килу МХД в сегменті L5-S1 молодшого віку показали вищу динаміку покращення контрольних показників, ніж особи старшої групи. Це вказує на високі відновлювальні можливості людей молодого віку.

Підтверджується думка про пряму залежність результатів впливу від терміну початку реабілітаційних заходів, а також від патогенетичної стадії розвитку захворювання, рівня та ступеня ураження.

СЕКЦІЯ ХІРУРГІЇ №1

ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНЮ

Метельский Д.В., студ. 3-го курса

Научный руководитель – асист. В.В. Мадяр

СумГУ, кафедра общей хирургии, радиационной медицины и физиотри

Термические поражения наблюдаются в 5,6-12% всех пострадавших с травмами. В течении и исходах ожоговой болезни существенную роль играет дыхательная недостаточность, проявляющаяся клинически у 17-35% пострадавших с термическими и 89% с термохимическими поражениями.

Современная система этапного лечения ожогов, раннее оперативное лечение глубоких ожогов, новые способы коррекции гомеостаза, позволили в последние 10-15 лет значительно повысить выживаемость больных с глубокими обширными ожогами, сократить сроки их лечения.

Однако и после восстановления утраченных кожных покровов у ожоговых реконвалесцентов, имевших обширные и критические ожоги кожи термические поражения дыхательных путей, течение ожоговой болезни у которых даже не было осложнено пневмониями, отмечаются нарушения со стороны органов различных систем.

В наше исследование было включено 31 пациент, которые умерли в ожоговом отделении Сумской областной клинической больницы в периоде с 2005-2007 гг. Среди них 18 (58 %) мужчин и 13 (42 %) женщин. Из них 27 (87 %) – получили ожоги пламенем, 2 (6,5 %) – кипятком, 2 (6,5 %) – контактнм путём.

Всем умершим было проведено вскрытие. Клинические диагнозы и результаты судебно-медицинской экспертизы совпадают во всех случаях.

По данным которые мы получили, была установлена следующая статистика: с полиорганной недостаточностью 26(83,8 %). Чаще поражаются такие органы, как сердце (острая сердечная недостаточность) – 24 (77,4 %), печень (токсический гепатит) – 21 (67,7 %), почки (острая почечная недостаточность) – 19 (61,2 %). Процент больных с таким осложнением, как пневмония, чаще двухсторонняя – 23 (74 %), с отёком лёгких встретилось – 11 (35,5 %), сепсисом – 11 (35,5 %).

На основании полученных данных, мы можем сделать выводы, что основными осложнениями у больных ожоговой болезнью, является полиорганная недостаточность, а также пневмонии, токсический гепатит, острая сердечная недостаточность, отёк лёгких и сепсис.

Принимая во внимание результаты наших исследований, необходимо более досконально относиться к своевременной диагностике, и профилактике предупреждения осложнений у больных ожоговой болезнью.

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

*П'ятикоп Г.І., Братушка В.О.**

СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотриї

**КЗ СОКЛ, хірургічне відділення*

Застосування сучасних методів консервативної терапії, вдосконалення методів хірургічного лікування, зокрема, впровадження ендовідеоскопічних технологій не зменшили актуальність проблеми гострого панкреатиту (ГП), летальність за якого становить 20-30%, а при некротичних формах сягає 80%. Не вирішене питання про терміни виконання хірургічного втручання та його характер.

Проведений ретроспективний аналіз результатів лікування 326 хворих (124 жінок та 202 чоловіків) на гострий панкреатит у віці від 21 року до 78 років. Інтерстиціальний (набряковий) панкреатит діагностований у 234 (71,8%) хворих, деструктивні форми ГП – у 92 (28,2%).

Усіх пацієнтів госпіталізували до хірургічного відділення у невідкладному порядку, проводили всебічне ретельне обстеження з використанням ультразвукового дослідження черевної порожнини, рентгенологічного дослідження, комп'ютерної томографії, діагностичної лапароскопії. У 127 (39%) пацієнтів гострий панкреатит спричинений жовчнокам'яною хворобою, у 140 (43%) – зловживанням алкоголем, у 59 (18%) – причина захворювання не встановлена.

Консервативне лікування хворих на ГП включало:

- купірування больового синдрому;
- паранефральну новокаїнову блокаду;
- антибактеріальну терапію, обов'язково усім хворим на деструктивні форми ГП;
- покращення мікроциркуляції та реологічних властивостей крові (реосорбілакт, реополіглокін, трентал);
- детоксикацію організму, яка повинна бути комплексною;
- інфузійну терапію на забезпечення корекції порушень водно-електролітного обміну, кислотно-лужного стану;
- стимуляцію моторики кишечника за показаннями (церукал);
- блокаду секреторної функції підшлункової залози (укреотид);
- гістопротекцію впродовж 5-7 діб (контрікал, гордокс).

Операція у невідкладному порядку здійснена у 46 (14%) пацієнтів з приводу деструктивного панкреатиту і загального перитоніту. Виконано серединну лапаротомію і додатковий розріз в лівому підребер'ї, некрсеквестрэктомію, лаваж черевної порожнини, встановлено дренажі у порожнину малого сальника, підпечінкове заглиблення, бічні відділи черевної порожнини, порожнину малого тазу. Подальші санації проводили залежно від стану хворого, через 3-5-7 діб через контрапертуру за допомогою лапароскопа.

Летальність за некротичних форм панкреатиту становила 12,5%.

Таким чином, застосування комплексної патогенетично обґрунтованої медикаментозної терапії та адекватного хірургічного втручання дозволило поліпшити результати лікування хворих на гострий панкреатит.

ЗАСТОСУВАННЯ СИНТЕТИЧНИХ АНАЛОГІВ СОМАТОСТАТИНУ В КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ

Литюга Я.В., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – доц. Г.І. П'ятикоп

СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерапії

Гострі шлунково-кишкові кровотечі (ШКК) з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту можуть бути ускладнені низкою захворювань. За даними різних авторів їх частота становить 50-172 випадки на 100 000 населення на рік. Ризик летального наслідку при гострих кровотечах залежить від віку хворого, наявності супутньої патології, тяжкості першого епізоду кровотечі і виникнення його рецидиву. Багато авторів вважають, що поліпшення результатів лікування пацієнтів з гострими ШКК можна досягти лише у разі госпіталізації їх у клініки, де цілодобово чергує спеціалізована бригада лікарів (хірург, ендоскопіст, анестезіолог).

Проаналізовано результати лікування 328 пацієнтів з шлунково-кишковими кровотечами різного походження, які перебували на лікуванні в центрі ШКК, розташованого на базі хірургічного відділення КЗ СОКЛ впродовж 2009 року.

Пацієнти були розподілені на дві групи: до I увійшли 79 хворих, у комплексному лікуванні яких застосовували ук্রেотид, до II – 249 пацієнтів, у яких використовували стандартну антацидну, гемостатичну та противиразкову терапію без застосування синтетичних аналогів соматостатину.

Ефективність застосування ук্রেотиду оцінювали за стабільністю гемостазу в ділянці кровотечі та термінами загоєння дефектів слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки за даними ендоскопічного моніторингу, тривалістю перебування хворих у стаціонарі.

У 78 випадках спостерігали кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу у хворих на цироз печінки, ускладнений синдромом портальної гіпертензії, у 250 – кровотечі з ерозивно-виразкових уражень шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК). Верифікацію діагнозу проводили за допомогою клініко-лабораторних, рентгенологічних, ультразвукових та ендоскопічних методів дослідження. Для лікування кровотеч з флєбектазій стравоходу використовували в середньому 6 ампул ук্রেотиду на курс. У I групі рецидив кровотечі відмічено у 2 (5,6%) хворих, що в 3,6 рази менше, ніж у II групі пацієнтів – 6 (20%), яких лікували без застосування синтетичних аналогів соматостатину. У 81 хворого з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та ДПК середній курс лікування ук্রেотидом становив 3 ампули. У цій групі рецидивів кровотечі не спостерігали.

Синтетичні аналоги соматостатину є ефективним, патогенетично обґрунтованим засобом лікування ерозивно-виразкових уражень оболонки шлунка і ДПК, ускладнених кровотечею, завдяки їх антисекреторній, уповільнюючій мезентеріальний кровообіг, гемостатичній і метаболічній дії та відсутності побічних реакцій. Ук্রেотид може бути рекомендований у комплексному консервативному лікуванні ШКК різного генезу.

ЗНАЧЕННЯ СТАТІ В ПРОГНОЗУВАННІ РЕЦИДИВУ ВИРАЗКОВОЇ КРОВОЕЧІ

Богачов Д.В., Марус І.В., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – доц. Г.І. П'ятикоп

СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерапії

Проблема лікування пацієнтів на шлунково-кишкові кровотечі залишається актуальною не одне десятиріччя. Післяопераційна летальність при виразкових гастродуоденальних кровотечах зберігається на рівні 10-14%. Головною причиною летального наслідку є рецидив кровотечі. Тому пошук факторів, дозволяючих спрогнозувати перебіг захворювання при зупиненій виразковій гастродуоденальній кровотечі, є важливою діагностичною задачею.

Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 924 хворих у віці до 60 років з верифікованим під час фіброгастродуоденоскопічного дослідження діагнозом – зупинена шлунково-кишкова кровотеча – за період з 2007 по 2009 роки. Серед обстежених чоловіків було 669 (72,4%), жінок – 255 (27,6%). Середній вік хворих становив $41,6 \pm 7,3$ роки.

Усім пацієнтам визначали рівень гемоглобіну, еритроцитів, гематокрит, групу крові та резус-фактор, протромбінний індекс, фібриноген. Компенсацію недостатності еритроцитів і гемоглобіну оцінювали на 7-10 добу від початку кровотечі.

Встановлено, що при ідентичних за локалізацією виразок, ступенях тяжкості крововтрати, способах консервативного лікування групах хворих у групі , що складалася з 255 жінок, була меншою кількість рецидивів кровотечі, ніж у групі з 669 чоловіків, що статистично достовірно. Усього рецидив виразкової кровотечі розвинувся у 129 пацієнтів, у тому числі у 18 жінок (7,1% усіх жінок) та у 111 чоловіків (16,6% усіх чоловіків).

На основі результатів лікування 297 хворих, яким не проводилася трансфузійна терапія, було доведено, що швидкість відновлення кількості еритроцитів та гемоглобіну крові у жінок після перенесеної крововтрати була достовірно вищою, ніж у чоловіків. У підгрупі чоловіків швидкість природнього відновлення гемоглобіну крові на 9 добу становила $0,946 \pm 0,102\%$ за 1 добу, а швидкість справжнього відновлення еритроцитів крові – $1,640 \pm 0,369\%$ за 1 добу.

Ці ж показники швидкості природнього відновлення гемоглобіну та еритроцитів крові у жінок склали $1,645 \pm 0,576$ й $4,777 \pm 1,716\%$ за 1 добу відповідно.

При зрівнянні отриманих результатів критерій Ст'юдента дорівнює 3,86 при порівнянні різниці швидкості приросту гемоглобіну і 5,51 при порівнянні різниці швидкості приросту еритроцитів, що є статистично достовірним.

Таким чином, прогнозуючи можливість рецидиву шлунково-кишкової кровотечі, обов'язково слід враховувати стать пацієнта.

Ймовірність рецидиву виразкової кровотечі у чоловіків статистично достовірно є вищою у порівнянні з жінками.

АРТЕРІОВЕНОЗНІ МАЛЬФОРМАЦІЇ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Кмита О.П., Олісеєнко Д.В., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – асист. В.В. Мадяр

СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії

Артеріовенозні мальформації (АВМ) є вродженими аномаліями розвитку судинної системи головного мозку, які являють собою різноманітної форми і величини судинні мотки, утворені внаслідок безладно переплетених патологічних судин. Частота ангиоматозних вад розвитку складає 19 на 100 000 населення. Розрив АВМ звичайно, відбувається в віці 20 – 40 років. При АВМ частіше за все відсутня капілярна мережа, внаслідок чого відбувається пряме шунтування крові з артеріального басейну в систему поверхневих та глибоких вен. Виділяють наступні типи мальформацій: а) артеріальна, б) артеріовенозна фістульозна, в) артеріовенозна рацемозна (75%), г) артеріовенозна кавернозна (11%), д) артеріовенозна мікромальформація, є) венозна. Виділяють геморагічний та торпідний типи захворювання.

Діагностику проводять за допомогою МРТ та МР – аніографії. Існує багато видів класифікацій: за локалізацією, за розміром, за морфологічною ознакою.

Методики лікування: а) хірургічне (відкриті операції, ендovasкулярні втручання), б) консервативне, в) радіо хірургічне.

В наш час активно проводяться комбіновані методи лікування (емболізація + хірургічне втручання та/або радіо хірургічні операції та інші комбінації зазначених способів лікування).

Протягом 2007-2009 років в НХВ СОКЛ виявлено троє пацієнтів з АВМ, яким проведено хірургічне лікування.

Висновок: виходячи із загальноукраїнської статистики в Сумській області існує необхідність покращення обстеження пацієнтів з підозрою на АВМ.

ГОСТРІ СТРЕСОВІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ ВИРАЗКИ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З ПОЄДНАНОЮ КРАНІОАБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

Шевченко В.В.

Науковий керівник - проф. І.Д. Дужий

СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії

Майже у % постраждалих з тяжкою ЧМТ може спостерігатись різна форма гастроінтестинальної кровотечі, яка коливається від гематестопозитивного назогастрального лаважу до життєво небезпечної кровотечі. Хоча більшість із них клінічно не маніфестуються, ГСПВ можуть ускладнюватися тяжкою кровотечею чи перфорацією приблизно у 5-25% критичних пацієнтів. З іншого боку травматичний шок, тяжка інтраабдомінальна травма, об'ємні оперативні втручання на органах черевної порожнини також можуть ускладнюватись розвитком стресових ерозій, виразок і кровотечею. Можна припустити, що при множинних ушкодженнях формується сукупність взаємозалежних патологічних процесів, в результаті перетворення численних травматичних осередків в джерела катаболічної активності, діючих по аутокатаболічному руйнівному принципу. Некоригований гіперкатаболізм служить додатковим фактором ризику формування стресових виразок. Мета роботи: вивчити особливості розвитку ГСПВ при ПККАТ і можливості їх профілактики. За період 2001-2009 рр. госпіталізовано 154 хворих з ПККАТ. Причини травми: ДТП - 57,7%, падіння з висоти - 20,7%, побутові травми-21,6%. Для оцінки тяжкості пошкоджень використано шкалу тяжкості пошкоджень Injury Severity Score (ISS). Пошкодження органів черевної порожнини діагностовано у 118 (76,7%) хворих, які були екстрено оперовані. У 36 (24,7%) постраждалих діагностовано тяжкі краніальні травми, які потребували екстреної нейрохірургічної операції. Із 64 випадків тяжкої ПККАТ з летальним наслідком прижиттєво діагностовані гастроінтестинальна кровотеча (ПК) у 8 (12,5%), у 46 (69,6%) ПК була діагностовано посмертно. При дослідженні шлунково-кишкового тракту на аутопсії були знайдені: множинні ерозії шлунку і 12-ти палочкоподібні - у 28 (44,6%), підслизові крововиливи, від дрібних у вигляді петехій до зливних (2-5 см) - у 18 (24,2%), гострі виразки шлунку і 12 п.к. - у 32 (51,6%), при цьому виразки шлунку спостерігались у 24 (72,8%), і 12 п.к. - у 27,2%. В шлунку спостерігались множинні поверхневі виразки невеликих розмірів (0,5x0,6 см), і у третини випадків крупні, наче "штамповані", глибиною досягаючи м'язового шару. Вони розташовувались по малій кривизні і задній стінці шлунку у 74,4%, дни - 12,6%, пілорічному відділі - 13%. Виразки 12 п.к. переважно були одиночними мали більші розміри (1,5-2 см) і глибину, чіткі контури з відсутнім перифокальним запаленням. Відмінною рисою гістологічної картини ГСПВ було переважаєння дистрофічних і некротичних процесів над запальними. Тяжкі гастроінтестинальні кровотечі спостерігались у 21 (12,9%) постраждалих з ПККАТ, ПК легкого ступеню у 28 (18,2%). При ендоскопічному дослідженні у 67 постраждалих, діагностовані: ерозивний гастродуоденіт - у 33, гострі виразки шлунку - у 26, 12 п.к. у 8. З метою профілактики використовували квамател по 40 мг в/в 2 рази на добу та ранне ентеральне череззондове харчування. Для аналізу ефективності профілактичного лікування всі постраждалі з ПККАТ розподілені на дві групи: контрольну (68), що отримували стандартне лікування і дослідну (86), які додатково отримували профілактичне противиразкове лікування. При порівнянні частоти ПК у пацієнтів різних груп встановлено: в контрольній групі тяжкі ПК спостерігались у 17 (25%) постраждалих і 5 із яких потребували термінового оперативного лікування. Летальність пов'язана з ПК у цій групі рівнялась 10,3%. У хворих дослідної групи тяжкі ПК спостерігались лише у 4 (4,4%) хворих. Летальність, пов'язана з ПК була суттєво нижчою і рівнялась 1,2%. Т.ч.: 1) у 97% постраждалих з ПККАТ

розвиваються ерозивно-виразкові ураження слизової, що перевищує частоту таких ускладнень у пацієнтів з ізольованою черепно-мозковою травмою; 2) гістологічна картина гострих ерозивно-виразкових уражень слизової при ПКАТ характеризується перевагою дистрофічно некротичних процесів над запальними на відміну від пептичних виразок; 3) використання для профілактики розвитку гострих ерозивно-виразкових уражень кватеру і ентерального череззондового харчування сприяє зменшенню частоти їх розвитку і летальності, пов'язаної з ПК.

ДОСВІД КОМПЛЕКСНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кобилецький С.М.

Сумська обласна клінічна лікарня

У 40-70% хворих з важкими формами гострого панкреатиту відбувається інфікування вогнищ некрозу. Саме у цих хворих найскладніше провести діагностику, визначити лікувальну тактику. Частка інфекційних ускладнень серед причин смерті у хворих з гострим деструктивним панкреатитом сягає 80%. Значна летальність пов'язана з складною і часто пізньою діагностикою та відповідно несвоєчасним дрениванням вогнищ деструкції заочеревного простору. В останній час спостерігається два основних напрямки в хірургічному лікуванні ДП: традиційні оперативні втручання та новітні мініінвазійні технології. Не дивлячись на поширення сучасного медичного обладнання та розповсюдження лапароскопічних технологій, зв'язок цих напрямків та можливість їхнього взаємного доповнення не розроблений на належному рівні і потребують подальшого вивчення та удосконалення.

Лікування досліджуваної групи хворих проводилось на клінічних базах кафедри торако-абдомінальної хірургії Харківської медичної академії післядипломної освіти, якими є 4-та Харківська міська клінічна лікарня та Сумська обласна клінічна лікарня. Нами проведено обстеження і лікування 194 хворих, що були прооперовані в період з 2000р. по 2009р. з приводу деструктивних форм гострого панкреатиту. Хворим були виконані хірургічні втручання як за традиційними методиками, так і з використанням розроблених на кафедрі мініінвазійних методик дренивання заочеревного та парапанкреатичного просторів.

Аналіз показує, що серед пролікованих хворих кількість чоловіків склала 139 (73,5%), жінок – 50 (26,5%). Середній вік хворих становив $47,3 \pm 5,7$ роки. Найчастіше деструктивний панкреатит спостерігається у хворих від 40 до 60 років. Це вказує на найбільше поширення даного захворювання серед працездатних верств населення.

Дренивання жовчовивідних протоків було проведено у 107 пацієнтів. З них методика зовнішнього дренивання за Піковським була використана в 43 випадках, за Холстедом – у 3, холецистостомія – у 53. Внутрішнє дренивання – холедоходуоденостомія – виконувалась тоді, коли основне вогнище деструкції локалізувалось переважно в хвості ПЗ і було проведено у 8 хворих, холедохоеюностомія з анастомозом за Брауном виконана в 7 випадках.

Лапароскопічне розкриття та дренивання абсцесу чепцевої сумки було виконано в 5 випадках. Лапароскопічний лаваж і дренивання чепцевої сумки та черевної порожнини нами проведено у 9 хворих. У 5 хворих використана люмбоскопічна некректомія, секвестректомія – у 2. Люмбоскопічне дренивання заочеревної та парапанкреатичної клітковини виконано 36 хворим.

На основі порівняння основної та контрольної групи можна зробити висновок, що у хворих, яким було проведено мініінвазійне втручання, перебіг післяопераційного періоду був більш сприятливий. Мініінвазійна методика дає можливість провести ефективно видалення некротизованих тканин, виконати санацію та адекватне дренивання заочеревинного простору під візуальним контролем.

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ МІНІІНВАЗИВНИХ МЕТОДИК

Кобилецький С.М.

Сумська обласна клінічна лікарня

В теперішній час можна спостерігати значний зріст захворюваності гострим панкреатитом. Ця патологія займає третє місце в структурі ургентної хірургічної патології після гострого апендициту та гострого холециститу. За останні 30 років кількість випадків гострого панкреатиту в світі виросла вдвічі. Частота цього захворювання в індустріально розвинутих країнах сягає 10-20 випадків на 100 000 населення за рік. Хворі на гострий панкреатит складають 5-10% від загального числа пацієнтів хірургічного профілю. Біля 20% випадків розвитку гострого панкреатиту носить деструктивний характер. Робити прогноз при гострому панкреатиті, а особливо при розвитку поліорганної недостатності або гнійно-некротичних ускладнень дуже складно. В роботі наводяться результати обстеження і лікування 36 хворих, що були прооперовані з використанням мініінвазивних методик в період з 2004р. по 2009р. з приводу гострого панкреатиту. Дослідження проводилось на клінічних базах кафедри торако-абдомінальної хірургії Харківської медичної академії післядипломної освіти, якими є 4-та Харківська міська клінічна лікарня та хірургічне відділення Сумської обласної клінічної лікарня. Після встановлення лапароскопу та портів виконували ретельну візуальну ревізію органів черевної порожнини. Огляд проводили в наступній послідовності: перш за все оцінювали стан органів, розташованих безпосередньо під місцем встановлення порту, потім – кишечник, печінку, жовчний міхур, органи малого тазу. Під час ревізії в черевній порожнині виявлялось від 250 до 1300 мл вільної серозно-геморагічної рідини, яка була евакуйована. У всіх хворих спостерігалась серозно-геморагічна інфільтрація малого чепця, шлунково-ободової зв'язки, параколітичної клітковини. У 4 випадках, коли під час ревізії органів черевної порожнини інших патологічних змін виявляли, проводили лаваж, дренивання черевної порожнини та чепцевої сумки. Після евакуації ексудату з черевної порожнини, проводили його лабораторне дослідження, яке виявляло підвищення рівня активності α -амілази (>16 мг/мл · ч), наявність еритроцитів на всьому полі зору, кількість макрофагів – від 8 до 26 в полі зору, рівень білка – від 2,43 до 5,2 г/л. Проводили дренивання черевної порожнини та чепцевої сумки. Розкриття чепцевої сумки проводили в безсудинних ділянках малого чепця за допомогою дисектору. Через порти в правій

підреберній області встановлювали поліхлорвінілові дренажні трубки в for. Vinslovii, просуваючи її на глибину 2-3см, в порожнину чепцевої сумки через окремі віконця в малому чепці. Другий дренаж в чепцеву сумку встановлювався через порт в підреберній області зліва. Дренажні трубки, що встановлювали через порти в підреберних ділянках, викладали по бічним каналам і спрямовували до порожнини малого тазу.

Наведена методика оперативного втручання з приводу гострого панкреатиту надає можливість провести лаваж та дренування черевної порожнини без проведення лапаротомії. Вказане втручання може бути проведено під внутрішньовенним наркозом. Стан хворих в післяопераційному періоді покращувався значно швидше, ніж після операцій, виконаних за традиційною методикою.

СИНДРОМ ВЗАЄМНОГО ОБТЯЖЕННЯ У ПОЄДНАННІ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТА ЕКСТРАКРАНІАЛЬНОЮ ТРАВМАМИ

Шевченко О.О., Горовой О.С., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – доц. В.П.Шевченко

СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізизіатрії

Останнім часом все більше уваги приділяється проблемам полісистемних та поліорганних пошкоджень, серед яких одне з провідних місць за летальністю посідає політравма. Для політравми характерний розвиток так званого синдрому взаємного обтяження, що являє собою не просто арифметичну суму пошкоджень різних органів і систем, а складний взаємообумовлений патофізіологічний процес. Якщо при ізольованій травмі летальність складає від 5 до 8% (закрита травма живота з пошкодженням одного органу) то при поєднаних пошкодженнях (краніоабдомінальна, краніоторакоабдомінальна) летальність прогресивно зростає і сягає показників 40-80%.

Мета дослідження: вивчити результати лікування і особливості перебігу поєднаної черепно-мозкової та екстракраніальної травми з синдромом взаємного обтяження у постраждалих.

Матеріали і методи : проведено ретроспективний аналіз історії хвороб 20 постраждалих з синдромом обтяження в результаті поєднаної черепно-мозкової та екстракраніальної травми, що були госпіталізовані в реанімаційно-анестезіологічне відділення СОКЛ в 2009 році. Серед них більшість складала чоловіки - 60%, жінок було - 40%. Причинами виникнення полі травми були дорожньо-транспортні пригоди - 55%, кримінальні ситуації - 30%, падіння з висоти - 15%. В стадії алкогольного сп'яніння госпіталізовані 45% постраждалих, з тяжкими порушеннями свідомості внаслідок тяжкої черепно-мозкової травми - 20%. Проаналізовані показники летальності в у цих пацієнтів. Смерть в результаті поєднаної травми констатована у наступні періоди: безпосередньо під час госпіталізації сягала 14% і була обумовлена порушенням вітальних функцій організму в результаті пошкодження життєво важливих органів (серця і великих судин). Високою (24%) є смертність в першу добу перебування в стаціонарі, незважаючи на те, що тут є можливість проведення інтенсивної терапії – використання штучної вентиляції легень, зупинки внутрішньої кровотечі, відновлення об'єму циркулюючої крові, проведення протишокової терапії. В наступні декілька днів залишається загроза летальності у постраждалих з поєднаною травмою в результаті розвитку поліорганної недостатності та септичних ускладнень, яка дорівнювала 9%.

Результати : політравма з синдромом взаємного обтяження у постраждалих з поєднаною черепно-мозковою та екстракраніальною травмами характеризується тяжкістю перебігу та складністю, показники якої найбільш високі у перші години та першу добу після госпіталізації постраждалих, що пов'язано з Синдромом взаємного обтяження, який розвивається у постраждалих з політравмою потребує проведення цілеспрямованої інтенсивної терапії, у деяких випадках реанімаційних заходів.

МІСЦЕ РІЗНИХ МЕТОДІВ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ПІД ЧАС ВСТАНОВЛЕННЯ СИНДРОМУ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ

Базін М.Є.

Сумський обласний протитуберкульозний диспансер

Робота присвячена проблемі ефективності променевої діагностики синдрому плеврального випоту (СПВ) загалом, та туберкульозної етіології зокрема, яка і характеризується певними обмеженнями в застосуванні додаткових променевих методів досліджень, або спробами відмовитись від застосування певних загальноприйнятих методів. Діагностика та клінічний перебіг синдрому плеврального випоту туберкульозної етіології відрізняється від синдрому плеврального випоту іншої етіології у зв'язку перебігом, відсутністю або зміною класичних симптомів та неінформативністю основних методів досліджень. Тому вибір алгоритму променево-діагностичних заходів у пацієнтів з СПВ має величезне значення. Мало вивченою є проблема використання комп'ютерної спіральної томографії, сонографії, та магнітно-резонансної томографії у комплексній діагностиці СПВ. Контрольна рентгенографія за наявного легеневого туберкульозу при встановленні фізикальних даних щодо СПВ може констатувати ознаки загострення основного процесу. При відсутності таких верифікувати причину випоту важко. З іншого боку, стандартна рентгенографія може і не виявити випіт, оскільки її можливості обмежені кількістю останнього. У таких випадках, спираючись на данні фізикального обстеження, доцільно проводити ультрасонографічне дослідження (УЗД), яке потрібно проводити і при виконанні плевральних пункцій. УЗД виконується також і для вивчення характеру випоту та для встановлення його етіології.

Нами проаналізовані історії хвороб - 151 пацієнта, що проходили лікування в СОПТД з попереднім діагнозом «туберкульозний плеврит». Усі хворі були розподілені на кілька груп за віком, місцем проживання та працевлаштуванням. Кількість хворих віком до 19 років становила 12 (7,9%), 20-29 років - 35 (23,2%), 30-39 - 33 (21,8%), 40-49 років - 34 (22,5%), 50-59 - 18 (11,9%), понад 60 років - 19 (12,6%).

Для встановлення СПВ стандартна рентгенографія була проведена 317 разів, що свідчить про недостатність даної методики для констатації наявності випоту на початкових етапах його накопичення, у частини хворих 50 (33,1%) осіб, для встановлення випоту була застосована ультрасоноскопія. Верифікація процесу проводилась шляхом торакоскопії, плевробіопсії з гістологічним та бактеріологічним дослідженням плеври та плеврального вмісту.

Підтвердження СПВ туберкульозного генезу загалом було встановлено у 116 хворих, з наступною віковою градацією: до 19р. - 12(100%) хворих; 20-29р.-33(94,3%) хворих; 30-39р.-27(88,2%) хворих; 40-49р.-27(88,2%) хворих; 50-59р.-11(41,17%) хворих; понад 60р.-5(33,3%) хворих.

Отримані результати досліджень свідчать про перевагу ультразвукової методики, яка дає можливість раннього виявлення СПВ при всіх локалізаціях, окрім міждольових накопичень, проте стандартна рентгенографія обов'язкова після встановлення причини випоту та ліквідації останнього, з метою виключення можливої легеневої патології, яка пов'язана з плевральним випотом.

ПОШИРЕНІСТЬ СИНДРОМУ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ СЕРЕД ІНШИХ ТИПІВ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ

Базін М.Є. , Базіна В.М., студ. 5-го курсу*

Науковий керівник – проф. І.Д. Дужий

СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізизіатрії

**Сумський обласний протитуберкульозний диспансер*

Туберкульоз на сьогодні залишається хворобою, що загрожує здоров'ю всього людства. Цієї недуги не ліквідовано у жодній країні світу, тому що послаблення боротьби з нею урядами багатьох країн було передчасним і призвело до виходу ситуації з-під контролю. У 1993 році ВООЗ оголосила туберкульоз глобальною проблемою.

Найбільш частою ознакою туберкульозного плевриту є синдром плеврального випоту, який діагностується приблизно у 10% хворих пульмонологічного профілю. Природа захворювань, що проявляються плевральним випотом, досить різноманітна. Це велика група запальних, застійних, пухлинних, диспротейнічних випотів; плевральні випоти внаслідок порушення цілісності плеври, травми; випоти при тривалому контакті з азбестом, при уремії та ін. Виникнення плеврального випоту завжди є ознакою ускладненого перебігу основного захворювання, що вимагає інтенсифікації, а в ряді випадків - зміну стратегії лікування. Найчастіше до даного синдрому призводять туберкульоз та новоутворення. Частота, з якою зазначені хвороби спричиняють СПВ, така: туберкульоз \approx 52%, онкологічні процеси \approx 18%, неспецифічні запалення \approx 12%, кардіальні причини \approx 9%, післятравматичні процеси \approx 3%, інші \approx 6%. Отже, наведені хвороби ускладнюються плевральним випотом приблизно у 90%.

В умовах сьогодення найбільш відповідальною є своєчасна діагностика саме цих хвороб, а серед них - туберкульозу та онкологічних процесів. На ці два процеси припадає 70% діагностованих патологічних процесів, що супроводжуються синдромом плеврального випоту.

Були проаналізовані історії хвороб 151 хворого, що проходили лікування в СОПТД. Серед всіх хворих синдром плеврального випоту туберкульозної етіології був встановлений у 116 (76,8%) осіб. Серед них було 86 (74,1%) чоловіків і 30 (25,9) жінок. Випіт іншої етіології встановлено у 35 (23,2%) хворих після перенесеної пневмонії у 3(2%) хворих, неспецифічного генезу - у 21 (14%) хворого, емпієма плеври після травми зареєстрована у 1 (0,7%) хворого, випіт онкологічного характеру – у 8 (5,3%) хворих, серцево-судинного генезу - у 2 (1,3%) досліджених.

Отримані результати свідчать про домінування СПВ при туберкульозному його генезі.

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ

Мадяр Б.В., студ. 5-го курса, Метельский Д.В., студ. 3-го курса

Научный руководитель – асист. В.В. Мадяр

СумГУ, кафедра общей хирургии, радиационной медицины и физиотриии

Термические поражения наблюдаются в 5,6-12% всех пострадавших с травмами. В течении и исходах ожоговой болезни существенную роль играет дыхательная недостаточность, проявляющаяся клинически у 17-35% пострадавших с термическими и 89% с термохимическими поражениями.

Современная система этапного лечения ожогов, раннее оперативное лечение глубоких ожогов, новые способы коррекции гомеостаза, позволили в последние 10-15 лет значительно повысить выживаемость больных с глубокими обширными ожогами, сократить сроки их лечения.

Однако и после восстановления утраченных кожных покровов у ожоговых реконвалесцентов, имевших обширные и критические ожоги кожи термические поражения дыхательных путей, течение ожоговой болезни у которых даже не было осложнено пневмониями, отмечаются нарушения со стороны органов дыхания (гипервентиляция патологического, характера, снижение минутной вентиляции и жизненной емкости легких, дистрофические изменения слизистой оболочки дыхательных путей и др.)

В наше исследование было включено 31 пациент, которые умерли в ожоговом отделении Сумской областной клинической больнице в периоде с 2005-2007 гг. Среди них 18 (58 %) мужчин и 13 (42 %) женщин. Из них 27 (87 %) – получили ожоги пламенем, 2 (6,5 %) – кипятком, 2 (6,5 %) – контактнм путём.

Всем умершим было проведено вскрытие. Клинические диагнозы и результаты судебно-медицинской экспертизы совпадают во всех случаях.

Процент больных с таким осложнением, как пневмония, чаще двухсторонняя – 23 (74 %), с отёком лёгких встретилось – 11 (35,5 %).

Так же були проведені дослідження ускладнень інших органів і систем. Пациентів з поліорганною недостатністю 26(83,8 %). Частіше поражаються такі органи, як серце (остра серцева недостатність) – 24 (77,4 %), печінка (токсический гепатит) – 21 (67,7 %), нирки (остра ниркова недостатність) – 19 (61,2 %). Процент хворих з таким ускладненням як сепсис – 11 (35,5 %).

До настоящего часу не відкриті механізми порушень апарату зовнішнього дихання у опікових реконвалесцентів. Не вивчена роль запального процесу, тканинної і мікробної сенсибілізації, порушень імунної системи в виникненні цих порушень. Хоча, як видно з запропонованого матеріалу, процент опікових хворих з ураженням органу дихання достатньо високий. Тому, маємо сенс продовжити дослідження для встановлення причин порушень, а також розробити консервативні методи лікування і профілактики цих ускладнень.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕКСТРАПЛЕВРАЛЬНОЇ ТОРАКОПЛАСТИКИ У ЛІКУВАННІ ПОШИРЕНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Мадяр Б.В., студ. 5-го курсу, Антоненко О.М., студ. 3-го курсу

Науковий керівник - асист. В.В. Мадяр

СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерапії

Туберкульоз легень – це захворювання інфекційного характеру, збудником якого є мікобактерія туберкульозу, проникнення якої найчастіше відбувається аерогенним шляхом, що в подальшому призводить до патологічних змін у легенях. Консервативна поліхіміотерапія на сьогоднішній день не завжди справляється з лікуванням сучасного туберкульозу, а хірургічне лікування зіштовхнулося з низкою проблем, які не завжди дозволяють повне видалення патологічного процесу із паренхіми легень. Для скорочення резервуару туберкульозної інфекції та покращення показників лікування та смертності, виникла потреба переглянути тактику хірургічних прийомів, тобто розробки більш досконалих методів хірургічного лікування. Було запропоновано ефективні методи екстраплевральної торакопластики.

Проаналізовано результати хірургічного лікування поширеного деструктивного туберкульозу легень у 266 хворих, більшість з них працездатного віку (40-49 рр.), які були прооперовані на базі Сумського обласного протитуберкульозного диспансеру. Вивчення результатів лікування проводилося на основі загально клінічних, рентгенологічних, клініко лабораторних, мікробіологічних, біохімічних та функціональних методів. Основним методом дослідження є променеве обстеження.

Після комплексного лікування на основі екстраплевральних торакопластик за новими модифікаціями, було відмічено у 100% хворих ефективне лікування, у всіх хворих мало місце припинення бактеріовиділення та закриття порожнини розпаду. При аналізі післяопераційного періоду реактивація туберкульозу не спостерігалася у 81% пацієнтів, загострення процесу у 6%, рецидиви – у 12%, летальність – 1%.

Модифікована екстраплевральна торакопластика повинна входити в перелік лікувальних заходів при поширеному, резистентному та деструктивному туберкульозі легень.

АНЕВРИЗМИ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Кмита О.П., Трофименко Є.С., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – асист. В.В. Мадяр

СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерапії

Аневризма – місцеве розширення прозору артерії внаслідок зміни чи пошкодження її стінки. Розрив аневризми частіше усього відбувається у віці від 30 до 50 років. Вперше зроблено вдале хірургічне втручання з приводу аневризми W.E.Dandy у 1937 році. Виникнення аневризм залежить від двох причин: присутності дегенеративних змін судинної стінки та факторів, що викликають їх.

Аневризми нерідко співпадають з пороками розвитку чи хворобами, які призводять до: 1) артеріальної гіпертензії; 2) пошкодженню сполучної тканини; 3) зміни церебральної геодинаміки. Існує безліч класифікацій аневризм головного мозку, найбільшого розповсюдження з них отримали – класифікація за формою, величиною та артерії, в якій вона заходить. Ризик крововиливу з нерозірваної аневризми складає біля 1% протягом одного року, однак ризик повторного крововиливу з аневризми значно збільшується і в перші 2 тижня після нього складає 15-25%, протягом першого півріччя – 50%. При аневризмі великого розміру збільшується і ризик крововиливу.

Ускладнення, які розвиваються в гострому періоді розриву аневризми, наступні: 1) повторний крововилив; 2) судинний спазм; 3) внутрішньомозкова кровотеча; 4) внутрішньошлуночкова кровотеча. Методи лікування аневризм: 1) хірургічний – кліпсування аневризми (відкрите втручання) та ендovasкулярне втручання; 2) консервативний.

У результаті проведених досліджень встановлено, що хірургічне лікування аневризм можна вважати найбільш доцільним, а саме - метод ендovasкулярного втручання, які дають від 65% до 98% успішних результатів. За період 2007-2010 років у нейрохірургічному відділенні СОКЛ виявлено 7 пацієнтів з аневризмою судин головного мозку. З метою лікування аневризми у цих пацієнтів було використано метод хірургічного втручання, тому, що консервативний метод вже застарілий, а ендovasкулярне втручання потребує спеціальної апаратури.

ВПЛИВ ТРИВАЛОГО ЛІКУВАННЯ НА РОЗВИТОК РЕЗИСТЕНТНОСТІ МБТ

Купина М.В., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – проф. І.Д. Дужий

СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізотерапії

Епідемічна ситуація щодо туберкульозу з кінця минулого століття в усьому світі прийняла загрозливий характер. В Україні у 1995 році ВООЗ зафіксувала епідемію цієї недуги. Ілюстрацією даної тези є наступні цифри. Якщо у 1986 році захворюваність на сухоти в Україні становила 36,0 на 100 тис населення, то вже у 1995 році – 57,0. Незважаючи на те, що з перших років незалежності нашої держави уряд намагається знайти вихід із скрутного становища, йому не вдається поки що застабілізувати положення. Більше того, протягом усіх наступних років захворювання на туберкульоз продовжувала зростати аж до 2006 року, досягши 83,4 на 100 тис населення. Серед причин, які ведуть до такого положення справ, безумовно, не одна. Ми вивчили характер процесу у 116 хворих, які були під нашим наглядом протягом останніх 10 років з метою оперативного лікування. Серед цих хворих було 12 (10,3%) осіб на інфільтративну форму туберкульозу легень, які мали стаж від 6 міс (5 осіб) до 5 років (7 осіб). Інші 38 (32,8%) - хворих на дисемінований туберкульоз від 6 міс (11 осіб) до 5 років (27 осіб). На фіброзно-кавернозний туберкульоз страждали 66 (56,9%) хворих. З них від 6 міс (6 осіб) до 5 років (60 хворих). Деструкцію мали 10 (8,6%) хворих на інфільтративний туберкульоз, 30 (25,9%) хворих на дисемінований і 66 (56,9%) – на фіброзно-кавернозний туберкульоз.

Із 12 хворих на інфільтративний туберкульоз МБТ резистентні до антибактеріальних препаратів були встановлені при виявленні хвороби у 2 (16,7%) осіб. Із 38 хворих на дисемінований туберкульоз резистентність МБТ до антибактеріальних препаратів при виявленні хвороби встановлена у 8 (21,1%) хворих, а при фіброзно-кавернозному туберкульозі легень із 66 хворих – у 17 (25,8%) осіб. Після лікування протягом зазначеного терміну резистентність була зафіксована у 10 (83%) хворих, що мали висхідний інфільтративний туберкульоз легень, у 22 (57,9%) хворих, що мали висхідний дисемінований туберкульоз і у 35 (53%) хворих, що мали фіброзно-кавернозний туберкульоз на момент їх взяття нами на облік з метою підготовки до оперативного втручання.

Отже, загалом резистентність при виявленні процесу мала місце у 27 (23,3%) хворих, а після лікування протягом 5 років – у 81 (70%) особи. Таким чином, після тривалого лікування резистентність при висхідній інфільтративній формі туберкульозу зросла у 5 разів; при дисемінованій формі туберкульозу – зросла у 2,7 рази, а при фіброзно-кавернозному туберкульозі – у 2,1 рази.

Отже, тривалість перебігу хвороби і, відповідно, тривалість лікування, негативно впливають на чутливість МБТ до антибактеріальних препаратів, а звідси – і на його ефективність. Останнім, на нашу думку, пояснюється стабільно висока захворюваність на туберкульоз легень (79,8 на 100 тис населення в Україні у 2007 році) та зростаюча смертність, що знаходиться у межах 21,4 у 2007 та 21,8% - у 2008 рр.

Покращити ці показники, на нашу думку, допоможе своєчасна передача хворих для подальшого лікування фахівцям хірургічного профілю. У протилежному разі розірвати епідеміологічний ланцюг: - джерело інфекції – шлях передачі – сприятливий мікроорганізм – буде важко.

ДО ПИТАННЯ ПОЄДНАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ І ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Скопюк Л.В., Купина М.В., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – проф. І.Д. Дужий

СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізотерапії

Поєднання ВІЛ-інфекції і туберкульозу все частіше зустрічається в країнах Східної Європи та Азії. Туберкульоз є основною причиною смерті у ВІЛ-інфікованих. У той же час майже третина із 40 млн ВІЛ-інфікованих водночас інфіковані мікобактеріями туберкульозу. Таке поєднання сприяє поширенню мультирезистентного туберкульозу, а з іншого боку гальмуючим чином впливає на різні ланки імунітету.

Діагностика ВІЛ-інфекції у хворих на туберкульоз здійснюється за регламентованою МОЗ схемою. Кожному пацієнту, що госпіталізований до Сумського обласного протитуберкульозного диспансеру, пропонується тестування та консультування щодо ризику інфікування ВІЛ. Лікар пояснює важливість проходження тесту для прийняття відповідних рішень. Пацієнт має право відмовитись від проходження обстеження на ВІЛ.

З 2003 по 2008 рік 97,8 % хворих у стаціонарному відділенні СОПТД обстежені на ВІЛ. Відмічається збільшення кількості виявлених хворих на ТБ/ВІЛ з 0,6 % до 1,6 % від загальної кількості обстежених.

У всіх випадках позитивні результати на ВІЛ виявлені вперше. Серед ВІЛ-позитивних хворих на легеневий туберкульоз становлять 63 %, туберкульоз позалегенової локалізації виявлений у 35 % хворих, а у 2 % - туберкульоз не був підтверджений після проведення пробного лікування і повторного обстеження хворих.

У 70 % хворих шлях зараження був ін'єкційним, у 12 % - статевий, у 18 % - шлях інфікування не встановлений.

При отриманні позитивного тесту на ВІЛ інфекцію спільно із спеціалістами центру СНІДу проводиться поглиблене обстеження хворих для визначення стадії ВІЛ-інфекції та необхідності призначення антиретровірусної терапії (АРТ).

При цьому дотримуються наступних підходів: лікування туберкульозу епідеміологічно більш важливе, ніж лікування ВІЛ-інфекції; лікування туберкульозу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів проводиться за тими ж схемами та тривалістю, що і у ВІЛ-негативних пацієнтів; якщо пацієнт вже отримує АРТ, її продовжують, а при необхідності проводять корекцію лікування з урахуванням сумісності АРВ та АМБ препаратів; після завершення основного курсу АМБТ протирецидивне профілактичне лікування не застосовується.

Лікування цієї категорії хворих проводиться 5-7 протитуберкульозними антибактеріальними препаратами. Залежно від важкості стану хворого призначається дезінтоксикаційна та симптоматична терапія.

За цей період померло 6 хворих на ТБ/ВІЛ інфекцією: 4 від прогресування менінгоенцефаліту туберкульозної етіології, 2 - від легеневих форм туберкульозу.

Основним питанням, яке постає перед лікарем при призначенні лікування таким хворим - відновити функцію імунної системи, продовжити та підвищити якість життя ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз.

СЕКЦІЯ ХІРУРГІЇ №2

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОКРОВОТОЧАЩЕГО РАКА ЖЕЛУДКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГАСТРЭКТОМИИ И ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКИ

Шепетько Е.Н., Фомин П.Д., Бельский А.Б., Гармаш Д.А.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, кафедра хирургии №3

Рак желудка занимает третье место в Украине в структуре онкологической заболеваемости среди мужчин и четвертое – среди женщин.

Цель: сравнить различные виды гастрэктомии и улучшить функциональные результаты ее при острокровотоочащем раке желудка применением еюногастропластики.

Материал и методы. Выполнено 213 гастрэктомий по поводу осложненного рака желудка с 1983 по 2009 год в хирургической клинике №3 Национального медицинского университета. Острое язвенное кровотечение было у 110 больных. Лимфодиссекция в объеме Д1 и Д2 выполнена у всех пациентов. Прослежена судьба у 106 пациентов. Для сравнения больные разделены на две группы: 41 пациент (1-я группа), оперированные по способу Гиляровича-Юдина и 65 больных (2-я группа), оперированные по Савиных с применением сагитальной диафрагмокуротомии. Предложен способ одномоментной реконструктивной еюногастропластики после гастрэктомии (патент Украины № 52020 А) путем сшивания петли тощей кишки в виде буквы Ф ("тройной анастомоз"), выполняющего функцию перемешивания пищевого комка в результате изо- и антиперистальтического положения сшиваемых петель тощей кишки, а также способ модифицированной аппаратной еюногастропластики (патент Украины №41335).

Результаты. Пациенты были оперированы в следующих стадиях опухолевого процесса: I ст. - 10(4,7 %), II ст. - 30(14,1 %), III ст. - 138 (64,8 %), IV ст. - 35 (16,4%). Во всей группе оперированных больных послеоперационная летальность составила 14,5%, при острокровотоочащем раке желудка - 11,2%. Пятилетняя выживаемость равнялась 44,5%, а 10-летняя - 8,9%. Медиана жизни составила 29 месяцев.

Одномоментная реконструктивная еюногастропластика после тотальной гастрэктомии выполнена 13 больным (в т.ч. 9 по поводу острокровотоочащего рака тела желудка в отсроченном периоде).

Обсуждение: По предложенному способу еюногастропластики удается сформировать "искусственный желудочек" необходимой емкости с антидемпинговыми характеристиками, при этом существенно не удлиняя времени оперативного вмешательства, а также снизить риск развития недостаточности швов применением модифицированного муфтообразного инвагинационного эзофагоеюноанастомоза. Аппаратная еюногастропластика позволяет значительно сократить время оперативного вмешательства и повысить его технологичность.

Выводы. В хирургическом лечении острокровотоочащего рака желудка у пациентов молодого и среднего возраста гастрэктомию целесообразно дополнять одномоментной реконструктивной еюногастропластикой ручным или аппаратным швом.

АНАТОМІЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ТРАВМІ СЕЛЕЗІНКИ

Попадинець В.М.

Науковий керівник — асист. В.Я. Пак

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Травма селезінки є однією з суттєвих і, на жаль, дотепер не вирішених, проблем хірургії. При поєднаній травми органів черевної порожнини пошкодження селезінки займає 50 %. Велика питома вага травматичних ушкоджень селезінки, загальна тенденція серед хірургів частіше проводити спленектомію, суперечливість даних літератури про постспленектомічний гіпоспленізм, вказують на актуальність даної проблеми на сучасному етапі.

Питання хірургічної тактики при травмах селезінки в даний час не вирішене. В останні десятиліття активно розробляється органозберігаюче направлення в хірургії ушкоджень селезінки. Для успішного виконання органозберігаючих оперативних втручань на селезінці необхідні знання її топографії, будови артеріального і венозного русла органу, а також розташування "малосудинних" проміжків, які розділяють орган на частки та сегменти і їх сполучнотканинний каркас.

За допомогою корозійного методу, гістологічних зрізів а також електронної мікроскопії, нами було встановлено деякі важливі аспекти в анатомічній структурі селезінки, які необхідно враховувати при виконанні органозберігаючих операцій.

Капсула селезінки складається з трьох шарів, основним з яких в морфо функціональному відношенні є середній шар, що запобігає розтягненню селезінки при зміні її об'єму. У зв'язку з необхідністю секторальної резекції селезінки хірургам слід враховувати напрямок основних пучків середнього шару, тому що від них залежить міцність капсули і, як наслідок, міцність швів при ушиванні рани. Розріз слід проводити так, щоб не пересікати основні, більш потужні пучки капсули, а шов накладати перпендикулярно до цього шару.

Морфологічна відповідність між внутрішньоорганими артеріальними гілками і однойменними венозними судинами селезінки людини створює артеріо–венозні комплекси, наявність яких дозволяє проводити часткову резекцію селезінки в межах частки або сегменту. Орієнтирами при секторальній резекції селезінки слід вважати форму розташування судин в ділянці воріт органу, наявність вирізків і заглиблень на її верхньому або нижньому краях і напрямком внутрішньоорганих міжсегментарних і міждольових судинних полів.

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

Попадинець В.М., Шевченко Ю.О.

Науковий керівник - д.м.н., проф. М.Г. Кононенко

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Гострий панкреатит за частотою виникнення займає 3 місце серед невідкладних хірургічних станів. В 90% випадків ускладнюється панкреанекрозом, який проявляється від незначного аутолізу клітин, до жирового та геморагічного некрозу тканин підшлункової залози з тяжкими метаблічними порушеннями, гіпотензією, секвестрацією рідини, поліорганною недостатністю та летальним наслідком. Програма лікування гострого панкреатиту має бути збудована з урахуванням етіології захворювання, ступеня тяжкості та клінічного перебігу. Одним з найважливіших пунктів цієї програми є антибіотикотерапія. При цьому для призначення антибіотиків при гострому панкреатиті слід визнати наступні покази: 1) Раннє призначення (до 72 годин) від початку розвитку панкреатиту з прогресуючою органною недостатністю. 2) Розвиток синдрому системної запальної відповіді. 3) Клінічне прогресуюче погіршення з чи/без ознак бактеріальної інфекції. 4) Екстрапанкреатична інфекція. 5) Після оперативного втручання з приводу інфікованого панкреанекрозу для попередження персистенції системного сепсису. 6) Некроз підшлункової залози, що охоплює більше 50% її площі.

Рекомендується використовувати режими антибактеріальної терапії, що включають препарати : карбапенеми, інгібітор захищені пеніциліни, цефалоспорины III та IV покоління, фторхінолони + метронідазол.

Безумовно, раціональна антимікробна профілактика та терапія є одним з основних пунктів лікування гострого панкреатиту. Однак на всіх етапах лікування даного захворювання необхідний постійний моніторинг ступеня тяжкості гострого панкреатиту за допомогою УЗД, КТ, котрі особливо важливі для оцінки ефективності антибактеріальної терапії та пошуку осумкованих утворень, тобто визначення показань для оперативного лікування.

ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ ОПЕРАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ГІГАНТСЬКИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖАХ

Попадинець В.М., Панов С.І., Валюх С.В.

Науковий керівник – к.м.н., доц. Л.Г. Каценко

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Кожне 10-те оперативне лікування патології органів черевної порожнини призводить до утворення післяопераційних вентральних гриж, оперативне лікування яких становить 10-15% від числа усіх операцій. Вдосконалення методики герніопластики продовжується і по-сьогодні, хоча їх понад 200.

В хірургії гриж запроваджено лапароскопічні технології, використовуються сучасні синтетичні матеріали (політетрафторетилен, поліпропілен). Однак основним моментом, що впливає на результат лікування, є вибір пластики для конкретного хворого. Сучасні синтетичні матеріали часто є високовартісними.

Враховуючи це, ми вдосконалили і впровадили в практику методику аутопластики дефектів передньої черевної стінки по Янову. В період з 2005 по 2009 рр. в хірургічному відділенні СМКЛ №5 – бази кафедри хірургії - було прооперовано 27 хворих з великими післяопераційними та рецидивними вентральними грижами, з розмірами грижових воріт від 10 до 20 см. Жінок було 20 (74%), чоловіків – 7 (26%). Грижа була 3-10 років. В передопераційному періоді адаптували хворих до умов майбутнього підвищеного внутрішньочеревного тиску. Як показали морфологічні дослідження, занурення шкіряного клаптя під апоневроз або очеревину, часто веде до спайкової хвороби, некрозу шкіри чи епітеліальних кіст. Тому, якщо це було можливо, ми вшивали очеревину та виконували пластику вертикальними П-подібними швами. Над шитим чи ні дефектом, на відстані 2-3 см від краю грижових воріт, проводили лігатури. При слабкості країв грижових воріт їх закріплювали циркулярно проведеною шкіряною стрічкою.

Видалений шкіряний клапоть обробляли 100° С дистильованою водою, деспітелізували, видаляли підшкірно-жирову клітковину і перфорували в шаховому порядку. Підготовлений аутогрансплантант епідермальною поверхнею вкладали на вшитий апоневроз або сальник у вікні грижового дефекту і підшивали його попередньо накладеними швами. Грижові ворота великого діаметру можна закрити подвійним шкіряним клаптем.

Післяопераційна рана дренивалась поліхлорвініловим дренажем, виведеним через контрапертурний розріз. До кінця трубки фіксували постійний відсмоктувач. Активний післяопераційний період передбачав рух хворих на 2-гу добу. Рецидиви гриж виникли у 2-х пацієнтів через надмірні фізичні навантаження після виписки.

Таким чином, вдосконалена методика герніопластики є надійною і не затратною.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ГЛОТКОВО-ШКІРНИХ ФІСТУЛ ПІСЛЯ ЛАРІНГЕКТОМІЇ

Гребенюк А.І.

Науковий керівник — к.м.н. І.О. Винниченко

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Рак гортані - одна із складних медико-соціальних проблем сучасної онкології. Захворюваність на рак гортані складає 0,8 – 5% серед всіх злоякісних захворювань, а серед хворих на онкопатологію ЛОР – органів – до 60%. Традиційним методом лікування хворих плоскоклітинним раком гортані та гортаноглотки залишається комбінований метод, що включає променеву терапію та оперативне лікування в об'ємі ларінгектомії. До найбільш частих післяопераційних ускладнень в ранньому післяопераційному періоді належить неспроможність швів глотки та розвиток глотково-шкірної нориці. Вони подовжують тривалість перебування в стаціонарі, результати та витрати на лікування.

Нами було проведено ретроспективне дослідження 23 хворих на рак гортані, яким була виконана тотальна ларінгектомія, в умовах торакального відділення Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру за період 2000-2005 рр.

Були розглянуті ряд факторів, які могли вплинути на розвиток ускладнення, як наприклад: стать, вік, наявність соматичної патології, локалізація пухлини, стадія, доопераційна променева терапія та трахеотомія.

У випадках, коли розвинулась глотково-шкірна нориця, ми розглядали тривалість перебування в стаціонарі і результат лікування цього ускладнення.

Глотково-шкірна фістула розвинулась у 5 (21,7%) хворих, в середньому на 9 добу після оперативного лікування. За даними літератури – таке ускладнення в межах від 3 до 65%.

В результаті дослідження не було встановлено достовірний зв'язок між розвитком фістули та статтю, локалізацією пухлини і стадією за TNM. Отримані дані показали повний зв'язок утворення фістули з передопераційною променевою терапією та трахеостомією, віком (понад 60 років), та наявністю соматичної патології. Середній час лікування хворих з норицею в стаціонарі склав 26 днів. Більшість фістул успішно проліковані консервативним шляхом.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВО-НЕКРОТИЧНОГО ЕНТЕРОКОЛІТУ В СОДКЛ ЗА ПЕРІОД 2005-2009 рр.

Овечкін В.С., Дорошенко В.В., Овечкін Д.В., Гуменюк Л.В., Хукаленко С.В.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

У Сумській обласній дитячій клінічній лікарні (СОДКЛ) за період 2005 – 2009 рр. проліковано 64 дитини з виразково-некротичним ентероколітом (ВНЕК) різних стадій. В усіх випадках ВНЕК не був самостійним захворюванням. Всі діти мали тяжку супутню патологію: гіпоксично-ішемічне враження ЦНС, внутрішньоутробну інфекцію, вади розвитку та ін.

Консервативна терапія проводилась у 100% випадків. Основою її було: повне парентеральне харчування та антибіотикотерапія. Призначались препарати з групи цефалоспоринові III-IV покоління, аміноглікозиди, метрогіл. 49 (76%) новонароджених виліковані консервативно. У 11 (18%) дітей виникли ускладнення у вигляді перфорацій кишечника, перитоніту. Після проведення належної передопераційної підготовки, стабілізації гемодинамічних показників проведено оперативне лікування, об'єм якого складав: ушивання перфоративних отворів або економна резекція ділянки кишечника з множинними перфораціями. Обов'язковим було виведення на передню черевну стінку кінцевої стоми.

Летальність при ВНЕК залишається високою. У СОДКЛ за період 2005 – 2009 рр. померло 8 (12,5%) новонароджених.

Висновок: новонародженим з ВНЕК III стадії необхідно обов'язково проводити оглядове рентгенологічне обстеження і при підозрі на перфорацію порожнинного органа виконувати діагностичну лапаротомію. При наявності множинних перфорацій кишечника – показана резекція сегмента кишки з виведенням кінцевої ілеостоми.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ

Овечкін В.С., Чижик В.М., Бідаков О.М., Овечкін Д.В., Мужопадхіяй Крішану, студ. 6-го курсу

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

В 1,1-2,6% новонароджених та у 10% дітей до року зустрічаються доброякісні пухлини судинної тканини – гемангіоми. В хірургічному відділенні Сумської обласної дитячої клінічної лікарні за період 2007 – 2009 рр. лікувалися з приводу гемангіом 103 дитини, з них 30 – хлопчики та 73 – дівчинки, що складає 29,2% та 70,8% відповідно. Локалізація: голова – 39 (37,8%), кінцівки – 25 (24,3%), тулуб – 37 (35,9%), пахова ділянка – 2 (1,9%).

Класифікація за гістологічною будовою: капілярна – 23 (22,3%), кавернозна – 62 (60,2%), змішана – 18 (17,5%). За видом та перебігом: 1) плями новонароджених; 2) внутрішньошкірні гемангіоми («лососева» пляма, винні плями, павукоподібна ангіома); 3) ювенільні ангіоми («полунична» пляма, капілярна гемангіома); 4) артеріо-венозні фістули; 5) варикозні ангіоми. Покази до оперативного лікування були: 1) бурхливий ріст гемангіоми (збільшення в 3-5 рази); 2) наявність ускладнень (виразкоутворення, кровотеча, інфікованість); 3) порушення функції життєво важливих органів; 4) рецидив; 5) неефективність консервативних методів лікування.

Лікування: а) криодеструкція рідким азотом; б) внутрішньоангіомна ін'єкційна гормонотерапія (використовувався кеналог 1-1,5мг/кг, преднізолон); в) хірургічне лікування. Рецидив спостерігали в 2 випадках після криодеструкції рідким азотом (1,9%).

Висновки: засоби й терміни лікування гемангіом визначаються локалізацією, розмірами, здатністю до інфільтративного росту й можливими ускладненнями. Вважаємо, що радикальному методу лікування – хірургічному видаленню - підлягають гемангіоми, що мають загальну площину 2,0 см² та більше.

ВИКОРИСТАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ ПОСДНАНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Николаєнко Р.М., Андрущенко В.В., Ситнік О.Л., Лукавенко І.М., Языков О.В.

Лікувально-діагностичний центр ДП «Сілмед»

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

За даними ВООЗ, до 25 – 30% хворих, госпіталізованих до хірургічних стаціонарів, мають два і більше поєднаних захворювання, для лікування яких треба використовувати різні методи хірургічного втручання. Для проведення так-званих симультанних операцій (СО) залучаються фахівці різних спеціальностей. Хірургічна тактика при одночасному лікуванні двох і більше захворювань розроблялась давно, але її розвиток стримувався травматичністю втручання та оперативного доступу, що негативно впливало на безпосередні та віддалені результати лікування. Впровадження сучасних технічних засобів, що скорочують термін втручання та дозволяють виконувати операції менш травматично, створили реальні умови для розширення об'єму втручань та виконання одночасно декількох операцій при поєднаній хірургічній патології. Починаючи з 2008 року в клініці «Сілмед» (м. Суми) при обстеженні пацієнтів впроваджено метод діагностичного пошуку, який дозволив виявити супровідну патологію хірургічного профілю, та виконувати одночасно операції на різних органах та анатомічних структурах організму хворого. СО з лапароскопічною холецистектомією (ЛХЕ) виконано 28 пацієнтам. Так ЛХЕ + екстирпація матки в зв'язку з лейоміомою виконана 8 пацієнтам; ЛХЕ + відкрита герніопластика – 20 хворим. До групи порівняння ввійшли 174 пацієнти у яких виконано ЛХЕ, 36 після герніопластики ПОВГ та 188 – після екстирпації матки в зв'язку з лейоміомою.

В якості діагностичних критеріїв, що свідчать про травматичність втручання, та тяжкість наркозу були взяті такі параметри: вид та кількість анальгетиків, що використані для знеболення п/о періоду, вираженість нудоти та блювання; тривалість госпіталізації; наявність п/о ускладнень. При порівнянні груп операцій очевидна перевага комбінованих втручань. При відкритій екстирпації матки середній ліжко-день склав 4,9 дні, при лікуванні вентральної грижі – 6,8 дні, при ЛХЕ – 3,5 дні. Помірний больовий синдром купірувався ненаркотичними анальгетиками протягом 2-3 днів. Почергове оперативне втручання відповідно сумарного збільшує ліжко-день, підвищує ризики медикаментозного навантаження на організм та ймовірність післяопераційних ускладнень. Доповнення традиційних втручань ЛХЕ збільшило тривалість операції на 20-25 хв., але це не вплинуло на показники післяопераційних ускладнень, перебування хворих на ліжку, інтенсивність больового синдрому.

Впровадження сучасних хірургічних методик з використанням відеоендоскопічного обладнання за рахунок мінімальної інвазивності дозволяє розширити показання до симультанних операцій, поліпшити якість надання медичної допомоги, інтенсифікувати роботу хірургічних стаціонарів. Виконання симультанних операцій в порівнянні з двома послідовними втручаннями, дозволяє поліпшити найближчі та віддалені результати лікування, скоротити ліжко-день та час втрати працездатності, знизити кількість ускладнень та економічні витрати, покращити соціальну та трудову реабілітацію.

РАДИОВОЛНОВАЯ ХИРУРГИЯ В ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИИ И АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Андрущенко В.В., Лукавенко И.М., Николаенко., Языков А.В.

Лечебно-диагностический центр ДП «Силмед»

СумГУ, кафедра хирургии с детской хирургией и курсом онкологии

В последние годы в медицинской практике стала широко применяться радиоволновая хирургия при помощи аппарата «Сургитрон», производства «Ellman International» (США). В основу метода положено испарение внутриклеточной жидкости под действием высокочастотных радиоволн (3,8 МГц). В результате происходит выпаривание клеток, непосредственно соприкасающихся с вольфрамовым электродом, чем достигается малотравматичное рассечение тканей с минимальным латеральным повреждением.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности метода радиоволновой хирургии при лечении доброкачественных новообразований кожи.

Под нашим наблюдением находилось 104 пациента, из них 20 человек (19,2%) с рубцовыми изменениями на коже и 84 (80,8%) человека с различными формами меланоцитарных невусов. Возраст больных варьировал от 18 до 65 лет. Меланоцитарные невусы локализовались на коже лица у 10,5% пациентов, на коже туловища у 45,0%, элементы с множественной локализацией на коже туловища и конечностей – у 44,5%.

Перед проведением лечебного мероприятия все пациенты подлежали клинико-лабораторному обследованию, осмотру онкохирургом. С точки зрения изменений, которые предшествуют меланомам, необходимо, прежде всего, уделять внимание не, столько клиническим, сколько гистологическим типам пигментных образований. Поэтому каждое вмешательство по поводу удаления меланоцитарных новообразований кожи должно заканчиваться гистологическим исследованием. Всем пациентам после проведения внутрикожной пробы проводилась местная инфльтрационная анестезия раствором новокаина. Оперативное вмешательство проводилось в трех режимах:

резекция, коагуляция, фульгурация. Это способствовало более радикальному удалению пораженной ткани и снижению послеоперационных осложнений. При большой площади удаления на послеоперационный дефект накладывались косметические швы атравматической нитью. Метод воздействия на ткани щадящий, что позволяет пациенту с первого дня после операции осуществлять самостоятельный уход за раной, ежедневно обрабатывая раствором антисептика с противовирусной активностью два раза в сутки. Повязка накладывается только на ночь, за исключением зон, раздражаемых одеждой. Контрольный осмотр хирургом проводился на 2-й и 7-й день после вмешательства. После отхождения струпа назначались регенерирующие кремы. Эпителизация наступала в течение 2-3х недель. Контрольные осмотры проводили через 1-2 месяца после операции и далее ежегодно. Наблюдение в течение года позволило установить клиническое излечение у всех больных с меланоцитарными невусами.

Таким образом, метод радиоволновой хирургической эксцизии при помощи аппарата «Сургитрон» позволяет ускорить и облегчить период реабилитации больных и сократить число рецидивов, а также обеспечить малотравматичное удаление новообразований кожи с быстрым послеоперационным заживлением и позволяет добиться высокого косметического эффекта при операциях в косметически значимых зонах.

ПРОФУЗНОЕ ТОЛСТОКИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

Курбанов А.К., Копецкая А.Н., Струменский Д.А.

Научный руководитель – проф. Е.Н. Шепетько

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, кафедра хирургии №3

Среди причин желудочно-кишечных кровотечений толстокишечное кровотечение из культи червеобразного отростка представляет собой крайнюю редкость.

Приводим пример клинического наблюдения толстокишечного кровотечения у пациента В., 23 лет, и.б. №17931, поступившего 15.12.2009г. в 2 ч.15 мин. в Киевский городской центр желудочно-кишечных кровотечений. 09.12.2009 г. пациент перенес лапароскопическую аппендэктомию по поводу острого простого аппендицита, ранний послеоперационный период протекал без особенностей. Кишечное кровотечение началось 14.12.2009 г. в 15.00 и проявилось семикратным выделением темно-вишневой крови и сгустков из прямой кишки, падением гемодинамики. Начаты консервативные мероприятия, включающие инфузионную (в т.ч. растворы гидроксипропилированного крахмала – рефортан, стабизол), гемостатическую (дицинон, тугина), антисекреторную (сандостатин) терапию. По данным ФЭГДС выявлен поверхностный антральный гастрит, рефлюкс-эзофагит. При RRS осмотрено 20 см. толстой кишки, в просвете измененная кровь, видимая слизистая и складки не изменены, анальный канал без особенностей. В связи с невозможностью исключить другие источники кишечного кровотечения (б-знь Рандю-Ослера, гемангиоматоз кишечника, дивертикул Меккеля и др.) выполнена FCS: толстая кишка осмотрена до слепой включительно, при этом на всем протяжении в просвете измененная кровь и сгустки, в куполе слепой кишки в зоне аппендэктомии фиксированный плотный кровяной сгусток с подтеканием крови из-под него. 16.12.2009 г. в 2 ч. 40 мин. в связи с продолжающимся кишечным кровотечением, снижением гемодинамики до АД 80/40 мм. рт. ст. и уровня гемоглобина до 69 г/л предпринято экстренное оперативное вмешательство после кратковременной подготовки больного в условиях реанимационного отделения, где начато переливание 575 мл. эритроцитарной массы и 500 мл. замороженной нативной плазмы. Во время операции после нижнесрединной лапаротомии в брюшной полости выпота нет, толстый кишечник заполнен кровью, тонкий - не изменен. Сняты два кيسетных лапароскопических шва. Обнаружено кровотечение из неклипированной культи аппендикулярного отростка с просачиванием крови по краям культи. Гемостаз, культя ушита челночным швом взхлест атравматической нитью (викрил 3/0) и погружена в стенку слепой кишки с наложением двух кисетных швов. Малый таз дренирован справа через контрапертуру. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная (цефтриаксон, метронидазол) терапия, коррекция постгеморрагической анемии (тотема). Рана зажила первичным натяжением, больной выписан на 10-ые сутки в удовлетворительном состоянии с показателями уровня гемоглобина 86 г/л.

Описанный случай относится к редкому наблюдению профузного толстокишечного кровотечения после лапароскопической аппендэктомии и свидетельствует о необходимости обязательного лигирования или клипирования культи червеобразного отростка во время лапароскопической аппендэктомии.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК

Андрющенко В.В., Жданов С.М., Лукавенко И.М., Николаенко Р.М., Языков А.В.

Лечебно-диагностический центр ДП «Силмед»,

СумГУ, кафедра хирургии с детской хирургией и курсом онкологии

Дисгормональные заболевания молочных желез, такие как, фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ), составляют 36-50% в общей популяции, а среди женщин репродуктивного возраста, страдающих различными видами гинекологической патологии заболеваемость достигает 67-95%. В лечебно-диагностическом центре «Силмед» в период с августа 2008 по декабрь 2009 года было проведено обследование 79 пациенток в возрасте от 18 до 55 лет с ФКМ. Кистозные образования молочных желез были выявлены у 42 больных, доброкачественные опухоли – у 39.

Эхографию производили на аппарате Kontron Medical Imagic – 5000. Пункция кист выполнялась строго под эхографическим контролем методом “свободной руки” 20 мл шприцем. У 35 женщин произведена пункция кисты с аспирацией содержимого и склерозированием полости 96% раствором этилового спирта. Такое лечение проводили женщинам с исключительно простыми солитарными кистами от 0,5 до 3,0 см в диаметре. Поскольку простые кисты

не пов'язані з підвищеним ризиком розвитку раку, деякі автори вважають, що цілесообразно спостерігати таких пацієнтів без подальшого спеціального лікування. В післяопераційному періоді нами проводилась базисна терапія ФКМ незалежно від результатів цитогамм. Динамічне спостереження хворих через 1-1,5 місяців після лікувально-діагностичної пункції показало, що лікувальний ефект досягнуто у всіх жінок. Предракова проліферація виявлена не була. Кисти розміром 2,0 – 3,0 см в діаметрі не піддалися повному склерозуванню, що вимагало доповнювальних пункцій. Хворих з гострими, швидкозростаючими кистами з перифокальним виспадінням і регіональним лімфаденітом лікували консервативно по власній методиці з використанням нестероїдних протизапальних засобів, антибіотиків, розсмоцуючої терапії. Багатокімнатні, довготривалі існуючі кисти піддалися хірургічному лікуванню в об'ємі секторальної резекції. Клініко-ехографічне дослідження хворих очаговими утвореннями молочних залоз з пункційною біопсією під УЗ-контролем дозволяє проводити диференціальну діагностику кист практично у всіх дослідюваних.

Лікувально-діагностична пункція кисти молочної залози з одночасним склерозуванням порожнини 96% етиловим спиртом, виконана з урахуванням протипоказань, є ефективною і безпечною альтернативою оперативному лікуванню.

ВИЗНАЧЕННЯ ЖИТТЄЗДАТНОСТІ КИШКОВОЇ СТІНКИ В ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ МОДЕЛІ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КРОВООБІГУ

Даниленко І.А., Манжос О.П.

Науковий керівник — проф. М.Г.Кононенко

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології, кафедра хімії

Визначення меж життєздатності кишки при різних формах порушення кровопостачання остаточно не вирішене. Незважаючи на постійний активний науковий пошук інформативних показників життєздатності, таких як опір тканин, оптичні та реологічні властивості, судинна реакція на дію медикаментів, біопотенціали інтрамуральних сплетень та інші, в хірургічній практиці межі резекції часто визначають лише суб'єктивно.

На жаль, точні об'єктивні методики використовуються в практичній хірургії вкрай рідко. При субтотальних некрозах тонкої кишки, особливо при гострих порушеннях мезентеріального кровообігу (ГПМК), першочергове завдання хірургічного лікування - залишити якнайдовшу життєздатну ділянку тонкої кишки для профілактики ентеральної недостатності. Вимірювання змін редокс-потенціалу тонкої кишки визнається найточнішим об'єктивним методом, бо репрезентує стан перш за все дихальних ферментних систем, що забезпечують клітини енергією.

Мета. Оцінити в експериментальних дослідженнях на лабораторних тваринах ефективність потенціометрії для діагностики життєздатності кишкової стінки на моделі ГПМК.

Матеріали та методи. Проведено експериментальне дослідження на 30 статевозрілих щурах, які розподілені на 5 груп по 6 тварин в кожній. Під кетаміновим в/м наркозом після лапаротомії моделювали ГПМК перев'язкою артеріальних живлячих тонку кишку судин, серединну рану зашивали. Експозиції декомпенсованого ГПМК в різних групах складали відповідно 2, 3, 4, 5, та 6 годин. Після повторного введення в наркоз визначали 4 ділянки тонкої кишки за різницею редокс-потенціалів слизової та серозної оболонок в 20, 25, 30 та 40 мВ. В подальшому досліджували ці визначені ділянки гістологічним та морфометричним методами.

Результати. 1. Різниця редокс-потенціалів між слизовою та серозною оболонками в 40 мВ свідчить про життєздатність кишки незалежно від терміну ішемії.

2. Зростання терміну ішемії зменшує відстань між життєздатною та незворотно зміненою ділянками кишки.

3. За тривалості ішемії 2 та 3 години візуальна оцінка життєздатності дала хибні результати, натомість редокс-метрія була достовірною.

Висновки. Об'єктивність оцінки життєздатності кишки за допомогою редокс-метрії дозволяє впровадити цей метод у клінічну практику.

ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОМУ СТАДІОНАННІ НЕМІЛКОКЛІТИННОГО РАКУ ЛЕГЕНЬ

Мадяр Б.В., студ. 5-го курсу

Науковий керівник - к.м.н. І.О. Винниченко

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Ступінь лімфогенного розповсюдження немілкоклітинного раку легень не тільки впливає на прогноз виживання, але й в значній мірі і на вибір тактики лікування. Найбільш невизначеною та дискусійною є тактика лікування при N2, та можливість неінвазійного визначення ураження медіастинальних лімфовузлів. Найбільш доступним неінвазійним методом є комп'ютерна томографія (КТ), а критерієм метастатичного ураження лімфатичних вузлів – їх діаметр більше 1 см.

Мета. Співставити діагностичну цінність комп'ютерної томографії на передопераційному етапі з результатами гістологічного обстеження лімфатичних вузлів, видалених під час хірургічного втручання.

Методи. Проведено аналіз 54 історій пацієнтів із немілкоклітинним раком легень, у яких КТ ОГК виявлені збільшені лімфатичні вузли середостіння. Хворі були оперовані в Сумському обласному клінічному онкологічному диспансері в 2007-2009 роках. Дані КТ співставлені з результатами гістологічного обстеження видалених лімфовузлів.

Результати. Використання КТ ОГК як єдиного методу оцінки лімфогенного розповсюдження раку легень часто приводить до неправильного стадіонування і відповідно вибору неоптимальної тактики лікування. Чутливість методу

склала 58%, специфічність – 68%. Отримані результати вказують на необхідність включення КТ до алгоритму діагностики передопераційних інвазивних методів, які мають більшу чутливість та інформативність.

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КРОВООБІГУ

Даниленко І.А., Борщ С.М., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – проф. М.Г. Кононенко

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Мета: порівняти ефективність різних методів оперативних втручань при гострому порушенні мезентеріального кровообігу (ГПМК).

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 110 пацієнтів з ГПМК, що лікувалися в Харківській міській клінічній лікарні швидкої невідкладної медичної допомоги ім. проф. А. І. Мещанінова з 2006 по 2008 роки. Прооперовано 62 (56,3%) пацієнтів. Порушення артеріального кровообігу діагностовано у 48, венозного - у 14. Внаслідок пізнього звернення за медичною допомогою, важкої супутньої патології, недосконалості діагностичного процесу всі пацієнти оперовані на стадії перитоніту. Діагностично-симптоматичних втручань - 45 з летальністю 94%, з них лапароцентез як єдине втручання - у 2, діагностична серединна лапаротомія - у 33, діагностична лапаротомія за Волковичем-Д'яконовим - у 5, відеолапароскопія - у 5. В усіх 3 осіб, що виписані з одужанням, діагностовано гостру інтестинальну ішемію в стадії компенсації. Радикальні операції - у 17 з летальністю 82%. Серед радикальних втручань окремо стоять найсучасніші - емболектомії з резекціями кишки різної довжини - у 1, резекція нежиттездатної ділянки без накладання анастомозу з подальшою програмованою релапаротомією - у 1, балонна транслюмінальна ангиопластика - у 1. Нажаль, використання приведених методик не призвело до видужання цих пацієнтів. Тактика "second - look" дозволяє зменшити час втручання на фоні важкого стану та відновити безперервність кишечника в більш сприятливих умовах. Серед 48 (43,7%) пацієнтів, що не були оперовані за різними причинами, летальність склала 95,9% (у 2 пацієнтів діагностовано гостру інтестинальну ішемію в стадії компенсації за допомогою ультразвукового дослідження).

Висновки: надвисока загальна летальність (92,8%) при ГПМК вимагає активної хірургічної тактики, незважаючи на стан пацієнта та стадію хвороби. Наявність субтотального інфаркту тонкої кишки ні в якому разі не є протипоказом для її резекції. Покращення результатів можливе перш за все при своєчасній діагностиці ГПМК.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Курочкин А.В., Конаныхин В.И., Хасим Хамед - студ. 5-го курса

Научный руководитель – к.м.н. И.А Винниченко

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Материалы. Рак щитовидной железы является наиболее актуальной проблемой среди всех злокачественных новообразований эндокринных органов человека. Современные методы диагностики и лечения позволяют достичь 95-98% 5-ти летней выживаемости пациентов, что является одним из самых высоких показателей среди других злокачественных новообразований человека. Но до сих пор продолжают дебатов относительно объема первичного оперативного вмешательства, послеоперационного мониторинга пациентов с данной локализацией.

Методы. Проведен анализ диагностики и лечения 56 пациентов с дифференцированным раком щитовидной железы за период 2008-2009г.. У всех пациентов операция дополнялась стандартной центральной диссекцией шеи (удаление предгортанной, паратрахеальной клетчатки). У 52 пациентов произведена экстрафасциальная тиреоидэктомия, у 4-х – субтотальная резекция щитовидной железы, учитывая благоприятные прогностические признаки (возраст до 45 лет, размеры опухоли до 10 мм в диаметре, отсутствие экстракапсулярной инвазии и регионарных метастазов). Наличие метастазов в регионарные шейные лимфатические узлы послужило показанием для проведения фасциально-фулярной экцизии лимфатических узлов у 12 пациентов.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 4-х пациентов выявлена гипокальциемия, которая купировалась пероральным приемом препаратов кальция. У 3 пациентов отмечались явления пареза голосовых связок. Они полностью купировались в течении месяца после консервативного лечения. Послеоперационной смертности не было.

Выводы. Тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией наиболее часто осложняется послеоперационной гипокальциемией, транзиторным парезом голосовых связок. Органосохраняющие операции при раке щитовидной железы выполнимы только при соблюдении вышеуказанных критериев.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПОЛОСТИ РТА И НИЖНЕЙ ГУБЫ

Курочкин А.В, Конаныхин В.И., Олу Воле, студ. 5-го курса

Научный руководитель – к.м.н. И.А Винниченко

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Материалы. Хирургическое лечение орофарингеального рака занимает ведущее место и является наиболее ответственным этапом лечения. Косметические и функциональные нарушения после комбинированных или расширенных вмешательств (искажение лица, нарушение речи, дыхания, актов жевания и глотания) не дают возможности больным не только работать, но часто и вообще находиться в обществе. Основными показателями успешно проведенного лечения являются срок и качество его дальнейшей жизни больного после операции.

Методи. Для пластического закрытия послеоперационных дефектов орофарингеальной области использовались следующие аутоотрансплантаты: а) кожно-мышечный лоскут с включением грудино-ключично-сосцевидной мышцы; б) кожно-мышечный лоскут с включением подгиоидных мышц; в) носогубный лоскут. Прооперировано 12 пациентов с первичной пластикой дефектов орофарингеальной зоны.

Результаты. У всех больных достигнут удовлетворительный косметический и эстетический результат. Восстановлена каркасная и барьерная функция. В раннем послеоперационном периоде у 2-х пациентов отмечен частичный краевой некроз кожных лоскутов, эпителизация которых достигнута консервативными методами.

Выводы. Использование кожно-мышечных лоскутов с магистральным сосудистым рисунком позволяет:

1. Расширить показания к хирургическому лечению особенно у пациентов, которые раньше считались неоперабельными и некурабельными.
2. Сократить сроки пребывания пациентов в стационаре.
3. Снизить вероятность некроза тканей и, соответственно, получить хорошие функциональные и косметические результаты
4. Повысить абластичность хирургического вмешательства, поскольку расширение границ удаления тканей не обязательно влечет за собой невозможность замещения дефекта.

ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ ТРАВМИ ТА СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З МНОЖИННИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ

Коробова С.П.

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Г. Кононенко

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Технічний прогрес впливає на збільшення кількості та тяжкості травм, летальність при яких сягає 60 %. Першим способом оцінки пошкоджень стала шкала AIS (Abbreviated Injury Score). На її основі була запропонована шкала ISS (Injury Severity Score) та NISS (New Injury Severity Score), які базуються на виділенні трьох найтяжчих пошкоджень. Для визначення патофізіологічних змін та прогнозу хворого використовується шкала RTS (Revised Trauma Score). Об'єднання шкал RTS і ISS створило TRISS (Trauma Score – Injury Severity Score), яка на сьогоднішній день використовується як міжнародний стандарт.

Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 135 пацієнтів з множинними пошкодженнями органів черевної порожнини. Основний механізм травми – це дорожньо-транспортні пригоди (79 або 58,5%) та падіння з висоти (42 або 31,1%); інші причини – у 14(10,4%). Монотравма живота діагностована у 8(5,9%), політравма – у 127(94,1%). Згідно ISS усі травмовані були розподілені на три групи.

До першої групи (до 25 балів за ISS) включено 32 травмованих, травма яких оцінювалась як середньої важкості. В шоковому стані знаходилось 11(34,4%) хворих, індекс Альговера становив в середньому 0,84, показник за шкалою ком Глазго 9,5±1. За ISS середній бал становив 19,1±3, за NISS – 22,9±5. При прогнозуванні наслідку травми індекс RTS склав 6,1, що відповідає за TRISS 91,8±9% виживання. Померло 6(18,8%) хворих, летальність була зумовлена множинними абдомінальними пошкодженнями.

До другої групи (26-49 балів за ISS) віднесли 92 постраждалих, травма яких розцінювалась як важка. Шоковий стан діагностовано у 67(72,8%), середній індекс Альговера становив 1,15, показник за шкалою ком Глазго – 7,5±2 бали. За ISS та NISS середня кількість балів склала 34,3 ±6 та 36,9 ±7 відповідно. Таким чином, на летальність цієї групи хворих впливає тяжкість не лише абдомінальних, а й екстраабдомінальних пошкоджень. Прогноз щодо виживання становить 5,3 ±1 за RTS, з урахуванням віку – 63,5±27% за TRISS. Померло 65(70,7%).

До третьої групи віднесли 11 травмованих із кількістю балів 50 і більше. Всі пацієнти знаходились у шоковому стані. Середній індекс Альговера становив 1,6, показник за шкалою ком Глазго – 4,2±1 бали. Пошкодження двох органів черевної порожнини діагностовано у 8(7,3%), в середньому по 2,4 на хворого. У пацієнтів третьої групи середній бал за NISS та ISS склав 50,8 ±5, летальність сягає 100%, травмовані мали важкі пошкодження, несумісні з життям, хоча показник RTS в середньому складає 3,7 ±1, а TRISS=18,6%. Коефіцієнти кореляції ISS $r=0,9$, $t=5,56$ ($p<0,001$). Критерій відповідності $\chi^2=42,21$, $p<0,05$.

Таким чином, існуючі системи оцінки важкості травми та прогнозування її наслідку дають цілісну картину при сумісному їх використанні при множинних пошкодженнях черевних органів.

ТАКТИКА DAMAGE CONTROL ПРИ ПОШКОДЖЕННІ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Коробова С.П.

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Г. Кононенко

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Кінець двадцятого та початок двадцять першого століття характеризуються бурхливим розвитком науково-технічного прогресу, одним із негативних наслідків якого є збільшення травм мирного часу. Неможливість виконання радикальних оперативних втручань при цих травмах пов'язана з критичним станом постраждалого, розвитком коагулопатії, що разом із гіпотермією та ацидозом утворюють зачароване коло. Єдиним можливим лікувальним заходом у таких ситуаціях стають етапні оперативні втручання за методикою „damage control”.

Проведений аналіз лікування 29 пацієнтів з масивними травмами печінки, оперованих за методикою damage control. Таку тактику вважали показаною при декомпенсованому шоці, тяжких екстраабдомінальних пошкодженнях.

Першим етапом було розкриття черевної порожнини зі швидкою ревізією органів і тимчасовим гемостазом. Печінку здавлювали у передньо-задньому напрямку 5-7 марлевими тампонами. Після цього пацієнтам з ізольованим її пошкодженням живіт тимчасово закривали, а при множинних пошкодженнях органів живота коригували інші травми.

Пошкоджену селезінку (4 пацієнти) намагалися видалити відразу. При поєднанні із травмами порожнистих органів (2 пацієнти) гемостаз здійснювали накладанням затискача на ніжку. Невеликі рани тонкої кишки зашили відразу у 2 постраждалих. Більш масивні травми тонкої (1 пацієнт) і товстої кишки (5 пацієнтів, у тому числі 2 з пошкодженням селезінки) були тимчасово відмежовані від черевної порожнини. Завершували цей етап операції тимчасовим закриттям черевної порожнини.

На другому етапі – періоді інтенсивної терапії – проводили інфузійну терапію. Після завершення лапаротомії хворого залишали в операційній до стабілізації основних систем гомеостазу і контролю гемостазу. Після відносної стабілізації стану хворого доставляли до відділення інтенсивної терапії.

Третім етапом проводилась остаточна корекція пошкоджених органів. Повторне втручання проведено через 2 години у 12(41,4%) травмованих, через 4 години – у 11(37,9%), через 6 годин – у 6(20,7%). Основний принцип - видалення тампонів, згустків крові і детальна ревізія живота. Великі судини, що кровоточили, прошивали окремими швами. Рани печінки зашивали вузловими кетгутовими швами з тампонуванням великим сальником. Пошкоджену селезінку, маніпуляції на якій не вдалося виконати при першому етапі (спайковий процес, недостатня кваліфікація лікаря), видалили у всіх пацієнтів. Усі шви тонкої кишки, які були накладені під час першого етапу, обов'язково перевірялися на спроможність. Тимчасово ізольовані рани тонкої та товстої кишок ретельно оглядалися. Усі підозрілі та некротизовані краї рани висікали і дефект зашивали.

Померло 15(51,7%) хворих. Основною причиною смерті була гостра серцево-судинна недостатність внаслідок декомпенсованого травматичного шоку.

ТРАВМОГЕНЕЗ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ УШКОДЖЕНЬ

Коробова С.П.

Науковий керівник – д.м.н., проф. М.Г. Кононенко

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

За останні роки прогресивно зростає кількість механічних травм. Це пов'язують з підвищенням темпу життя та впливаючої з цього дорожньо-транспортної травми. Проведений аналіз результатів лікування 171 пацієнтів з пошкодженнями органів черевної порожнини внаслідок дорожньо-транспортних пригод (ДТП).

Більшість травмованих (76 або 44,6%) були водії транспортних засобів. Середні строки госпіталізації склали 0,65 год. Монотравма живота була діагностована у 2(2,6%), поєднана – у 74(97,4%) пацієнтів. Травма двох ділянок тіла виявлена у 26(34,2%), переважно за рахунок поєднання із скелетною травмою (12 або 15,8%). Краніо-торакальна поєднана травма – у 9(11,8%), краніо-скелетна – у 10(13,2%); краніо-торако-скелетна – у 24(31,6%). Травму одного органа черевної порожнини діагностували у 32(42,1%) травмованих. Серед множинних пошкоджень травма лише паренхіматозних органів виявлена у 12(7,9%), порожнистих – у 9(10,5%), поєднання травми порожнистих та паренхіматозних органів – у 23(15,8%). Найбільш часто травмувались селезінка – у 36(47%), печінка – у 26(34,2%) та тонка кишка – у 30(39,5%). Середній показник травмованих водіїв за шкалою ISS становив $31,9 \pm 9$ балів, за RTS — 6,03. Померло 43(56%) хворих.

Серед пасажирів (38 або 22,0%) середні терміни доставки до лікарні – 1,1 год. Монотравма живота діагностована у 5(13,9%). Пошкодження двох ділянок тіла виявлено у 10(27,8%), трьох – у 19(52,8%). Травма одного органу черевної порожнини діагностована у 21(55,3%) травмованих. Множинні пошкодження паренхіматозних органів – у 3(7,9%), поєднання травми порожнистих та паренхіматозних органів – у 14(36,8%). Частіше пошкоджувались печінка — у 20(52,6%) та тонка кишка — у 7(18,4%). Середній показник за шкалою ISS становив $28,6 \pm 10$ балів, за шкалою RTS — 6,08. Загибло 9(24%) хворих.

Серед 57 (33,4%) пішоходів середні терміни шпиталізації – 1,0 год. Діагностовано лише поєднані пошкодження живота: травма двох ділянок тіла – у 17(29,8%), в основному, за рахунок краніо-абдомінальної травми (10 або 17,5%); трьох частин тіла – у 23(40,3%), переважно (14 або 24,6%) з краніо-торакальною травмою; чотирьох ділянок тіла – у 17(29,8%). Травму одного органа живота діагностували у 31(54,4%), множинні пошкодження – у 26(45,6%): паренхіматозні органи – у 6(10,5%), порожнисті – у 8(10,5%), поєднання порожнистих та паренхіматозних органів – у 12(14,0%). Частіше травмувалась селезінка — у 31(54,4%) та тонка кишка — у 19(33,3%). Середній показник за ISS становив $32,9 \pm 8$ балів, за RTS — 6,10. Померло 36(63%).

Виявляється прямий сильний вплив кількості балів за шкалою ISS на показники летальності ($r=0,9$; $\chi^2=509,7$; $t>3$, $p<0,05$). Водії транспортних засобів померли переважно від пошкодження живота та ЧМТ (по 14 або 32,6%), пасажирів – також від травми живота (5 або 55,6%), а серед пішоходів домінуючою травмою була ЧМТ – у 21(58,3%).

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ МЕТОДУ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

Кащенко Л.Г., Лундін М.С., студ. 4-го курсу, Микитин В.З., студ. 5-го курсу

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Проблема лікування хворих на післяопераційні вентральні грижі актуальна, оскільки результати хірургічної корекції даної патології залишаються незадовільними через високу частоту рецидивів (10 - 45,5% і більше). Одна із причин – використання нерациональних методів пластики і видів пластичних матеріалів.

Нами вивчено в експерименті фізичні властивості (міцність на розрив) перфорованих звичайних та армованих (композитних) шкірних клаптів у залежності від форми, розмірів перфоративних отворів та відстані між ними; оцінено стан інтеграції в тканини піддослідних тварин (кролі) різних композитних аутодермальних трансплантатів. Використовувались інструментальні, гістологічні, хірургічні та статистичні методи дослідження.

Міцність клаптів шкіри вивчали за допомогою розривної машини для перевірки міцності хірургічного шовного матеріалу в наступних зразках: суцільний клапоть шкіри (без перфоративних отворів); клапті, перфоровані лінійно в поперечному напрямку (довжина перфорації 0,5 та 1,0см); перфоровані лінійно в повздовжньому напрямку (довжина перфорації 0,5 та 1,0см); клапті, перфоровані круглими отворами (\varnothing 3,0мм) з відстанню між отворами 0,5 та 1,0см ; композитні з круглими отворами (\varnothing 3,0мм), армовані капроною ниткою №2 та нікель-хромовим дротом ПНХ (\varnothing 26.7мкм).

Найбільш міцними на розрив виявились композитні зразки шкіри, перфоровані круглими отворами (\varnothing 3,0мм) з відстанню між отворами 0.5см, армовані капроновими нитками та нікель-хромовим дротом. Межа їх міцності на розрив була майже такою, як і для суцільного клаптя. Виявилось також, що клапті, армовані капроновими нитками міцніші на розрив ніж клапті, армовані нікель-хромовим дротом. Межею міцності для них було зусилля $172,4 \pm 0,5$ г/мм² і $164,6 \pm 0,8$ г/мм² відповідно ($P < 0,001$). Але, якщо зважити на те, що нікель-хромовий дріт був майже у 5 разів тоншим за капронові нитки №2, то така різниця стає цілком зрозумілою.

При гістологічному дослідженні видалених від експериментальних тварин через 30 днів після імплантації композитних (армованих капроновими нитками №2) клаптів шкіри у всіх досліджуваних зразках виявлено помірне розростання грубоволокнистої сполучної тканини, значну інфільтрацію лімфогістіоцитами та фібробластиами. У зразках шкіри, армованих нікель-хромовим дротом спостерігалось значне розростання навколо нього фрагментів грубоволокнистої сполучної тканини з великою кількістю фіброцитів і колагенових волокон. Крім того, навколо дроту визначалась незначна кількість нейтрофільних гранулоцитів, що свідчило про відсутність запального процесу і переважання дозрівання грануляційної тканини.

Таким чином, проведене дослідження дає змогу удосконалити метод аутодермальної пластики у хворих на післяопераційні вентральні грижі, шляхом застосування перфорованих композитних (армованих капроною ниткою або нікель-хромовим дротом) аутодермальних трансплантатів, що дозволить надійно закрити грижовий дефект передньої черевної стінки за умов дефіциту шкіри, або коли неможливо повністю її використати для трансплантації.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЗВИЧАЙНОГО І АРМОВАНОГО ШКІРНИХ КЛАПТІВ ДЛЯ АУТОПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

*Каценко Л.Г., Микитин В.З., студ. 5-го курсу, Лундін М.С., студ 4-го курсу
СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології*

Згідно сучасної концепції етіопатогенезу гриж і їх рецидивів провідним чинником вважається захворювання сполучної тканини. Тому, для надійного закриття грижового дефекту цілком виправдано застосування різних ауто- і алопластичних матеріалів для додаткового збільшення механічної міцності тканин у зоні пластики грижових воріт, особливо при великих і гігантських вентральних грижах.

Нами в експерименті вивчені фізичні властивості суцільного та перфорованих звичайних та армованих (композитних) шкірних клаптів у залежності від форми, розмірів перфоративних отворів та відстані між ними. Для дослідження використовували шкіру, забрану на аутопсії з ділянки передньої черевної стінки від п'яти трупів людей жіночої статі, приблизно однакових за віком, конституцією та станом шкірних покривів. Шкірні клапті ретельно звільняли від епідермісу після термічної обробки за методикою Янова (експресний термічний спосіб). Підшкірно-жирову клітковину повністю видаляли. Товщину шкіри вимірювали нанометром. Міцність клаптів шкіри вивчали за допомогою розривної машини. Визначали показники розтягуючого зусилля, необхідного для розриву та розраховували межу міцності для кожного із наступних зразків: суцільний клапоть шкіри (без перфоративних отворів); клапті, перфоровані лінійно в поперечному та повздовжньому напрямках (довжина перфорації 0,5 та 1,0см); клапті, перфоровані круглими отворами \varnothing 3,0мм з відстанню між отворами 0,5 та 1,0см ; з круглими отворами \varnothing 3,0мм, армовані капроною ниткою №2 та нікель-хромовим дротом ПНХ (\varnothing 26.7мкм).

Аналізуючи отримані дані, виявилось, що зразок шкіри, перфорований лінійно у поперечному напрямку з довжиною розрізів 1,0см був в 1,7 разів слабкіший на розрив, ніж суцільний клапоть. Його межа міцності склала лише $98,2 \pm 1,2$ г/мм² проти $175,4 \pm 0,8$ г/мм² у суцільного зразка ($P < 0,001$). Клапоть шкіри з лінійними перфораціями в поперечному напрямку з довжиною розрізів 0.5см був міцніший попереднього (довжина перфоративних отворів 1,0см) на 14% , межа його міцності дорівнювала $112,0 \pm 1,2$ г/мм² проти $98,2 \pm 1,2$ г/мм² ($P < 0,001$).

Порівнюючи межу міцності шкірних клаптів, перфорованих в повздовжньому напрямку з довжиною розрізів 1,0см і клаптів з аналогічною перфорацією, але з довжиною 0,5см, виявилось, що останній був більш міцнішим за попередній. Межа міцності склала $114,4 \pm 1,1$ г/мм² і $117,4 \pm 1,1$ г/мм² відповідно ($P < 0,001$).

Шкірні клапті, перфоровані круглими отворами \varnothing 3,0мм, з відстанню між ними 1,0см, рівно як і з відстанню 0.5см були значно слабкішими на розрив ніж суцільні клапті, але перфоровані з відстанню 0,5см були достовірно більш кріпкими за такий з відстанню між отворами в 1,0см. Межа міцності їх досягла $156,4 \pm 0,9$ г/мм² і $152,4 \pm 1,1$ г/мм² відповідно ($P < 0,001$).

Найбільш міцними на розрив виявились композитні зразки, перфоровані круглими отворами \varnothing 3,0мм з відстанню між отворами 0,5см, армовані капроновими нитками та нікель-хромовим дротом. Межею міцності для них було зусилля $172,4 \pm 0,5$ г/мм² і $164,6 \pm 0,8$ г/мм² відповідно ($P < 0,001$), що майже дорівнювала показникам для суцільного клаптя.

УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ СТІНКИ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ СПАЙКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ

Пак В.Я.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією і курсом онкології

Незважаючи на досягнення науки, шляхи розвитку захворювання і механізми формування його ускладнень часто залишаються нез'ясованими. Спайкова непрохідність тонкої кишки супроводжується значними порушеннями гомеостазу, контамінацією і транслокацією мікроорганізмів. Всі ці явища пояснюються патофізіологічними процесами у порожнині, стінці кишки та інших органах. Морфологічним змінам шарів тонкої кишки у патогенезі цього захворювання надається значно менше значення, а зміни у будові та функції клітин у динаміці розвитку непрохідності не висвітлені у доступній нам літературі. Метою роботи було виявлення субмікроскопічних особливостей архітекτονіки клітин тонкої кишки у ділянці спайкового процесу в динаміці прогресування її гострої спайкової непрохідності залежно від терміну (до 6 годин, 6-12 годин і 12 та більше годин) з початку захворювання. Дослідження ультраструктурної архітектоніки стовпчастих епітеліоцитів, бокаловидних екзокриноцитів, гладких міоцитів, ендотеліоцитів кровоносних капілярів і мезотеліальних клітин тонкої кишки проведено у 10 хворих і виявило наявність у цих клітинах дистрофічних і деструктивних порушень, а глибина і ступінь їх наростає у процесі збільшення часу протікання гострої спайкової непрохідності тонкої кишки. Динаміка змін ультраструктурної організації стовпчастих епітеліоцитів слизової оболонки при розвитку непрохідності тонкої кишки спайкового генезу свідчила про різке зниження функціональної активності органел. Порушується біоенергетичне забезпечення синтетичних процесів, що структурно проявляється набуханням мітохондрій та розрушенням їх крист і зовнішніх мембран. У термін більше 12 годин від початку непрохідності спостерігається вогнищевий лізис, а іноді і фрагментація мембран гранулярної ендоплазматичної сітки. Ядра гладких міоцитів містили конденсований хроматин, цитоплазма їх заповнена великою кількістю безпорадково орієнтованих пучків мікрофіламентів. Навколо гладких міоцитів багато еластичних і колагенових волокон, цитоплазматична мембрана утворює інвагінації, на її поверхні були присутні мікропіноцитозні міхурці та кавеоли. Ендотеліоцити кровоносних капілярів слизової оболонки тонкої кишки набухли з електронно-прозорою гіалоплазмою. Просвіт капілярів звужений. Ядра ендотеліоцитів зберігали типову структуру, однак, матрикс їх ущільнений та осміофільний. Органели ендотеліоцитів розміщувалися переважно у перинуклеарній ділянці цитоплазми. Після 12 годин у посвіті капілярів знаходили скупчення еритроцитів, обривки дегенеративно змінених органел і мембран, а також детрит безструктурної аморфної субстанції різної електронної щільності. Практично повна відсутність у цитоплазмі відростків ендотеліоцитів мікропіноцитозних міхурців вказує на зниження активності трансцелюлярного транспорту речовин і електролітів через капілярну стінку. Практично повному розрушенню піддаються мезотеліальні клітини. Ядра їх пікнотичні. Хроматин конденсований у вигляді осміофільного кільця вздовж ядерної мембрани. Мітохондрії і мембрани гранулярного ендоплазматичного ретикулулу лізовані. Цитоплазма заповнена великою кількістю вторинних лізосом, а вільні рибосоми практично відсутні. По мірі збільшення часу протікання непрохідності дистрофічні порушення у субмікроскопічній організації клітин слизової оболонки тонкої кишки в ділянці локалізації спайок переростають у деструктивну фазу і стають незворотними після 12 годин від початку захворювання.

У ранні терміни непрохідності виявлені зміни у вивчених клітинах є зворотними після усунення патогенного фактора, однак у подальшому вони швидко переходять у деструктивну фазу і стають незворотними. При виборі хірургічної тактики, призначенні фармакологічних препаратів та виконанні оперативного втручання, зокрема накладанні анастомозів та інтубації кишки, повинні враховуватися морфологічні зміни стінки тонкої кишки.

ОПТИМІЗАЦІЯ РАНЬОГО ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ СПАЙКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТОНКОЇ КИШКИ

Пак В.Я., Калуцька Н.Г., студ. 6-го курсу, Снегір'ова І.С., студ. 6-го курсу

Науковий керівник - В.Я. Пак

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією і курсом онкології

У багатьох експериментальних і клінічних дослідженнях доказано, що тривала відсутність поступлення нутрієнтів у шлунково-кишковий тракт призводить до дистрофії слизової оболонки, сповільнює моторно-евакуаторну функцію, гальмує продукцію гостро-інтестинальних гормонів, знижує мезентеріальний та печінковий кровотік. Нами вивчені результати лікування 58 хворих оперованих з приводу гострої спайкової непрохідності тонкої кишки з її інтубацією та інтраопераційною аспірацією кишкового вмісту. Пацієнтів розділено на дві групи. Перша група – основна - 22 хворі яким через 4-6 год після закінчення операції проводили лаваж тонкої кишки 10% р-ном NaCl для стимуляції моторики, усунення набряку слизової, зменшення бактеріальної контамінації і транслокації, посилення бар'єрної функції кишечника через вироблення слизу та відновлення функції лімфоїдної тканини. Згодом, через 1-2 год починали раннє ентеральне харчування (РЕХ) із введення глюкозо-солевих сумішей у кількості 600-800 мл та пробіотика «Ентерожерміна» 10,0 зі швидкістю 30-35 мл/год і через 20-24 год застосовували суміш «Берламін Модуляр» у кількості 200 гр сухої речовини з темпом інфузії 20 мл/год. Друга група – контрольна - 36 пацієнтів, результати лікування яких вивчено ретроспективно. РЕХ полягало у тому, що через 1-1,5 год після закінчення операції починали крапельне введення у інтестинальний зод 5-10% глюкози, фізіологічного р-ну NaCl, р-ну Рінгера, а згодом молока, молочно-ячної суміші, кефіру.

У 19(86,3%) хворих 1-ї групи поява активної перистальтики відмічалася уже через 24-28 год з часу закінчення операції, гіпертермію спостерігали як субфебрильну і лише у перші 2-3 дні у 10(45,4%) оперованих. Протягом такого ж терміну у 13(59,1%) відмічався помірний ($10-11 \times 10^9$) лейкоцитоз і тільки у 3 із них (23,07%) спостерігали зсув формули вліво. Гіпопротеїнемія діагностована на 2-4 день після операції у 6(27,2%) пацієнтів і вона ліквідована

протягом 5-7 діб. Відходження газів і самостійна дефекація виникли на 2-3 день післяопераційного періоду, а пронос, синдром перевантаження їжею та запальні септичні ускладнення у хворих основної групи не діагностували.

У пацієнтів контрольної групи констатували: фебрильну гіпертермію - у 26(72,2%), нейтрофільний лейкоцитоз - у 24(66,6%), гіпопротеїнемію (54,2-59,6_{г/л}) - у 16(44,4%). Активна перистальтика появилась лише на 3-4 день, а у 4 хворих (11,1%) її вдалося поновити тільки на 6-й день після медикаментозної стимуляції, у тому числі клізмою за Огневим. У 7(19,4%) пацієнтів відмічали діарею протягом 2-7 дня, що потребувало застосування лопераміду 2-4 мг після кожної дефекації. Синдром перевантаження їжею (нудота, блювання, діарея, аритмія серця, гіперглікемія) діагностували у 3(8,3%), пневмонію - у 1(2,8%), а гнійно-септичні ускладнення післяопераційної рани - у 4(11,1%) хворих.

Пацієнтам оперованим з приводу спайкової непрохідності тонкої кишки раннє ентеральне харчування потрібно починати із лаважу кишечника і введення мономерних сумішей та пробіотиків для відновлення функції тонкої кишки, а з початку 2-ї доби післяопераційного періоду, за умови відновлення перистальтики шлунково-кишкового тракту, крапельно через інтестинальний зонд вводити розчинені у кип'яченій воді сучасні полісубстратні полімерні збалансовані суміші високої калорійності.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНАЭРОБНЫМИ ПАРАПРОКТИТАМИ

Шевченко М.В., студ. 5-го курса

Научный руководитель – доц. В.И. Бугаев

СумГУ, кафедра хирургии с детской хирургией и курсом онкологии

Мы располагаем опытом лечения 786 больных с острым парапроктитом, которые находились на лечении в клинике за период 2003 – 2007 г.г. Острый анаэробный парапроктит был диагностирован у 23 больных (2,9%). Мужчин было 14, женщин – 9 в возрасте от 30 до 65 лет. Все больные госпитализированы в поздние сроки (от 6 до 12 суток) от начала заболевания. Такая запоздалая госпитализация значительно утяжеляла состояние больных, увеличивала объем оперативных вмешательств и ухудшала прогноз.

Локализация гнойно-деструктивного очага: пельвиоректальный – у 8, ишеоректальный – у 14, посттравматический ишеоректальный – у 1.

У всех больных анализируемой группы диагностирована гангренозно-гнилостная форма острого парапроктита. Его осложнения: бактериальный шок – у 12 (52%), паховый лимфаденит – у 6 (26%), некротический фасциит – у 3 (13%), флегмона мошонки – у 5 (21,7%), флегмона ягодиц, промежности и бедер – у 2 (8,7%) больных. Во всех наблюдениях осложнением основного заболевания выступал сепсис. Это и определяло лечебную программу в послеоперационном периоде.

Клиническая картина течения заболевания у всех пациентов характеризовалась явлениями интоксикации, тахикардией (120-140 уд/мин) снижением АД (меньше 100 мм.рт.ст.), одышкой. Из местных признаков наиболее характерными были выраженный отек зоны поражения, иногда с переходом на мошонку, ягодицы, бедра, пятнистый цианоз кожи, болезненность при пальпации. У 4 пациентов (17,4%) отмечалась крепитация газа.

Все больные оперированы в день поступления. Операцию выполняли в течение 2-6 часов от момента поступления. Мы придерживаемся тактики возможно полного иссечения некротических тканей по принципам первичной хирургической обработки раны. Вскрытие очага проводим широкими (вплоть до лампасных) разрезами до границ здоровых тканей. По ходу операции выполняем ревизию всей зоны гнилостного поражения с иссечением всех некротизированных тканей, вскрытием затеков и карманов. Для санации раневой поверхности применяем раствор перекиси водорода, марганца, «Септдренаж», «Бетадин». Операцию завершаем рыхлой тампонадой раневой поверхности с этими же растворами.

Выписано 20 больных с исходом формирования параректального свища. Умерло 3 (13%) больных. Все они поступили в состоянии тяжелого токсического шока спустя 8-12 суток от момента заболевания. Средний койко-день составил 30,6±0,6.

Таким образом, отмечается тенденция к росту тяжелых форм анаэробно-гнилостного острого парапроктита. Радикальное лечение больных состоит в своевременном хирургическом вмешательстве адекватной (дезинтоксикационная, антибактериальная, общеукрепляющая) терапии.

РЕІНФУЗІЯ КРОВІ

Кононенко М.Г.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Гемотрансфузія – одночасно і рятує і досить небезпечна трансплантаційна операція. Із нею в наш час виникли дві проблеми: по-перше, відчутний дефіцит донорської крові; по-друге, наймовірно збільшився ризик переносу інфекції. Саме тому доцільна реінфузія власної крові, коли пацієнт «сам собі донор».

Переваги реінфузії автокрові: * метод простий, безпечний, більш фізіологічний, економічно вигідний, швидко виконується, не витрачається час на доставку донорської крові і визначення її групи, придатності і сумісності; * автокров завжди є; * усувається ризик багатьох ускладнень (алергічних, реакції трансплантат проти хазяїна, гнійно-септичних та ін.), передачі інфекційних та паразитарних захворювань; * в автокрові немає тих змін, які виникають при консервуванні, зберіганні і транспортуванні донорської крові; автокрові не властива імуносупресивна дія; * автокров не депонується і повністю включається в циркуляцію, адекватно виконує гемодинамічну і газотранспортну функції (швидше відновлює серцево-судинну діяльність і білковий склад); * власні еритроцити живуть довше. Ферменти, гормони, імунні антитіла автокрові адекватно підвищують резистентність організму.

Недоліки реінфузії крові: * вдається зібрати для реінфузії не всю втрачену кров; * в серозних порожнинах, в ранах пошкоджуються еритроцити, тромбоцити, багато біологічно активних домішок, в автокрові високий рівень вільного гемоглобіну; із-за цього всього підвищена протеолітична активність і може виникнути коагулопатія. Для корекції гемостазу вводять інгібітори протеаз і свіжозаморожену плазму.

Показання для реінфузії: наявність у серозній порожнині (черевна, плевральна) більше 700 мл крові.

Протипоказання абсолютні: * контакт крові в серозній порожнині з гноем, кишковим вмістом, сечею, навколоплідними водами, жовчю (небезпека анурії); інфікування крові кишковим вмістом при масивній крововтраті, а донорської крові немає – протипоказання до реінфузії під прикриттям антибіотиків відносно; * наявність гемолізу; * перебування крові в серозній порожнині більше 6-12 годин; * рівень гемоглобіну в плазмі > 5 г/л.

Протипоказання відносні: * операції з приводу злоякісних пухлин; * хронічна ниркова недостатність.

Перед реінфузією виключають гемоліз пробую Гемпля: 5 мл крові беруть у пробірку і центрифугують 5 хв. - якщо сироватка світла, а не рожева, то гемолізу немає і реінфузія можлива.

Методика реінфузії: кров збирають і через 8 шарів марлі фільтрують у посудину, стінки якої зрошені 10 мл фізрозчину з гепарином (1000 Од на 500 мл крові).

На сучасному етапі для реінфузії використовують високотехнологічну апаратуру «Cell Saver» (що зберігає клітини), тобто сел-сейвери дають можливість проводити реінфузію лише формених елементів крові, завдяки чому вдається уникнути деяких ускладнень.

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Ситнік О.Л., Пустовий І.А., студ. 6-го курсу

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

За період 2007 – 2009 років у хірургічному відділенні №2 Сумської міської клінічної лікарні №5 проліковано 421 хворого на гострий панкреатит. Пацієнтам виконували ультразвукове обстеження органів черевної порожнини, рентгенографію органів грудної клітки для виключення легеневих ускладнень та плеврального випоту, лабораторне обстеження. Нами застосовувалась вичікувальна тактика лікування. Після встановлення діагнозу всім хворим призначали консервативну терапію, яка включала пригнічення панкреатичної секреції, корекцію водно – електролітних порушень та розладів мікроциркуляції, антибіотикотерпію, застосування протизапальних засобів. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини при абортивному перебігу захворювання повторювали на третю добу (виявлення вільної рідини в черевній порожнині, чепцевій сумці), сьому добу (виявлення дегенеративних ускладнень) після госпіталізації та перед випискою хворого із стаціонару.

Панкреатогенний плеврит невеликих розмірів (гідроторакс до 7 ребра) проходив на фоні успішного консервативного лікування основного захворювання. Трьом хворим з рівнем плеврального ексудату до 5 -3 ребер виконано плевральну пункцію в 9 міжребер'ї по лопаточній лінії без ускладнень.

Загалом успішне консервативне лікування проведено 412 хворих.

Оперативні втручання виконано 23 пацієнтам із 421 (5,5%). Показаннями до операції вважали прогресуючий панкреатогенний перитоніт (у 6 хворих) та гнійні дегенеративні ускладнення гострого панкреонекрозу (у 17 хворих).

При прогресуючому панкреатогенному перитоніті (клінічні дані підтверджували ультразвуковим дослідженням черевної порожнини) виконували дренування черевної порожнини крізь апертури в здухвинних ділянках (у 4 хворих) або відеолапароскопічно (у 2 пацієнтів).

Гнійні дегенеративні ускладнення були показаннями до відкритої операції, яку здійснювали верхньосереднім доступом. Обов'язково розтинали і дренивали всі ферментативні та гнійні затьоки. Оптимальним доступом для дренивання вогнищ в позаочеревинному просторі вважали широкі розрізи в поперекових ділянках. Всім цим хворим накладали мікроєюностому для подальшого ентєрального живлення (суміш «Берламін модуляр»). Операцію завершували формуванням оментобурсостоми, яка забезпечувала адекватну санацію чепцевої сумки, парапанкреатичної жирової клітковини та видалення секвестрів без повторних оперативних втручань. Формування панкреатичної нориці спочтерігали лише у 1 хворого.

Середня тривалість лікування хворих на гострий панкреатит склала 21,0 ліжкодня. Померли 3 хворих. Загальна летальність – 0,7%, післяопераційна летальність – 13,0%. Таким чином, проведена лікувальна тактика довела свою ефективність.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРФОРАТИВНУ ДУОДЕНАЛЬНУ ВИРАЗКУ

Ситнік О.Л., Кісельов І.С., студ. 6-го курсу

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

За період 2007 – 2009 років у хірургічному відділенні №2 Сумської клінічної лікарні №5 проліковано 87 хворих на перфоративну пілородуоденальну виразку віком від 24 до 78 років. Всім хворим виконували органозберігаючі втручання: вирізання виразки з пілородуоденопластикою без ваготомії – у 84, зашивання перфоративного отвору – у 3.

Зашивання перфоративної виразки вважали показаним при декомпенсації супутньої соматичної патології та термінальній стадії перфоративного перитоніту (формування міжпетельних абсцесів, плівки фібрину не знімаються без ушкодження серозної оболонки кишки, виражена динамічна кишкова непрохідність).

При локалізації виразки в пілоричній та препілоричній ділянках виконували пілородуоденопластику за Джадом-Хорслі, Джадом-Танака. Пілоропластику за Фіннеєм використовували у хворих з компенсованим та субкомпенсованим стенозом, значною рубцево-виразковою деформацією вихідного відділу шлунку. При поширенні виразкового дефекту на бокові та задню стінки дванадцятипалої кишки її передню стінку розсікали огинаючим

проривний отвір розрізом. Висікали частину виразки на передньо-боковій стінці разом з проривним отвором і рубцевозміненими тканинами. На незмінні стінки органу по краю утвореного дефекту поетапно накладали одиночні лігатури. При тракції за них розсікали задню стінку ДПК по краю виразкового кратеру з його екстеріоризацією.

В разі декількох виразок пілородуоденальної зони тактика залежала від їх кількості та глибини penetрації. Поодинокі поверхневі ерозії невеликих (до 3-5 мм) розмірів прошивали. При прониканні другої виразки на глибину слизово-підслизово-м'язового шарів стінки органу її висікали локально, не ушкоджуючи серозну оболонку з наступним зашиванням дефекту окремими слизово-м'язевими швами. У пацієнтів з глибокою penetрацією другої виразки останню висікали "зигзагоподібними" розрізами або, як і в випадках циркулярного ураження, пілородуоденальну зону висікали циркулярно.

Після операції хворим ми призначали лікування, спрямоване на подавлення шлункової секреції та антацидні засоби, посилення репаративних властивостей слизової оболонки, на боротьбу з *Helicobacter pylori*. Найчастіше використовували потрійну терапію (квamatел 0,04 г 1 раз на добу, амоксицилін 1г 2 рази на добу та метранідазол 0,5 г тричі на добу) на протязі 10 днів.

Ми встановили, що статистично достовірний вплив на виникнення рецидиву виразки після зашивання або висічення перфоративної виразки без ваготомії мали наступні чинники: наявність виразкової хвороби або шлункових скарг до перфорації; часте рецидування виразки (2 рази на рік та більше); сезонність загострень; наявність виразкового інфільтрату; підвищена кислотність; негативний атропіновий тест; чоловіча стать; вік 21 рік та більше. Хворим з підвищеним ризиком рецидиву виразки рекомендували проводити контрольну фіброгастроуденоскопію з метою раннього виявлення рецидиву.

Померли після операції 2 (2,3%) хворих з декомпенсацією супутньої серцево-судинної патології та термінальному перитоніті, летальність складала.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПРОБІОТИКІВ НА СЛАД МІКРОФЛОРИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ РІДИНИ ПРИ ГОСТРІЙ НЕПРОХІДНОСТІ КИШОК

*Жданов С.М., Козик Ю.О., студ. 4-го курсу
СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології*

Проблема діагностики і лікування перитоніту внаслідок гострої непрохідності кишків (ГНК) упродовж багатьох років розглядається як одна з найбільш складних у невідкладній хірургії. Мета роботи - дослідити зміни кількісного і якісного складу мікрофлори перитонеальної рідини під впливом пробіотиків, шляхом санації очеревини при ГНК в експерименті.

Дослідження проводили на 30 статевозрілих щурах-самцях масою 180-200 г. Тварини були поділені на 4 групи: 1 серія (контроль) – здорові тварини, в інших групах моделювали злукову, странгуляційну, обтураційну непрохідність. Через 6 годин з моменту моделювання захворювання у перитонеальному випоті виявили лактобактерії – $1,4 \times 10^2$ куо/мл ($P < 0,05$), кишкову паличку – $1,3 \times 10^2$ куо/мл ($P < 0,05$). Кількість умовно-патогенних ентеробактерій (клебсіел, пептококів, ентеробактерів і цитобактерів) не перевищувала $1,7 \times 10^2$ куо/мл ($P < 0,05$). Стафілококи і дріжджеподібні гриби не висівалися. На цьому часовому проміжку патогенних мікроорганізмів – гемолітичного стафілококу, гемолітичної кишківної палички, синьогнійної палички та фекальних стрептококів не виявлено.

Через 9 годин після моделювання ГНК виявлено збільшення біфідобактерій – $2,1 \times 10^3 \pm 1,3 \times 10^2$ куо/мл ($P < 0,05$), бактероїдів – $1,6 \times 10^3 \pm 1,3 \times 10^2$ куо/мл ($P < 0,05$). Вперше з початку експерименту у перитонеальному випоті виявили клостридії – $1,6 \times 10^2$ куо/мл ($P < 0,05$). Збільшилась кількість лактобактерій, кишківної палички і ентерококів – $2,7 \times 10^3 \pm 1,2 \times 10^2$ куо/мл ($P < 0,05$), $3,4 \times 10^3 \pm 1,6 \times 10^2$ куо/мл ($P < 0,05$) та $1,5 \times 10^3 \pm 1,2 \times 10^2$ куо/мл ($P < 0,05$) відповідно. В цей термін також висівалися стафілококи та дріжджеподібні гриби – $1,4 \times 10^2$ куо/мл ($P < 0,05$) та $1,7 \times 10^2$ куо/мл ($P < 0,05$) та збільшилась кількість умовно патогенної мікрофлори – $1,8 \times 10^3 \pm 1,3 \times 10^2$ куо/мл ($P < 0,05$). Таку ж картину спостерігали при дослідженні аеробної та факультативної мікрофлори, де кількість практично всіх висіяних мікроорганізмів перевищувала критичний рівень – 10^5 куо/мл. Кількість лактобактерій була на рівні $3,3 \times 10^5 \pm 1,8 \times 10^4$ куо/мл ($P < 0,05$), кишківної палички – $2,8 \times 10^5 \pm 1,7 \times 10^4$ куо/мл ($P < 0,05$), ентерококів – $3,4 \times 10^5 \pm 1,4 \times 10^4$ куо/мл ($P < 0,05$), стафілококів – $2,3 \times 10^5 \pm 1,7 \times 10^4$ куо/мл ($P < 0,05$) відповідно.

Ексудат черевної порожнини розміщували в стандартні живильні середовища з рН 5,5, - 6,0 - 6,5, - 7,0. Зсув рН у кислий бік досягали за рахунок додавання препарату "Хілак-форте". Для подавлення патогенної мікрофлори застосовували препарат «Лінекс» у складі якого знаходяться живі ліофілізовані молочнокислі бактерії.

Синергізм дії мікробних компонентів, забезпечував кисле середовище яке є несприятливим для розвитку патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів. Росту бактерій на середовищах, які мали рН 5,5 і 6,0 не отримали. На середовищах з нейтральною, або лужною рН мав місце ріст колоній.

Таким чином, запропонований спосіб санації черевної порожнини розчином пробіотиків, забезпечує зменшення токсичного впливу мікрофлори та зменшує кількісний та якісний склад патогенної флори при кишківній непрохідності.

К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

*Бугаев В.И.
СумГУ, кафедра хирургии с детской хирургией и курсом онкологии*

Трещина заднего прохода (anal fissure) – нозологически обособленное заболевание с ясно очерченными клиническими проявлениями, особенностями патогенеза и патоморфологической картины.

В структуре «малой» проктологии удельный вес больных с анальной трещиной достигает 8,3 - 14,7 %.

Клиническое течение анальной трещины характеризуется острым и хроническим периодами развитиями. В силу того, что лечебная тактика при остром и хроническом течении заболевания отличается диаметрально противоположно, диагностические критерии перехода острой стадии в хроническую должны быть определяющими для клинициста с позиции выбора метода лечения.

До настоящего времени нет единых клинико-диагностических признаков хронизации процессов. Большинство исследователей за основу берут фактор времени, когда безуспешность консервативных методов лечения в течение от 2-3 недель до 1,5 месяцев можно рассматривать как признак перехода в хроническую стадию. Вместе с тем, мы неоднократно наблюдали положительный эффект от консервативной терапии у больных с 2-3, а иногда 6-ти месячным заболеванием. Ведущим клиническим проявлением анальной фиссуры является болевой синдром, проявление которого, в зависимости от стадии развития процесса, патогенетически обоснованно изменяется как по характеру, так и по времени возникновения. Клиника острой анальной трещины достаточно типична: внезапно, среди полного здоровья, во время дефекации или сразу после нее возникают интенсивные боли, которые могут продолжаться от нескольких минут, до нескольких часов. Боли сопровождаются выделением алой крови из заднего прохода в небольшом объеме. Боль при острой анальной трещине имеет очерченную трехфазность: кратковременная боль в момент дефекации, затем период покоя, длящийся несколько минут и, наконец, интенсивная спастическая боль в течение многих часов. Для клиники хронической анальной трещины более характерен спазм сфинктера. В связи с этим, наиболее типичным проявлением хронического процесса является затруднительный акт дефекации, резкое повышение анального рефлекса. Боль при этом возникает не в момент дефекации, а спустя 2-3 часа после него, бывает достаточно интенсивной, длится до 3-6 часов, не сопровождается кровотечением и проходит самостоятельно. Именно такая очерченность болевого синдрома может свидетельствовать о хронизации процесса.

Таким образом, на наш взгляд, одним из основных диагностических критериев перехода острой анальной фиссуры в хроническую является изменение времени появления болевого синдрома, его окраски и степени выраженности.

СЕКЦІЯ НЕЙРОХІРУРГІЇ, НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА РЕГЕНЕРАЦІЇ НЕЙРОНІВ

Бойко В.О., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – проф. О.О. Потапов

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Нервові клітини не відновлюються" всі з дитинства сприймають як непорушну істину. Проте ця аксіома - не більше ніж міф, і нові наукові дані його спростовують. Найактивніше процес регенерації йде в клітинах епітелію і кровотворних органах (червоний кістковий мозок). Але є клітини, в яких гени, що відповідають за розмноження діленням, заблоковані. Окрім нейронів до таких клітин відносяться клітини серцевого м'яза. Як же люди вмудряються зберегти інтелект до вельми старечого віку, якщо нервові клітини гинуть і не відновлюються?

Метою нашої роботи стало вивчення регенерації нервових клітин у щурів, внаслідок пошкодження ділянок структур мозку.

Під інгаляційним наркотановим наркозом наносився дірчастий дефект в ділянці потилиці, в проекції мозжечка за допомогою стоматологічного бору діаметром 2 мм. Тварин виводили з експерименту шляхом декапітації під ефірним наркозом в терміни 5, 15 та 30 добу після нанесення дефекту та вилучали травмовану ділянку мозку. У всіх тваринах відмічалися порушення координації рухів, які з часом мало тенденцію до відновлювання. У всіх тваринах проводилась морфометрія регенерату на растровому електронному мікроскопі.

Таким чином, за допомогою растрової електронної мікроскопії, ми вивчили основні моменти регенерації нервових клітин. Механічна травма мозкової речовини, призводить до регенерації нервової тканини, в наслідок міграції стовбурових клітин та їх трансформацію. Хоча гени, які відповідають за ділення клітин, заблоковані, природа вирішила питання збереження основної нервової діяльності, при різних факторах пошкодження нейронів, до самого старечого віку.

І так, гіпотеза спростована, нервові клітини відновлюються!

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ВИХІД І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЧЕРЕЗ 6 МІСЯЦІВ ПІСЛЯ ПОДІЇ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ, ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ

Пантелеєнко Л.В.

Науковий керівник – проф. Л.І. Соколова

Національний медичний університет, кафедра неврології

Вплив статі пацієнтів на функціональний вихід після ішемічного інсульту висвітлений недостатньо. Більша тривалість життя осіб жіночої статі і прямий зв'язок між виникненням інсульту і похилим віком призводить до того, що жінки похилого віку несуть основний тягар хвороби і її залишкових явищ. Оскільки не завжди є пряма кореляція між функціональними порушеннями і суб'єктивною оцінкою пацієнтом свого стану, оцінка якості життя (ЯЖ) таких хворих дає більш повну інформацію лікарям про процес відновлення після інсульту та має неабияке значення для збільшення ефективності лікування хворих.

Мета: визначити, як впливає стать пацієнтів, що перенесли ішемічний інсульт, на клінічний перебіг у гострому періоді захворювання та функціональний вихід і якість життя через 6 місяців після події.

Матеріали і методи: обстежено 67 хворих після ішемічного інсульту, 35 чоловіків, 32 жінки, віком від 45 до 81 року (середній вік 69,3±9,2) у гострий період та через 6 місяців. Тяжкість інсульту у гострий період визначалась за шкалою NIHSS. Оцінка даних функціонального статусу проводилась за допомогою індексу Бартеля, модифікованої шкали Ренкіна, якість життя хворих оцінювалась з використанням шкали SF-36, наявність депресії, тривоги та стресу визначалась за шкалою DASS.

Результати: порівняно з чоловіками, пацієнти жіночої статі були старшими (середній вік відповідно 72,5 ±12,5 і 69,2 ±8,1), в анамнезі частіше мали артеріальну гіпертензію, статистично значно частіше цукровий діабет ($P<0,05$) і миготливу аритмію ($P<0,01$). У гострому періоді ішемічного інсульту у жінок більш часто зустрічались афатичні розлади, проблеми із ковтанням, нетримання сечі.

Через 6 місяців спостереження жіноча стать була предиктором гіршого функціонального виходу (відносний ризик [BP] 1.41; 95% ДІ 1.10 - 1.81) і залежності у повсякденній активності (BP 1.46; 95% ДІ 1.14 - 1.86).

Жінки оцінювали ЯЖ по фізичному компоненту здоров'я за шкалою SF-36 дещо гірше, ніж чоловіки, але статистично значущої різниці не знайдено. Оцінка ЯЖ по психічному компоненту здоров'я через 6 місяців у жінок була статистично значно гіршою ($P<0,01$), що корелювало з більш вираженими на цей час депресивними розладами. Кращі показники загального стану здоров'я були у хворих, які мали значну підтримку з боку членів сім'ї.

Висновки: Дослідження показало, що на функціональний вихід та ЯЖ після інсульту впливають як медичні, так і соціодемографічні фактори. Пацієнти жіночої статі мають гірший вихід після ішемічного інсульту. Але гірша оцінка ЯЖ у жінок у відновному періоді залежить від наявності і ступеня вираженості депресивних розладів. Знання цих розбіжностей може позитивно впливати на якість лікування цієї категорії хворих.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ НЕЙРАЛГІНУ ПРИ БОЛЬОВОМУ КОРІНЦЕВОМУ СИНДРОМІ ВНАСЛІДОК ПАТОЛОГІЇ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

*Чайка А.В., студ. 6-го курсу
Науковий керівник – ст. викл. А.В. Юрченко
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології*

Одним з основних проявів остеохондрозу поперекового відділу хребта є больовий синдром. Найбільш частою причиною різкого болю є дискорадикулярний конфлікт, при цьому особливе значення має зміщення диска назад й формування задніх дискових протрузій, що супроводжується розвитком локального запального процесу й набряком. Інколи біль носить настільки інтенсивний характер, що застосування загальноприйнятих медикаментозних препаратів, включаючи нестероїдні протизапальні препарати та фізіотерапію, дають тільки тимчасовий ефект. Емпіричним шляхом була встановлена клінічна ефективність застосування так званих ад'ювантних анальгетиків, тобто таких лікарських засобів, для яких анальгезія не була первинним показанням до призначення.

Нейрофізіологічні дослідження довели, що дія ад'ювантних анальгетиків, до яких переважно відносяться антидепресанти, агоністи ГАМК-рецепторів, блокатори NMDA-рецепторів та антиконвульсанти, зумовлена їх участю в модулюванні больового імпульсу на рівні задніх рогів спинного мозку, в зниженні збудливості агрегатів гіперактивних нейронів в різних відділах центральної нервової системи та в посиленні діяльності компонентів природної антиноцицептивної системи організму.

В нейрохірургічному відділенні впродовж 2009 року було проліковано 63 хворих обох статей (основна група) з вираженим больовим корінцевим синдромом внаслідок патології міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта тривалістю від 15 до 60 днів. 21 хворих страждали на больовий синдром помірного ступеню вираженості і 42 – на значно виражений больовий синдром. Їм проводилась базисна терапія, доповнена габепентином (нейралгіном, габагаммою, тебантином) в дозі 600 -1800 мг на добу в умовах стаціонару, а потім амбулаторно. Пацієнти контрольної групи за складом та тривалістю больового синдрому були порівняльні з дослідною групою, їм проводили тільки базисну терапію (блокади з гідрокортизоном, нестероїдні анальгетики, діуретики, препарати, що покращують мікроциркуляцію, міорелаксанти та ін.). Відмічався більш виражений позитивний ефект у пацієнтів дослідної групи та більш стійка ремісія на протязі 6-8 місяців (65% хворих), що дозволило скоротити дні непрацездатності в цілому.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ГОСТРІЙ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ

Юрченко А.В., Горох Л.П., Циндренко О.П.*
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології,
Сумська обласна клінічна лікарня

В Україні ЧМТ залишається однією з актуальних проблем у нейрохірургії. За останні 10 років частота ЧМТ зросла майже ніж удвічі, що становить більш ніж 200 тис осіб. У структурі нейрохірургічної патології гостра ЧМТ та її наслідки становили 2/3 усіх випадків госпіталізації. За останні 10 років кількість госпіталізації з приводу ЧМТ зросла на 22%, а в структурі травматичних ушкоджень збільшилась кількість госпіталізованих хворих із забоями головного мозку середнього та тяжкого ступеня.

Виділяють дві основні форми ушкодження мозку при ЧМТ: первинне та вторинне. Первинне ушкодження – результат безпосереднього впливу травматичного фактору з ушкодженням нейронів, судин і нейроглії. Вторинне зумовлене виникненням у результаті травми складних і різноманітних механізмів, пов'язаних із набряком головного мозку, порушенням гематоенцефалічного бар'єру, розвитком церебральної ішемії.

Розроблена велика кількість сучасних протоколів щодо лікування ЧМТ. Головною метою лікування пацієнта на будь якому етапі є попередження та обмеження ушкоджень мозку, забезпечення його відновлення шляхом зменшення

набряку та нормалізації внутрішньочерепного тиску. Загальними задачами лікування є адекватна оксигенація, перфузія, живлення, глікемічний контроль та нормотермія, захист мозку від судом.

Впродовж 2009 року в нейрохірургічному відділенні СОКЛ проліковано 1048 хворих на ЧМТ. Нами була обрана група хворих (25 осіб віком від 18 до 54 років) на ЧМТ середнього та тяжкого ступеня з переважним ураженням ЧМН (III. IV. VI. V.VII. VIII пар нервів). Хворі були обстежені клініко-неврологічно, нейровізуально, електрофізіологічно. Їм проводилась базисна терапія, доповнена антигомотоксичними препаратами: Лімфоміозот, Вертигохеель, Траумель С, Коензим композитум, Убіхінон композитум, Церебрум композитум за методикою гомеосінаїтрії. Вже на протязі лікування в стаціонарі відмічався більш позитивний та швидкий ефект у порівнянні з контрольною групою у вигляді регресу симптомів диплопії, косоокості, птозу, офтальмоплегії, болю та анестезії 1 та 2 гілки V нерва, ністагму, запаморочення, відновлення слуху та рухів у паретичних м'язах обличчя на тлі покращення загальнономозкової симптоматики. Таким чином, включення в комплекс лікування антигомотоксичних препаратів сприяло більш швидкому зменшенню неврологічного дефіциту та поліпшенню стану хворих.

САМООТНОШЕНИЕ И МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кустов А.В.

СумГУ, кафедра нейрохирургии и неврологии

Понятия самосознания и «Я» являются одними из центральных в литературе, посвященной теоретическим и практическим аспектам психологического консультирования и психотерапии. Тем не менее еще не так давно А.Н. Леонтьев в целом оценивал проблему изучения самосознания как нерешенную и «ускользающую от научно-психологического анализа». Большинство авторов отмечено, что самосознание - это сложное системно организованное образование, которое тесно связано с одной стороны с функциями и структурой сознания, с другой - с элементами личности. Самосознание включает в себя статические и динамические характеристики, где первые представлены комплексом системно организованных установок «Я» и «внутреннего мира» личности, вторые - механизмами регуляции, контроля, психологической защиты и компенсации, обеспечивающими адекватное адаптивное реагирование на постоянно меняющиеся условия и требования внешней среды и внутреннего мира.

Важным элементом самосознания является комплекс самоотношений, влияющих на стратегию и тактику поведения, выбор целей и средств их достижения, регулирующих действия и поступки индивида, определяющих мотивационную детерминацию поведения.

В связи с тем, что на самоотношение влияют многие факторы, нами была поставлена *цель* изучить взаимосвязь его компонентов с показателями эмпатии и алекситимии. Предполагалось, что вышеперечисленные функции и состояния, участвующие в протекании процессов самосознания и определяющие эффективность общения и аутокоммуникации индивида, имеют устойчивую и специфическую корреляционную зависимость.

Применялись следующие *методики*: опросник Столина - Пантелеева, методика определения уровня эмпатии Юсупова, Торонтская алекситимическая шкала. Результаты оценивались по средней (М) и ошибке средней (т) каждого показателя, а также данным, полученным с помощью методики корреляционного анализа по Пирсону (r_{xy}).

В проведенном нами исследовании выявлено следующее. Одним из условий ослабления алекситимии, как одного из неспецифических условий развития психосоматической и психической патологии, является формирование гармоничной и интегрированной самооценки. Отмечено, что между всеми компонентами самоотношений (особенно самоуважением) и алекситимией существует обратная корреляционная связь. Это означает, что молодые люди с гармоничным самоотношением, положительно оценивающие себя, уверенные в себе, умеренно ориентирующиеся на мнение окружающих о себе, способны к полноценному рефлексированию, хорошо «считывают» свои мысли, чувства, намерения, лучше ориентируются в своем внутреннем мире, склонны к вступлению к диалогу с самим собой. И наоборот, лица, у которых отмечается низкий уровень самоотношения, выявляют повышение уровня алекситимии и склонности к появлению психосоматических расстройств. Исследование также показало, что самоотношение является важным регуляторным комплексом, влияющим на активность таких процессов, как эмпатия и рефлексия (и ее инверсионного полюса - алекситимии).

ПРИМЕНЕНИЕ ВОСТОЧНЫХ МАНТР В ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ

Емец Н.В.

*Научный руководитель – доц. А.В. Кустов
СумГУ, кафедра нейрохирургии и неврологии*

Обычно мантра представляет собой сочетание нескольких звуков или слов на санскрите. При этом каждое слово, слог или даже отдельный звук мантры может иметь глубокий религиозный смысл. Мантры часто сравнивают с молитвами и заклинаниями и часто являются основой трансцендентальной медитации. В индуизме считается, что все звуки и слова, используемые человеческими существами, выражают влияние разума на материю.

Мантра это не молитва, поскольку в мантре важен не столько смысл, сколько точное воспроизведение звуков. Индуисты полагают, что мантра — это определенная форма речи, оказывающая существенное влияние на разум, эмоции и даже на внешние предметы. Идея того, что определённые слова и фразы могут быть подобным образом эффективны, основана на убеждении, что любое движение сопровождается звуком, хотя многие движения в природе издают звуки, недоступные человеческому уху. Таким образом, мантра рассматривается как приём для регулирования и настройки ума. Существует множество мантр, каждая из которых обладает своими особенностями, ритмом и воздействием. При произнесении определённых звуков тело резонирует с некоторой частотой. Сочетание звуков, частоты и ритма мантры приводит к изменённому состоянию сознания.

В нашем исследовании была поставлена цель - выяснить, является ли воздействие мантры результатом самовнушения или сочетание звуков и слов действительно способно изменять биоэлектрические конфигурации активности головного мозга и оказывать позитивное воздействие на психику и соматический статус индивида. Для этого был проведен следующий эксперимент, в котором участвовали 75 человек, все - студенты нашего университета. Эксперимент проходил в два этапа. На первом этапе студентов информировали, что они должны систематически повторять предложенную нами мантру, объяснялось, как и сколько раз они должны это делать. Первая мантра являлась псевдомантрой, придуманной нами. Она звучала следующим образом: «Кара-сан дал вичу мату-рон». Студенты с определенной частотой должны были повторять ее в течение недели и затем заполнить бланк с самоотчетом о том, как они ее воспринимали. В самоотчете отражались ощущения и переживания, касающиеся оценки настроения, моторной активности, способности к сосредоточенности внимания, соматического самочувствия, всего - по 10 пунктам. Ответы оценивались по четырехбалльной шкале. На втором этапе студенты использовали мантру, которая рекомендуется в руководстве по тибетской медицине для укрепления здоровья. Звучит она следующим образом: «Чуне-до алма рунг-нинт». Через неделю студенты заполнили такие же бланки самоотчетов, что позволило сравнить результаты эффективности при использовании истинной и ложной мантры. Исследование показало, что истинная мантра действительно эффективна, на что указывают более высокие показатели по многим пунктам самоотчета (подъем настроения, энергичность походки, усиление мышечного тонуса, изменение осанки во время ходьбы, ослабление утомляемости и пр.), что позволяет с уверенностью рекомендовать ее как психопрофилактическое средство в комплексе с другими методами терапии.

ДИАГНОСТИКА АГРЕССИВНОГО, СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ-СИРОТ

*Мудренко И.Г., Супрун С.А., Головашов А.А.
СумГУ, кафедра нейрохирургии и неврологии
Сумской областной психоневрологической диспансер*

Проблема девиантного поведения и нарушения социальной адаптации у воспитанников детских домов и интернатов касается всех стран мира. Истоки такого поведения: насилие, как со стороны родителей, старших братьев и сестёр, так и со стороны ровесников. Воспитание в условиях неполной семьи, без родительской опеки, в детских домах является фактором формирования агрессивных черт личности, заниженной самооценки, низкого уровня адаптационных возможностей подростка, повышенного риска суицидального поведения. Актуальна проблема наркомании, алкоголизма, табакокурения так же формирование иных форм зависимости у подростков (игровой, компьютерной и т.д.) на фоне не сформированных механизмов психологической защиты, особенностей подростковой психики (несдержанность, максимализм, упрямство, копирование поведения кумиров).

Цель исследования: определить степень суицидального риска, зависимости от алкоголя, качества жизни у подростков воспитанников домов-интернатов.

Основная группа: 30 детей-сирот и детей лишенных родительской опеки в возрасте 15-23 лет. Из них 16-парней, 14-девушек. Контрольная группа: студенты медицинского факультета 30 человек. Методы исследования: методика «Показатель качества жизни» (Mezzich J., Cohen N., RUIPEREZ M., Liu J., Yoon G. et al 1999г.), тест на определение зависимости от алкоголя (министерство Социального обеспечения и охраны здоровья Финляндии 2004 г.), методика определения суицидального риска (Мангуби В., 2004г.). В результате исследования установлено: показатель суицидального риска в основной группе составил $(22.2 \pm 0.77 \text{ б.})$, степень риска употребления алкогольных напитков $(7.6 \pm 1.29 \text{ б.})$, что выше, чем в контрольной $(16.33 \pm 0.79 \text{ и } 4.16 \pm 0.545)$ соответственно. Интегративный показатель качества жизни, по собственной оценке $7,44 \pm 1,81 \text{ б.}$ в основной, против $8,41 \pm 0,76 \text{ б.}$ в контрольной группе.

Среди клиентов основной группы с повышенным суицидальным риском также отмечается повышенный риск употребления алкогольных напитков $(11,75 \pm 4,76)$, снижение уровня качества жизни $7,35 \pm 0,25$ (за счёт ухудшения физического благополучия, личностной и духовной реализации, общего восприятия качества жизни). Среди подростков с высоким и очень высоким риском употребления алкоголя отмечается низкий показатель суицидального риска, высокий качества жизни, что вероятнее свидетельствует о снижении критики, нарушении реального восприятия действительности.

Проведенное исследование подтверждает необходимость комплексного подхода в решении обозначенной проблемы.

ВТОРИННА КОНТРАКТУРА МІМІЧНИХ М'ЯЗІВ. ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ

Коленко Ф.Г., Мамонова Т.В.
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології
Сумський обласний діагностичний центр

Нейропатія лицевого нерва - одна з актуальних проблем неврології. Лікування хворих залишається незадовільним. У 20,8-32,2% хворих виникає ускладнення - постневритична контрактура м'язів. При оцінці ефективності лікування найбільш показовим є наявність нервово-м'язової контрактури. Появу патологічних синкінезій із розвитком контрактур зумовлюють вазомоторні, обмінно-дистрофічні зміни у м'язах.

Нами проведено обстеження і лікування 12 хворих віком 23-60 років з постневритичною контрактурою м'язів. Чоловіків було 3 (25%). жінок 9 (75%) з односторонньою локалізацією процесу. давністю захворювання від 2 місяців до 4 років. У всіх хворих відмічалися відчуття стягування м'язів, підтягування куточка рота при спробі заплющити очі, замружуванні ока під час їди.

При обстеженні хворих ми використовували методику кінестезичної пальпації м'язів. Досліджували тургор, еластичність шкіри, профіку м'язів, їх механічну збудливість, болочість при пальпації. Кінестезична пальпація у динаміці захворювання свідчить про стан м'язової мускулатури на різних етапах процесу. Прогностичною ознакою розвитку контрактури є підвищена механічна збудливість гіпертонусів і різка болочість при їх розтягненні. Існують типові місця локальних гіпотонусів. Формування клінічних ознак контрактури супроводжується нічним болем у обличчі, відчуттям стягування, поступово розвиваються гіперкінези м'язів. Для вторинної контрактури м'язів характерна наявність м'язового спазму - мимовільних скорочень м'язів.

Пацієнтам проводили медикаментозну, мануальну терапію, фізіотерапевтичне лікування за індивідуальними програмами, які передбачали використання судинних препаратів, міорелаксантів, вітамінотерапії та інш. М'язовий спазм є підставою для призначення препаратів, що знижують м'язовий тонус. Судинні препарати викликають вазодилатацію. Мануальну терапію проводили з використанням постізометричної релаксації (ПР) уражених м'язів на різних стадіях контрактури. Загальноприйнята методика ПР адаптована для лікування хворих з постневрیتیчною контрактурою. Нами констатовані релаксуючий та аналізуючий ефекти ПР. Таким чином, ми спостерігали в усіх хворих позитивні результати лікування.

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ В ОСІБ МОЛОДОГО ТА ЗРІЛОГО ВІКУ

Коленко О.І., Мисюра Н.В.

СумДУ, кафедри нейрохірургії та неврології

На жаль, судинні захворювання головного мозку сьогодні складають не тільки одну з медичних, але й також одну із загальнодержавних проблем. Пріоритетним напрямком цього питання є профілактика, що визначається обмеженими можливостями лікування, реабілітації пацієнтів з високим рівнем смертності. Це в першу чергу стосується осіб віком до 60 років (молодого та зрілого віку).

Тому провідною метою обраного дослідження є саме зріз факторів ризику (ФР) судинних захворювань головного мозку. Корекція цих параметрів має стати основою для розробки профілактичних заходів для населення конкретного регіону. Обстеження хворих та вивчення медичної документації дали змогу виявити такі особливості.

Артеріальна гіпертензія за частотою була майже однаковою як у чоловіків, так і у жінок. Причому у цілому переважали її «м'яка» та помірні форми - 85,2% і 87,3% відповідно. Високі цифри артеріального тиску були вирішальними у осіб, що молодших за 60 років, із внутрішньомозковим крововиливом (ВК) (90,4%). Майже половина ішемічних інсультів (11) виникло на тлі «м'якої» АГ.

На відміну від пацієнтів старших за 60 років на другу позицію вийшла спадкова схильність, що, на жаль відноситься до ФР, які ми не можемо корегувати. Далі йдуть гіперхолестеринемія, шкідливі звички та психоемоційна напруга. Тобто, у порівнянні з обстеженими похилого віку, дуже висока питома вага факторів, які стосуються способу життя. Слід також зауважити, що ці ФР були майже вирішальними як при ІІ, так і при геморагічному інсульті (статистично значущої різниці не виявлено). Особливою причиною ВК були розриви артеріальних аневризм. Відсоток гіперхолестеринемії серед хворих з ІІ склав 38,8%, а з ВК - 49,2% відповідно. Що стосується паління, то негативною тенденцією стала наявність цієї звички у деяких жінок. Алкоголем зловживали 17,8% осіб (в основному чоловіки), що перенесли ІІ, 33,3% осіб, що перенесли ВК. Більше ніж у 2/3 випадків зловживання алкоголем поєднувалися з палінням.

Корекція перелічених станів здебільшого припускає не тільки застосування медикаментозної профілактики (антигіпертензивні препарати, антиагреганти й антикоагулянти), роль якої не викликає ніяких сумнівів, але, насамперед, корекцію способу життя - формування відповідних мотивацій (зміна системи харчування, зміна відношення хворих до своїх захворювань, відмовлення від шкідливих звичок). Це дозволить згодом знизити захворюваність і смертність від мозкового інсульту.

РОЛЬ ЛОКАЛЬНОЇ ВІБРАЦІЇ В РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Козинець Ж.М.

Науковий керівник - О.І. Коленко

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Однією з актуальних проблем в лікуванні хворих, працюючих на машинобудівному виробництві являється розвиток професійних захворювань. В структурі професійних захворювань одне з провідних місць посідають хвороби, пов'язані з дією локальної вібрації, де значну перевагу має вібраційна хвороба. Відсоток її виявляємості протягом останніх двох років збільшився з 3% до 8,8%. Це переважно працівники ливарного та котельно - зварювального цехів. Слід відмітити, що серед усіх хворих, яким вперше встановили діагноз вібраційної хвороби, 73,3% мають стаж роботи в шкідливих умовах більше 20 років. Враховуючи щорічні збитки, які виплачуються хворим з цим захворюванням та великий відсоток в послідовному стійкої втрати працездатності, постає очевидною актуальність питання в першу чергу профілактики захворювання, реабілітації та лікування цієї групи хворих.

В умовах денного стаціонару було проліковано 30 хворих з вібраційною хворобою від дії локальної вібрації віком 41 - 58 років. Середній вік пролікованих хворих - 54 роки.

Виділяють три ступені вираженості захворювання. У всіх хворих мали місце поєднання наступних основних синдромів: ангіодистонічного, ангіоспастичного, синдрому вегетативного поліневриту, вегетоміофасциту. Крім того, в поєднанні з вібраційною хворобою діагностовано профзахворювання, яке пов'язано з дією інших шкідливих факторів на виробництві. Це хвороби органів дихання (ХОЗЛ, сил і кози) - у 26 хворих (87%) та хвороби лор - органів (нейросенсорна приглухуватість) - у 22 хворих (73%).

Звичайно всі проліковані хворі отримують відповідний відсоток втрати працездатності, з них ІІ група інвалідності у 6 хворих (20%), ІІІ група - у 21 хворого (70%). З загальної кількості пролікованих хворих лише 17 (57%) є раціонально працевлаштованими.

Таким чином, протягом останніх двох років спостерігається ріст професійної захворюваності, у тому числі від дії локальної вібрації на машинобудівному виробництві м. Сум. При цьому 73,8% хворих мають стаж роботи в шкідливих умовах понад 20 років.

Отже, необхідно приділяти увагу профілактиці розвитку професійних захворювань, зокрема вібраційної хвороби. В першу чергу, обов'язкове застосування технічних засобів зменшення вібрації, дотримання раціонального режиму праці і відпочинку, лікувально-профілактичні заходи.

ВИВЧЕННЯ ТЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ МОЗКОВИХ ІНСУЛЬТІВ

Мисюра Н.В.

Науковий керівник - О.І. Коленко

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

В останні роки серед вітчизняних та закордонних фахівців досить багато уваги приділяється віковим особливостям мозкового інсульту (МІ). На наш погляд, це, по-перше, пов'язане з великим тягарем, яким є МІ не тільки для родичів хворого, а, насамперед, для суспільства в цілому. По друге, ця проблема недостатньо вивчена на популяційному рівні, а більшість публікацій останніх років присвячена окремим, рідкісним причинам виникнення інсультів у молодих пацієнтів та пацієнтів середнього віку (відкрите овальне вікно, антифосфоліпідний синдром та інш.). Це утруднює формування послідовної стратегії первинної та вторинної профілактики.

За даними вчених питома вага пацієнтів з МІ в цих вікових групах є значною і за різними даними складає до 30%. Тому обгрунтованим є наш підхід до аналізу розповсюдженості найбільш вивчених чинників виникнення судинних захворювань головного мозку у молодих осіб, а також уточнення структури МІ.

Мозковий інсульт у молодих пацієнтів має низку особливостей. Так більш частим типом є внутрішньомозковий крововилив. Летальність як при інфаркті мозку так і при геморагічному інсульті є дещо меншою, а протікання хвороби є більш сприятливим у порівнянні з пацієнтами старших вікових груп. Всі дослідники відмічають краще відновлення рухових функцій та мовних порушень та більш високий відсоток пацієнтів, що повертаються до більш-менш повноцінного життя. Майже 40% хворих з ішемічними порушення мозкового кровообігу продовжують працювати. На жаль, інсульт - це та хвороба, яка у 20% випадків повертається. Тому планування профілактичних заходів в окремому регіоні, з урахуванням чинників ризику є реальним шляхом запобігання однієї з найпоширеніших хвороб - мозкового інсульту.

Беручи до уваги сприятливий прогноз щодо відновлення функцій, усім хворим необхідне планування найбільш коректної реабілітаційної програми з метою запобігання прогресування рухових та когнітивних порушень. Це наші першочергові завдання, тому що молодий та зрілий вік - це той прошарок суспільства, що є основою для розвитку економічно розвиненої держави, відтворення здорового покоління.

ПСИХОТЕРАПІЯ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕННЯ В СУБСТАНЦИОНАЛЬНІЙ НАРКОЛОГІЇ

Литвин Е.Э.

Научний керівник - доц. Ф.Г. Коленко

СумГУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Зависимость - особый путь жизни, связанный с поиском «идеальной» реальности. При помощи зависимости человек убегаёт от дискомфорта действительности. Но, будучи найденной, новая искусственная реальность разрушает здоровье и жизнь. Исходя из того, каким способом человек избегает собственной жизни, выделяются химические (фармакологические) и субстанциональные зависимости, при которых используются особые варианты поведения.

Исследованием зависимостей занимаются не только медицинские дисциплины (психиатрия, психотерапия, психология), но и социология, философия. Существует даже отдельная наука - аддиктология. В результате за последние 10 лет понимание механизмов и сущности зависимости значительно изменилось и расширилось. Под зависимостью стали понимать любую форму существования, при которой человек, воспринимающий реальность как дискомфортную, избегает её, вместо того, чтобы попытаться её изменить. Причём в качестве места для избегания выбирается искусственно изменённое состояние сознания. Новый подход в решении этой проблемы - это перенос акцента с проблемы зависимости к проблемам человека, к проблемам его личности. Особенности личности человека являются лишь одним из многочисленных факторов предрасположения к зависимости. Эти факторы обычно называются факторами риска. Под фактором риска понимается условие существования, характеризующееся наличием угрозы для развития негативного состояния. Фактор риска оказывает существенное влияние на переживание человеком кризисной ситуации. Соответственно факторам риска противостоят факторы защиты - особенности, ограждающие человека от зависимости. Если сумма факторов риска больше, чем сумма факторов защиты - можно говорить о предрасположенности или о «предзависимости». Если преобладающие факторы риска реализуются, можно говорить о «зависимости». Стимулируя защитные факторы и противодействуя факторам риска у конкретного человека и у его окружения, можно влиять на состояние «предзависимости». Чтобы определить факторы защиты и риска, необходима специально созданная методика для их выявления. Это значит, что она должна учитывать специфику зависимости, а не просто выявлять особенности личности обычным психологическим тестом. На базе неврологического отделения Сумской городской клинической больницы №4 было исследовано и выявлено 14 разновидностей зависимостей. Применяемая на практике специализированная тестовая программа «AntiAddictApplication» или АПФ - анализ и формирование предпочтений (А.В.Котляров) позволила выявить и оценить факторы риска зависимости и защитные факторы и у самого человека, и у его окружения. В программу включены тесты, помогающие выявить предрасположенность к следующим социально важным зависимостям:

наркоманія і алкоголізм, кібераддикція (залежність від Інтернету, комп'ютерних ігор), синдром професійного згорання (трудоголізм).

СТАН ГІПОТАЛАМО-ГІПОФІЗАРНО-НАДНИРИКОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

*Малахов В.О. *, Монастирський В.О.*

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

**Харківська медична академія післядипломної освіти*

Метою дослідження було визначення вмісту медіаторів стрес-реалізуючої гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи при церебральному ішемічному інсульті (ЦІІ). Досліджено вміст тригерних цитокінів -інтерлейкіну-1 Р (ІЛ-ф) та фактора некрозу пухлин-а (ФНП-а) і ключових гормонів стрес-реакції - АКТГ та кортизолу.

На базі неврологічного відділення №2 Сумської міської клінічної лікарні №4 було обстежено 64 хворих на каротидний ЦП у віці 40 - 70 років. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Важкість стану пацієнтів та ступінь неврологічного дефіциту хворих було оцінено за шкалою NIHSS. Дослідження вмісту ІЛ-1(3 та ФНП-а проводили у плазмі крові у 1-шу та 10-ту добу інсульту методом імуноферментного аналізу з використанням наборів виробництва ООО «Укрмедсервіс» (Україна). Визначення вмісту АКТГ у плазмі крові в 1-шу та 10-ту добу інсульту проводили методом імуноферментного аналізу з використанням наборів виробництва «Віотегіса» (США). Рівень кортизолу визначали у плазмі крові також у 1-шу та 10-ту добу ішемічного інсульту методом імуноферментного аналізу за допомогою наборів виробництва «DRG» (США).

Під час оцінки результатів було відмічено достовірне підвищення рівнів ІЛ-1р, ФНП-а, АКТГ та кортизолу в 1-шу добу інсульту у порівнянні з контролем. Спостерігалось достовірне зниження цих показників на 10-ту добу. Відмічено позитивний кореляційний зв'язок між рівнями ІЛ-1р, ФНП-а АКТГ, кортизолом та рівнем неврологічного дефіциту, що вказує вплив гормонів стрес-реалізуючої системи на перебіг гострого періоду ЦП. Отримані результати свідчать про необхідність подальшого вивчення патофізіологічних каскадів при церебральній ішемії та актуальність пошуку нових засобів лікування інсульту (стрес-протективна терапія).

ЦЕРЕГІН У ЛІКУВАННІ ІНФАРКТУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Животовський Р.В., Личко В.С., Кизим С.В.

Науковий керівник - доц. Ф.Г. Коленко

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Інфаркт головного мозку - одна з найважливіших медико-соціальних проблем в Україні. Зростання захворюваності на ішемічний інсульт призводить до значної інвалідизації та стійкої втрати працездатності (в тому числі у осіб працездатного віку) і диктує необхідність пошуку нових лікарських препаратів для лікування гострої цереброваскулярної патології. Особливої уваги заслуговує препарат Церегін, до складу якого входять вільні амінокислоти та нейропептиди. Компоненти лікарського засобу шляхом підвищення аеробного енергетичного метаболізму, внутрішньоклітинного синтезу білка, зниження утворення продуктів перекисного окиснення ліпідів, вільних радикалів, зниження активації швидких реакцій патобіохімічного глутамат-кальцієвого каскаду, чинять нейропротективну, нейротрофічну, нейромодуючу та метаболічну дію.

На базі неврологічного відділення для хворих з гострою цереброваскулярною патологією КУСМКЛ №4 проведено дослідження. Обстежено 60 хворих на інфаркт головного мозку в гострому періоді. Пацієнтів було поділено на дві групи. І група (30 хворих) отримувала базисну та диференційовану терапію з пірацетамом у якості ноотропного засобу. ІІ група (30 хворих) отримувала базисну та диференційовану терапію з лікарським препаратом Церегін (у дозі 5 мл внутрішньовенно на протязі 10 днів) у якості нейропротектора. Пацієнти обох груп були рівнозначними за важкістю стану та віком. Ступінь неврологічного дефіциту оцінювався за оригінальною шкалою (С.І.Гусев, В.І.Скворцова. 1991р.) у 10-й, 14-й та 20-й дні лікування.

При оцінці результатів лікування виявлено істотне зростання сумарного балу за вищезазначеною шкалою наслідок „більш швидкого та вираженого відновлення неврологічного дефіциту у хворих ІІ групи.

Таким чином, застосування Церегіну у гострому періоді ішемічного інсульту є ефективним щодо відновлення втрачених функцій, про що свідчить клінічний досвід його використання у неврологічному відділенні для хворих з гострою цереброваскулярною патологією КУСМКЛ №4.

НАБРЯК ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЯК КРИТЕРІЙ ТЯЖКОСТІ СТАНУ ХВОРИХ ПРИ ГОСТРІЙ ЦЕРЕБРАЛЬНІЙ ІШЕМІЇ

Личко В.С., Животовський Р.В.

Науковий керівник - доц. О.І. Коленко

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Набряк головного мозку при ГПМК представляє собою зростання кількості внутрішньоклітинної та/чи позаклітинної рідини, що збільшує об'єм мозку і приводить до підвищення лікворного тиску. Внутрішньочерепна гіпертензія перешкоджає адекватному кровотоку, знижуючи церебральний перфузійний тиск (ЦПТ), що представляє собою різницю між середнім системним артеріальним тиском та лікворним тиском.

Обстежено 121 хворого з першим в житті інфарктом головного мозку (ІМ) на 1-у та 10-у добу захворювання. Особи чоловічої статі склали 69 хворих (57,0 %). жіночої - 52 (43,0 %). Середній вік обстежених хворих склав

,64,4±0,9 років (межі коливань від 46 до 75 років). Як групу порівняння обстежено 20 осіб (11 чоловіків і 9 жінок, середній вік - 58,3±0,7 років) із ортопедичною патологією без ураження ЦНС. системних захворювань і порушень терморегуляції, яким проводилася перидуральна анестезія, що однорідні за статтю та віком із групою хворих на ІМ. Вкрай несприятливі для прогнозу значення лікворного тиску зафіксовані у хворих у вкрай тяжкому стані (311,23±2,88 мм вод. ст.) з ішемічними вогнищами великих розмірів, що більше ніж у 2,5 рази перевищували показники групи порівняння (137,29±2,24 мм вод. ст.). Незадовільні показники ЦПТ (нижче 50 мм рт. ст.), коли виникають метаболічні ознаки ішемії та зниження електричної активності мозку, виявлені у пацієнтів із великою площею ураження мозкової речовини та високим лікворним тиском. Вищенаведені результати показують, що неадекватний ЦПТ є основним фактором негативного результату у хворих у гострому періоді ІМ. У ході дослідження виявлено зворотний кореляційний зв'язок значень лікворного тиску та ЦПТ ($r=-0,73$; $p<0,05$), що свідчить про пряму залежність даних показників. У дебюті захворювання на 1-у добу лікворний тиск складає 145,36±3,45-512,74±2,25 мм вод. ст. Рівні від 336,44±4,14 до 512,74±2,25 мм вод. ст. слід вважати вкрай негативними для прогнозу захворювання. Для визначення ефективності мозкового кровотоку рекомендується обчислювати ЦПТ, що на 1-у добу ІМ становить 31,5 1±1,04-73,84± 1,04 мм рт. ст. Рівні від 22,47± 1,77 до 48,67±1.54 мм рт. ст. слід вважати ознакою вкрай небезпечних розладів мозкового кровотоку.

Найнебезпечнішим ускладненням ІМ є розвиток набряку мозку, що являє собою найбільш універсальну реакцію тканин на вплив патологічних факторів. Гістоструктура та специфіка фізіологічних функцій мозкової тканини сприяють найбільш частому виникненню набряку даного анатомічного утворення, тому в лікуванні ІМ найбільшу увагу слід приділяти корекції лікворно-гіпертензивного синдрому.

МЕКСІКОР У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Росиенко С.І.

*Науковий керівник - доц. Ф.Г. Коленко
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології*

За оцінками експертів за рік у світі від серцево-судинних захворювань помирає приблизно 17 млн., чоловік. Кожен рік приблизно 20 млн., чоловік переносять гострі судинні епізоди і потребують вартісного лікування. Використання сучасних схем медикаментозної терапії ішемічного інсульту приводить до зменшення фінансових витрат на лікування та сприяє більшому ефекту від нього.

Мексікор - комбінований препарат янтарної кислоти та емоксипіну має виражений антигіпоксантичний та антиоксидантний ефект. Він знайшов своє місце під час лікування ішемічного інсульту в гострому періоді та під час ранньої медичної реабілітації хворих.

На базі неврологічного відділення для хворих із порушенням мозкового кровообігу Сумської клінічної лікарні №4 було проведено дослідження із використанням препарату Мексікор при лікуванні хворих на інфаркт мозку в короткотривалому та вертебро-базиллярному басейнах. У дослідження включалися пацієнти без порушення свідомості. Всі пацієнти були розподілені на дві групи по 25 чоловік. Перша група (25 чоловік) отримувала стандартну базисну терапію та диференційовану терапію; друга група (25 чоловік) - базисну терапію, диференційовану терапію та їм додатково призначався Мексікор 2,0 мл внутрішньокрапельно у 200 мл фізрозчину 2 рази на добу протягом 10 днів із подальшим переходом на внутрішньом'язеве введення 2.0 мл Мексікору 2 рази на добу. Ступінь неврологічного дефіциту оцінювали за шкалою NIHSS-шу, 10-ту та 21-шу добу інсульту.

Оцінюючи результати лікування, відмічено суттєвий регрес неврологічного дефіциту (геміпарез, атаксія, афазія) та рівня ліпідів крові у хворих другої групи. Таким чином, застосування мексікору є ефективним у лікуванні хворих на інфаркт мозку і його доцільно включати в комплексну терапію.

ГІПЕРКОРТИЗОЛІЗМ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІНФАРКТУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Монастирський В.О., Сафонова М.П., Кизим С.В.

*Науковий керівник - доц. О.І. Коленко
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології*

Гострі порушення мозкового кровообігу - одна з головних причин захворюваності та смертності у всьому світі. Інфаркт головного мозку (ІМ) разом з ішемічною хворобою серця та онкологічними захворюваннями займає провідне місце серед причин захворюваності, смертності та інвалідизації населення України.

В умовах гострого стресу у відповідь на ушкодження головного мозку виникає реакція нейроендокринної системи, в основі якої лежить активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової осі. Високі рівні глюкокортикоїдів викликають стрес-індуковані метаболічні та циркуляторні порушення, спричиняють експресію проапоптозних генів.

Враховуючи це, ми дослідили вміст кортизолу в плазмі крові хворих на ІМ у 1-шу та 10-ту добу захворювання. Під клінічним спостереженням перебувало 128 хворих на перший у житті гемісферний ІМ у віці 40 - 70 років (середній вік 59,80±0,68 року), які лікувались у неврологічному відділенні для хворих з порушеннями мозкового кровообігу Сумської міської клінічної лікарні №4. До обстеження було включено лише хворих, які поступали в стаціонар у перші 24 години від початку захворювання. Тяжкість стану хворих та ступінь неврологічного дефіциту було оцінено за шкалою NIHSS у 1-шу та 10-ту добу інсульту. Пацієнти отримували стандартну базисну та диференційовану терапію ІМ. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб, які відповідали за статтю та віком пацієнтам основної групи. Рівень кортизолу визначали у плазмі крові методом імуноферментного аналізу за допомогою стандартних наборів виробництва «DRG» (США).

Оцінюючи рівень неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS, можна відмітити достовірне його зниження у пацієнтів на 10-ту добу інсульту ($9,89 \pm 0,62$) у порівнянні з першим днем ($14,86 \pm 0,72$). При дослідженні вмісту кортизолу було виявлено достовірне підвищення його рівнів у пацієнтів в дебюті інсульту ($816,09 \pm 12,94$ нг/мл) у порівнянні з контролем ($70,89 \pm 3,73$ нг/мл). Максимальні концентрації цього гормону були зареєстровані у хворих на ІМ тяжкого та вкрай тяжкого ступеня. На 10-й день інсульту ми відмітили достовірне зниження концентрацій кортизолу в плазмі крові до $554,71 \pm 13,34$ нг/мл, але вони залишалися достовірно вищими за контроль ($p < 0,05$).

Кореляційний аналіз виявив прямий достовірний кореляційний зв'язок ($r = +0,48$; $p < 0,05$) рівнів кортизолу із ступенем неврологічного дефіциту та тяжкістю стану хворих на ІМ, що дозволяє думати про вплив цього гормону на перебіг гострого періоду інсульту.

ФЕНОТРОПІЛ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Сафонова М.П., Монастирський В.О., Животовський Р.В.

Науковий керівник - доц. Ф.Г. Коленко

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Зростання захворюваності на мозковий інсульт призводить до інвалідизації та значної втрати працездатності. Це диктує необхідність пошуку нових препаратів для лікування гострої цереброваскулярної патології.

В останні 5 років особливої уваги дослідників привертає препарат фенотропіл, який активує метаболізм та кровообіг мозкової тканини, підвищує стійкість нейронів до гіпоксії, підвищує енергетичний потенціал організму за рахунок утилізації глюкози, чинить ноотропний та м'який психостимулюючий вплив, поліпшує когнітивні функції.

На базі неврологічного відділення для хворих з порушеннями мозкового кровообігу Сумської міської клінічної лікарні №4 було проведено дослідження. Обстежено 52 пацієнта з першим у житті інфарктом головного мозку в каротидному басейні. У дослідження включались пацієнти з ясною свідомістю та збереженим ковтанням. Всіх пацієнтів було розподілено на дві групи: I група - 26 хворих отримували стандартну базисну та диференційовану терапію; II група - 26 хворих крім базисної та диференційованої терапії з 2-го дня лікування отримували фенотропіл у дозі 100 мг перорально 1 раз на добу на протязі 20 днів. В 1-шу, 10-ту та 21-шу добу інсульту у пацієнтів було оцінено ступінь неврологічного дефіциту за оригінальною шкалою (С.І.Гусєв, В.І.Скворцова, 1991 р.) та стан когнітивних функцій за шкалою MMSE.

Під час оцінки результатів лікування було відмічено достовірно більш суттєвий регрес неврологічного дефіциту (геміпарез, афазія, агнозії) та когнітивних розладів у хворих II групи, які отримували у складі комплексного лікування фенотропіл, що супроводжувалось суттєвим зростанням сумарного балу за оригінальною шкалою та шкалою MMSE у порівнянні з пацієнтами I групи. Особливо ми відмітили регрес апатико-абулічних проявів у хворих на мозковий інсульт під впливом цього препарату. Таким чином, застосування фенотропілу є ефективним у лікуванні ішемічного інсульту, його доцільно включати у комплексну терапію гострих порушень мозкового кровообігу.

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

Понор О.Б., Голобурда Д.В., студ. 5-го курсу

Науковий керівник - доц. Ф.Г. Коленко

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Концептуальною проблемою неврології є ускладнений мозковий інсульт (МІ). Ґрунтуючись на патокінезі гострих порушень мозкового кровообігу - послідовності патологічних процесів, що відбуваються вслід за гострою мозковою катастрофою, - учені по праву виділяють дві категорії ускладнень. По-перше, це ускладнення, безпосередньо обумовлені грубим ушкодженням структур головного мозку (перифокальний набряк, блокада лікворопровідних шляхів, повторний інсульт, дислокаційні синдроми, тобто патологічні процеси, що розвиваються в найближчі терміни і в більшості випадків є безпосередньою причиною смерті). До другої категорії належать ускладнення, що розвиваються в більш пізні терміни. Сюди віднесені соматичні ускладнення (пневмонія, трофічні зміни з боку шкіри і підшкірної клітковини, тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА), гострі пептичні виразки й н.).

В основу роботи покладені дані вивчення історій хвороб 232 хворих у гострому періоді мозкового інсульту, які перебували на стаціонарному лікуванні в судинному відділенні 4-ї міської клінічної лікарні м. Сум. Як показало наше клініко-патологоанатомічне дослідження, у переважній більшості пацієнтів групи фатального МІ ($96,1 \pm 2,2\%$), які мали великі півкульові або стовбурові інфаркти і у 100% хворих з геморагічним інсультом, незважаючи на проведену медикаментозну терапію, смертельний кінець наставав у результаті наростання набряку мозку з формуванням дислокаційного синдрому і блокади лікворопровідних шляхів з подальшим розвитком у частини хворих вклинення у великий потиличний отвір. У $29,3 \pm 4,6\%$ випадків масивне півкульове геморагічне вогнище супроводжувалося проривом крові в бічні шлуночки великого мозку. У 3 ($3,8\%$) хворих з інфарктом мозку (ІМ) і у 4 ($4,0\%$) із внутрішньомозковим крововиливом (ВК) супратенторіальної локалізації під час патологоанатомічного розтину, крім ознак дислокаційного синдрому, були виявлені вторинні крововиливи в стовбур мозку. Доказано особливу роль соматичних ускладнень МІ, що обтяжували його перебіг і визначали негативний прогноз. Пріоритетними ускладненнями були тяжкі пневмонії ($13,6\%$), тромбози і тромбоемболії ($9,1\%$), інфікування сечовивідних шляхів ($7,4\%$), гострі пептичні виразки ($6,1\%$), інфаркт міокарда ($3,9\%$), а також поєднання ускладнень. Ця категорія хворих потребує постійного моніторингу та корекції інтенсивної терапії з метою профілактики, ранньої діагностики, цілеспрямованого лікування ускладнень МІ, які прискорюють летальний кінець.

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ПАРКІНСОНІЗМІ

Шевченко О.М.

Науковий керівник - О.І. Коленко

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Когнітивні порушення - один з провідних синдромів патології центральної нервової системи. Когнітивна недостатність за даними різних авторів виявляється у 60-90% хворих, має прогресуючий перебіг і визначає ступінь інвалідизації і соціальної дезадаптації пацієнтів.

З метою вивчення характеру та ступеню когнітивної недостатності в умовах клініки (4-та міська клінічна лікарня м. Сум) розпочато обстеження хворих з явищами паркінсонізму. Загалом обстежено 15 хворих.

Обстеження пацієнтів проводилось за допомогою клініко-неврологічного методу (збір скарг, отримання анамнестичних даних від самого хворого та, при необхідності, від його рідних, визначення неврологічного статусу) та використовуючи MMSE-тест (mini-mental state examination - стисла шкала оцінки психічного статусу), за допомогою якого можливо визначити стан основних когнітивних функцій: часово-просторову орієнтацію пацієнта, сприйняття, увагу, пам'ять, вербальний статус. Методика відрізняється легкістю засвоєння та швидкістю проведення.

Хворі мали тривалість хвороби від 2 до 10 років. У 10 хворих діагностовано з урахуванням клініко-неврологічних даних та даних спадкового анамнезу хворобу Паркінсона. У 5 хворих з високою ймовірністю можна запідозрити судинний паркінсонізм. Всім пацієнтам проводилась відповідна спеціальна фармакотерапія. Лікування препаратом, які мають так звану ноотропну дію проводилось епізодично в рамках комплексного лікування.

При аналізі результатів отриманих тестів виявлено, що серед обстежених пацієнтів переважають хворі з легкими та середньоважкими когнітивними порушеннями, двоє хворих чоловічої статі з проявами важкої деменції мали найбільш тривалість хвороби і необхідність в сторонньому догляді. На підставі того, що у пацієнтів, які до хвороби займалися розумовою працею, частіше спостерігались більш легкі форми когнітивних порушень, можна зробити висновок про збільшення спроможності нейрональних комплексів до утворення нових зв'язків в умовах тривалого ментального тренування.

Аналіз актуальності проблеми когнітивних розладів у хворих з паркінсонізмом наводить на думку про необхідність більш уважного обстеження цієї категорії пацієнтів на всіх етапах лікування з метою виявлення когнітивного дефекту, навіть у легкій його формі. Потрібно пам'ятати, що необхідна не тільки постійна, своєчасна, обґрунтована фармакотерапія, а навіть, у першу чергу, постійне помірне розумове навантаження, які разом можуть стабілізувати когнітивний дефіцит і, таким чином, покращити соціальний прогноз.

МУКОСАТ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГІГЛОБІВ ТА ХРЕБТА, ОСТЕОПОРОЗ

Кучерявенко О.М.

Науковий керівник - доц. Ф.Г. Коленко

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Зростання на дегенеративно-дистрофічні хвороби та остеопороз призводить до зниження працездатності та її втрати, а також інвалідизації. Це диктує необхідність пошуку нових препаратів для лікування. Останнім часом особливої уваги дослідників привертає препарат мукосат, основною діючою речовиною якого є натрієві солі хондроїтин сульфата А та С- високомолекулярного мукополісахариду, присутнього у хрящах, та більшою мірою приймаючого участь у побудові основної речовини хрящової та кісткової тканин. Мукосат сповільнює процеси дегенерації хрящової тканини, має протизапальну та знеболюючу дію.

На базі неврологічного відділення для хворих з порушенням мозкового кровообігу Сумської міської клінічної лікарні №4 було проведено дослідження. Обстежено 38 пацієнтів з остеохондрозом поперекового відділу хребта із вторинним больовим синдромом. У хворих спостерігався больовий синдром, інтенсивність якого була оцінена у ступенях за І.П. Антоновим. У хворих мало місце напруження довгих м'язів спини, обмеження рухів у поперековому відділі хребта, позитивні симптоми натягу. Верифікація патології міжхребцевих дисків проводилась методом рентгенографії та магнітнорезонансної томографії.

Хворих було розподілено на дві групи: 1-ша група (20 хворих) отримувала стандартну терапію, яка включала нестероїдні протизапальні засоби, дегідратуючі засоби, літичні суміші, вітаміни групи В. 2-га група (18 хворих) ,крім стандартної терапії, отримувала мукосат по 2мл в/м 1 раз на день протягом 10 діб. Під час оцінки результатів лікування було відмічено більш швидке та виражене регресування больового синдрому, м'язово-тонічних проявів симптомів натягу у 2-й групі. Це диктує доцільність застосування хондропротекторів, зокрема мукосату, у комплексному лікуванні вертеброгенного больового синдрому.

ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ

Потапов О.О., Кмита О.П.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Алкогольна інтоксикація (АІ) - один із факторів, який суттєво впливає на діагностику, перебіг та наслідки черепно-мозкової травми (ЧМТ) та значно змінює клінічні прояви травматичного ураження мозку.

Нами було опрацьовано 115 карт стаціонарних хворих, які знаходились на лікуванні з травмами центральної нервової системи у нейрохірургічному відділенні Сумської обласної клінічної лікарні в 2009 році. З них у 11 (9,6%) хворих АІ була лабораторно підтверджена при ургентній госпіталізації в першу добу. З 115 хворих у легкому сп'янінні

(0.6-1.5%) перебувало 21 (18.3%), середнього ступеню (1.6-2.5%) - 73 (63,5%), сильному (2,6-3,0%) - 8 (6.9%), з тяжким отруєнням алкоголем, при якому може статися смерть (3-4%) було госпіталізовано 13 хворих (11.3%). Переважна кількість - чоловіки - 98 (85,2%), жінок - 17 (14,8%). Людей віком 16-21 рік було 14 (12,2%), 21-30 - 58 (50,4%), 31 -40 - 21 (18,3%), 41-50-17(14,8%), 51 -60 - 5 (4,3%).

21 (18,3%) хворий був у свідомості, помірне оглушення спостерігали у 73 (63,5%) хворих, глибоке - у 8 (6,9%), сопор-кома I - у 13 (11,3%). З діагнозами: забій м'яких тканин, рана м'яких тканин голови було госпіталізовано 43 (37,4%) хворих, струс головного мозку було діагностовано у 24 (20,9%) хворих, забій головного мозку без порушення цілісності кісток черепа - у 13 (11,3%), забій з переломом кісток черепа - у 35 (30,4%), забій головного мозку зі стисненням гострою внутрішньочерепною гематомою - у 10 (8,7%). 3 (2,6%) хворих померло.

Комп'ютерно-томографічне дослідження при госпіталізації було виконано 23 (20.0%) хворим, в процесі лікування - 67 (58,3%). Люмбальну діагностичну пункцію зроблено 5 (4,3%) хворим. 103 (89,6%) хворим було проведено рентгенологічне дослідження кісток черепа, проводились обов'язкові лабораторні дослідження. Прооперовано у першу добу 7 (6,1%) хворих, пізніше - 3 (2,6%).

Дезінтоксикаційні заходи (промивання шлунку, інфузії фізіологічного розчину та 5% розчину глюкози, введення діуретиків) використовували у 78 хворих (67,8%).

Таким чином хворим з АІ необхідно впроваджувати повний комплекс діагностичних обстежень під час госпіталізації (включаючи обов'язкове КТ дослідження та визначення ступеню алкогольного сп'яніння) або рекомендувати госпіталізацію для спостереження до нейрохірургічного або діагностичного відділення з комплексною дезінтоксикаційною терапією та цілодобовим спостереженням медичного персоналу.

ІНТРАОПЕРАЦІЙНА НЕЙРОСОНОГРАФІЯ У ХВОРИХ НЕЙРОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Потапов О.О., Дмитренко О.П., Скоток О.В., Кмита О.П.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Термін «нейросонографія» у дослівному перекладі означає зображення нервової системи за допомогою ультразвуку (грец. «пейгоп» - нервова тканина, лат. «sonus» - звук, грец. «графо» - зображувати). Традиційно під терміном «нейросонографія» розуміють методику дослідження головного мозку дитини через відкрите велике джерельце. Однак, «нейросонографія» поняття більш широке - це група методик оцінки стану нервової системи за допомогою ультразвуку (ультрасонографії - УС): УС м'яких тканин голови, УС черепа, УС головного мозку. УС хребта й спинного мозку. УС мозкових гриж, різні методики доплерографії та застосування ультразвуку під час операцій (УС-нейронавігація). Найбільш широко використовується ультрасонографія головного мозку (УСГМ). Залежно від місця прикладання ультразвукового датчика можна виділити чотири методики ультразвукового дослідження головного мозку: а) УС через велике джерельце; б) транскраніальна УС (через кістки черепа); в) транскраніально-черезджерельцева УС (через велике джерельце й кістки черепа); г) УС через різні кісткові дефекти (у тому числі сформовані під час нейрохірургічної операції).

Нами було застосовано інтраопераційну нейросонографію, як метод додаткової нейронавігації, через кістковий дефект, після кістково-пластичної трепанації під час доступу до внутрішньомозкових пухлин та абсцесів головного мозку, у п'яти хворих, які знаходились на лікуванні у нейрохірургічному відділенні Сумської обласної клінічної лікарні в 2009 році. Для нейросонографії використовували ультразвуковий апарат «Аіока-500» з датчиком з діапазоном режиму роботи від 5 до 6,5 МГц. У всіх випадках нейросонографія, як методика додаткової нейронавігації, виявилася ефективною, що дозволило зменшити час хірургічного втручання і знизити травматизацію тканин головного мозку на пошуковому етапі операції.

Таким чином підтверджено високу ефективність застосування інтраопераційної нейросонографії у хворих з внутрішньомозговими новоутвореннями, як методики нейронавігації, що не потребує використання вартісного нейрохірургічного навігаційного обладнання, а також спеціальної підготовки. Доведено доцільність використання датчиків з режимом роботи 7,5 МГц.

ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП ПРИ ТЯЖКІЙ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ

Потапов О.О., Кмита О.П.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Система гемостазу - постійно функціонуюча багатокомпонентна система, в якій підтримуються в динамічній рівновазі процеси активації та інгібіції як в клітинній (ендотеліально-тромбоцитарній), так і в ферментній ланках (згортання крові, фібриноліз). За всіма параметрами системи гемостазу потрібно розрізняти нормальні та патологічні його показники. Протромбіновий час і АЧТЧ часто називають "глобальними" тестами. Вони відображають активацію по зовнішньому і внутрішньому шляху згортання крові. Нормальні результати цих тестів дозволяють виключити значні дефекти більшості компонентів системи згортання крові. Активованій частковий тромбопластиновий час (АЧТЧ) є тестом на "внутрішній" шлях згортання і залежить від усіх чинників, за винятком VII і XIII. АЧТЧ часто використовується в клінічній практиці для контролю гепаринотерапії. Фібриноген є важливим чинником ризику виникнення тромбозів.

У літературі є багато повідомлень про особливості системи гемостазу у хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою (ЧМТ), проте, без деталізації особливостей ЧМТ в осіб старших вікових груп. Останні складають особливу групу потерпілих, що мають різні супутні захворювання, які знижують адаптаційні здатності організму і призводять до виникнення ускладнень у ранні строки після травми. У осіб літнього віку ЧМТ має особливості формування

ушкоджень, перебігу (особливо в післяопераційному періоді) та клінічних проявів, що вимагає визначення додаткових діагностичних і лікувальних принципів, обумовлених судинними порушеннями і змінами системи гемостазу.

Метою дослідження була оцінка стану системи гемостазу шляхом обробки показників коагулограми, а саме: часу рекальцифікації, тромботесту, вмісту фібриногену, фібринолітичної активності, а також АЧТЧ у хворих старших вікових груп у динаміці. У зв'язку з цим було проаналізовано 15 історій хвороб хворих, віком від 60 років, які перебували на лікуванні в нейрохірургічному відділенні СОКЛ з тяжкою ЧМТ. Забій головного мозку тяжкого ступеню та внутрішньочерепний крововилив було діагностовано у 9 хворих (60%). Всі хворі були оглянуті лікарем-кардіологом, анестезіологом з динамічним дослідженням ЕКГ та лабораторних показників.

При опрацюванні результатів проведених досліджень було виявлено, що позитивна динаміка лабораторних досліджень (в т.ч. АЧТЧ, коагулограма) відповідала покращенню загального стану хворих у 13 випадках (86,7%>), в одного хворого (6,65%) залишилася без змін (повторне оперативне втручання) та в одного пацієнта (6,65%) виявилася негативною (летальний випадок).

Таким чином можна відмітити чутливість зміни показників коагулограми та АЧТЧ у хворих старших вікових груп, які відповідають змінам загального стану хворого. Також підтверджено необхідність визначення в'язкості крові, агрегаційної активності еритроцитів та тромбоцитів, ліпідного складу плазми крові, стану мікроциркуляції та коронарного кровообігу у пацієнтів похилого віку з ішемічною хворобою серця, а також АЧТЧ для покращення діагностики змін загортальної та протизгортальної системи крові у хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ДЦП

Яценко Т.А., студ. 5-го курсу

*Науковий керівник – проф. О.О. Потапов
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології*

Дитячі церебральні паралічі (ДЦП) — гетерогенна група синдромів, які виникають в результаті ураження головного мозку плоду під час вагітності, пологів або ранньому післяпологовому періоді. В Україні на 1000 новонароджених дітей припадає 2-3 випадки ДЦП. Беручи до уваги високу розповсюдженість цього захворювання, актуальним залишається питання щодо його лікування. Лікування дитячих церебральних паралічів має бути комплексним та включати в себе реабілітаційне лікування, застосування ортопедичних апаратів, консервативну та медикаментозну терапію. При лікуванні ДЦП використовують наступні методики, які спрямовані на зниження спастичності та підвищення об'єму рухів.

Ботулінотерапія застосовується для лікування легких форм спастичного синдрому. Використовуються такі препарати, як ботокс і диспорт, які містять дози ботулінічного токсину. Задня селективна ризотомія - припускає руйнування задніх чутливих корінців спинного мозку, що призводить до розриву ланцюга патологічного рефлексу і регресу спастичності. Вплив високочастотного електричного струму на процеси проведення нервових сигналів через задні структури спинного мозку лежать в основі хронічної електростимуляції спинного мозку. Імплантація баклофенової помпи - дана операція припускає імплантацію хворому спеціального пристрою, що забезпечуватиме подачу баклофена в спинномозкову рідину. Якщо перелічені методики виявилися неефективними, у дітей з тяжкими гіперкінетичними формами ДЦП проводять операції на глибинних підкоркових структурах головного мозку.

В останні роки вивчається ефект застосування низькоінтенсивного лазерного випромінювання, розробляється та удосконалюється мікрохвильова резонансна терапія. Позитивна динаміка спостерігається у дітей з локальним ураженням головного мозку. При іммобілізації здорової кінцівки пацієнт більше користується ураженою кінцівкою, що призводить до покращення її функції. Зважаючи на високу розповсюдженість ДЦП, можна зробити висновок про надзвичайну важливість пошуку нових методів лікування дитячого церебрального паралічу та застосуванню їх на практиці.

АБСЦЕС ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Потапов О.О., Дмитренко О.П., Скопюк О.В., Кмита О.П.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Абсцес головного мозку - вогнище скупчення гною в мозковій речовині, відокремлене капсулою чи її елементами. Абсцес головного мозку виявляється на КТ, МРТ як утворення переважно округлої форми, з чіткими контурами, обмежене капсулою, візуалізація якої посилюється при введенні контрастних речовин. Клінічні прояви абсцесу головного мозку залежать від його локалізації, розмірів, кількості, поширення перифокального набряку, ступеня дислокації головного мозку, інтоксикаційно-септичних проявів та супутніх захворювань.

За останні роки у нейрохірургічному відділенні СОКЛ знаходилися на лікуванні 12 хворих (чоловіки) з абсцесами головного мозку. В віці до 20 років було - 3 хворих, до 40 років - 5 хворих, до 60 років - 4. За етіологічним фактором діагностовано посттравматичні пізні абсцеси у 4 випадках, отогенні, риногенні - 4, метастатичні - 2 (в анамнезі запальні захворювання легень), не уточнений етіологічний фактор - 2. В ургентному порядку госпіталізовано 10 хворих, у плановому - 2. При поступленні в нейрохірургічне відділення стан цих хворих оцінювався як тяжкий. Ступень порушення свідомості на рівні 13-14 балів (помірне оглушення) - 11 хворих; на рівні 9 балів (сопор) - 1 хворий. Усім хворим проведено клінічне, лабораторне та КТ обстеження. За даними КТ обстеження діагностовані супратенторіальні абсцеси у 12 випадках, в тому числі внутрішньомозкові - 11, міжкульової щілини - 1. Поодиночні абсцеси були у 11 хворих, багатокamerні - 1. У хірургічному лікуванні застосований пункційний метод у 12 випадках. Проведена евакуація гною з промиванням порожнини абсцеси розчином антибіотиків з обов'язковим бактеріологічним дослідженням вмісту абсцесу з визначенням чутливості до антибіотиків.

У 10 випадках виявлений патогенний стафілокок, у 2 випадках посів бакматеріалу був стерильний. У післяопераційному періоді проводилася комплексна антибактеріальна, дезінтоксикаційна, протинабрякова, імуностимулююча терапія.

При контрольному КТ обстеженні відмічалася позитивна КТ помітка - хворі виписані з відділення з поліпшенням, летальних результатів за цей період не було.

СЕКЦІЯ ПЕДІАТРІЇ №1

ЩОДО ПИТАННЯ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

*Ємець О.М., Сміян О.І.**

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

**КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди*

Не виникає сумнівів, що Україні потрібні сучасні реформи в області охорони здоров'я, які потребують значних фінансових вкладень. Але, навіть при нинішньому фінансуванні є можливість багато зробити для здоров'я наших співвітчизників. Світові досягнення останніх десятиліть у науці, економіці та в області управління охорони здоров'я корінним чином змінили медичну практику Західної Європи та Північної Америки. При бажанні, Україна може перейняти цей досвід.

В цих країнах визнано, що зміни в охороні здоров'я повинні включати в себе три обов'язкові складові:

1. Орієнтацію на науково-доказову медицину (evidence-based medicine);
2. Фінансові реформи;
3. Приділяти особливу увагу найважливішому в системі медичної допомоги.

За думкою багатьох авторів, якщо врахувати вищевказані побажання, є можливість уже сьогодні ефективним чином покращити систему охорони здоров'я.

Тому, нижче доводимо ті основні перетворення на які необхідно звернути увагу:

- медична практика повинна бути основана на точних методах емпіричної науки, для чого традиційні методи необхідно переглянути;
- організація управління та економічна політика повинні сприяти тому, щоб кошти використовувались з більшою вигодою;
- у хворих повинен бути вибір за рахунок конкуренції тих, хто пропонує медичні послуги;
- необхідно підвищити рівень медичної професії та лікувальних заходів;
- повинен існувати загальний підхід до лікувального процесу;
- необхідна доступна для кожного, нова інформаційна система відносно питань охорони здоров'я.

КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТОСУДИННИХ ДИСФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ-НАЩАДКІВ ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Сміян О.І., Ємець О.М., Савельєва-Кулик Н.О.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Вегетативні розлади є однією з актуальних проблем сучасної медицини. Це зумовлено їх значною поширеністю. За даними епідеміологічних досліджень від 30 до 80% дитячої популяції відчувають ті чи інші вегетативні порушення, які клінічно виявляються у вигляді вегетативної дисфункції. Разом з тим, вказана патологія визначає більшість неінфекційних захворювань у дітей з обтяженим радіаційним анамнезом.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей клінічного перебігу вегетосудинної дисфункції (ВСД) у дітей шкільного віку, що перебували на стаціонарному лікуванні в Сумській міській дитячій клінічній лікарні протягом 2005-2009 років. І групу склали 33 пацієнти віком 13-17 років з верифікованим діагнозом ВСД без додаткових факторів ризику. В ІІ групу увійшли 30 дітей-нащадків ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС (ЛНА на ЧАЕС) відповідного віку. Інструментальне обстеження включало електрокардіографію (ЕКГ), реоенцефалографію та кардіоінтервалографію (КІГ).

За результатами дослідження не виявлено вірогідних відмінностей між строками дебюту симптомів ВСД та особливостями анамнезу життя в дітей І та ІІ груп. У клінічній картині захворювання у пацієнтів І і ІІ груп переважали скарги на кардіалгії, головний біль, лабільність артеріального тиску зі схильністю до гіпер- чи гіпотензії, головокружіння та емоційна нестійкість. Разом з тим, діти-нащадки ЛНА на ЧАЕС вірогідно частіше скаржились на швидку стомлюваність (12,1±5,77% та 50±9,28% пацієнтів І і ІІ груп відповідно – $p<0,001$) та диспепсичні розлади, зокрема, нудоту (6,06±4,22% та 26,7±8,21% пацієнтів І і ІІ груп відповідно – $p<0,05$). За даними ЕКГ між І та ІІ групами дітей не виявлено вірогідних відмінностей ($p>0,05$) у превалюванні синдрому ранньої реполяризації шлуночків та дисфункції збудливості міокарду (синусова аритмія, синусова бради-, тахікардія, міграція суправентрикулярного водія ритму). За висновками РЕГ у пацієнтів з обтяженим радіаційним анамнезом відносно І групи вірогідно частіше спостерігалось утруднення венозного відтоку (27,3±7,87% та 66,7±8,75% дітей І і ІІ груп відповідно – $p<0,01$). За результатами КІГ у дітей І та ІІ груп відзначено переважання впливів центрального контуру регуляції, при цьому ознаки симпатизації були вірогідно вищими у пацієнтів ІІ групи ($p<0,05$). Разом з тим, вегетативний гомеостаз нащадків ЛНА на ЧАЕС характеризувався виснаженням компенсаторних механізмів, що

виявлялось у вірогідному зниженні показника варіаційного розмаху ΔX у порівнянні зі значеннями I групи ($p < 0,05$). В цілому, в динаміці загального стану в дітей I групи поступове зникнення скарг та покращення самопочуття спостерігалось вірогідно частіше на 6-8 дні терапії на відміну від пацієнтів II групи, у яких аналогічні позитивні зміни відмічались на 9-14 дні лікування ($p < 0,05$).

Таким чином, проведений аналіз особливостей клінічного перебігу ВСД свідчить про значне зниження адаптаційно-приспосувальних можливостей вегетативної нервової системи, особливо в нащадків ЛНА на ЧАЕС. Одержані результати є підтвердженням необхідності проведення вчасної та індивідуалізованої корекції виявлених змін з метою попередження трансформації функціональних вегетативних розладів у психосоматичні захворювання в зрілому віці.

ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТОНЗИЛОГЕННИХ КАРДІОПАТІЙ У ДІТЕЙ

Мозгова Ю.А.

Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Сміян

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

У дітей, хворих на хронічний тонзиліт нерідко розвиваються зміни серцево-судинної системи, а саме нейроциркуляторна дистонія, вторинна (тонзилогенна) кардіопатія, інфекційно-алергічний міокардит. Найчастішим ураженням серця в дітей з хронічним тонзилітом є вторинна кардіопатія.

Метою нашого дослідження стало вивчення електрокардіографічних особливостей тонзилогенних кардіопатій у дітей.

Проведено обстеження 48 дітей 6-18 років з діагнозом вторинна (тонзилогенна) кардіопатія. Дослідження проводилось на базі педіатричного відділення Сумської міської дитячої клінічної лікарні Святої Зінаїди.

У клінічній картині мали місце скарги на періодичні болі в ділянці серця колючого чи давлючого характеру, серцебиття, перебої у роботі серця, загальна слабкість, втомлюваність при фізичному навантаженні (у 89 % дітей). 11 % дітей скарг не мали. Такі клінічні прояви не є специфічними і можуть спостерігатися при інших тонзилогенних ураженнях серцево-судинної системи (нейроциркуляторній дистонії, міокардиті, ревмокардиті), тому основним методом діагностики порушень вторинних кардіопатій у дітей з хронічним тонзилітом є електрокардіографія (ЕКГ).

Так, встановлено, що у 42 % дітей на ЕКГ мала місце синусова аритмія, у 31% - порушення реполяризації, у 21% - локальні порушення внутрішньощуночкового проведення, у 15% - блокади, у 5% - екстрасистолії. У 19% дітей

у ході фізичного навантаження виявлено аритмію в перші 5 хвилин відновлюваного періоду; зубець Р після фізичного навантаження стає вищим від початкового, але процес відновлення його початкової величини затримується до 5 хвилин і більше, тоді як у здорових дітей – до 2 хвилин.

Отже, скарги, з якими звертаються до лікаря діти з тонзилогенними кардіопатіями, характеризуються значним поліморфізмом, при чому раннє виявлення порушень серцево-судинної системи здебільшого ускладнене. Тому метод електрокардіографії має важливе значення для своєчасної діагностики вторинних (тонзилогенних) кардіопатій, їх профілактики та адекватного лікування.

ОЦІНКА РОЛІ РІЗНИХ ФАКТОРІВ У ФОРМУВАННІ ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Мозгова Ю.А.

Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Сміян

СумДК, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Хронічний неспецифічний тонзиліт є мультидисциплінарною проблемою клінічної медицини і має важливе значення в клініці дитячих хвороб. Водночас із хронічним тонзилітом пов'язане виникнення і погіршення перебігу багатьох захворювань, насамперед серцево-судинної системи, що зумовлено дією нервово-рефлекторного, бактеріємічного, токсинемічного та алергічного чинників.

Метою нашого дослідження було вивчення ролі різних факторів у формуванні порушень серцево-судинної системи в дітей, хворих на хронічний тонзиліт.

Під наглядом знаходилось 52 дітей, хворих на хронічний тонзиліт 6-18 років, у яких мала місце патологія серцево-судинної системи. Вторинна (тонзилогенна) кардіопатія складала 51%, вегето-судинна дистонія – 32%, міокардіодистрофія – 17%. Дослідження проводилось на базі педіатричного відділення Сумської міської дитячої клінічної лікарні.

У залежності від віку частота уражень серцево-судинної системи при хронічному тонзиліті становила: 6-8 років – 18%, 9-12 років – 24%, 13-18 років – 58% дітей. Було виявлено взаємозв'язок між ураженням серцево-судинної системи в дітей з хронічним тонзилітом і такими факторами, як анте- і перинатальна патологія (49%), перенесені на першому році життя гострі респіраторні інфекції (58 %), раннє штучне вигодовування (72 %), наявність анемії (34%). У 46 % дітей частота гострих респіраторних інфекцій становила більше 3-х разів на рік. Був проведений аналіз госпіталізації дітей з діагнозом тонзилогенна кардіопатія в залежності від пори року. Так, взимку на стаціонарне лікування поступило 31% дітей, весною – 19%, літом – 15%, восени – 35%. Спостерігалась чітка залежність посилення ознак ураження серцево-судинної системи в період загострення хронічного тонзиліту.

Таким чином, у дітей, хворих на хронічний тонзиліт, важливе значення має патологія серцево-судинної системи, а саме тонзилогенна кардіопатія. Тому, враховуючи фактори, що сприяють розвитку патології серцево-судинної

системы, необходимо проводить раннюю диагностику, адекватную профилактику кардиопатий та включати у лікування хронічного тонзиліту кардіотропні препарати для запобігання розвитку дистрофічних змін у міокарді.

ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

Амелина Я.С., Лазебник О.А.

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.И. Смиян

СумДУ, кафедра педиатрии последипломного образования

КУ Сумская городская детская клиническая больница Св. Зинаиды

Аритмический синдром часто является одним из первых клинических проявлений патологии сердечно - сосудистой системы в молодом возрасте. В последнее десятилетие аритмиям, развивающимся на фоне соединительнотканых дисплазий сердца, уделяют особое внимание, поскольку такие аномалии приводят к развитию клинически значимых патологических состояний.

Целью нашего исследования было выявить особенности вегетативной регуляции ритма сердца у детей и подростков с малыми аномалиями сердца, оценить роль вегетативной дисфункции в развитии нарушений ритма и проводимости у данной категории больных. Нами было обследовано 140 пациентов в возрасте от 5 до 17 лет с малыми аномалиями сердца, которые проходили стационарное лечение в педиатрическом отделении Сумской городской детской клинической больницы за период с августа 2008 года по январь 2010 года. В зависимости от наличия кардиальной дисплазии были сформированы 2 группы: I группа- 108 детей с малыми аномалиями сердца, осложненными аритмическим синдромом и II группа– 32 ребенка с аритмическим синдромом без признаков дисплазии соединительной ткани сердца.

При изучении возможного влияния повышения тонуса отделов вегетативной нервной системы на характер аритмического синдрома в I группе детей выявлены прямые корреляции между ваготоническим типом исходного вегетативного статуса и синусовой аритмией ($r=0,21$; $p<0,02$), синусовой брадикардией ($r=0,23$; $p<0,01$) по данным ЭКГ, а также синоатриальной блокадой 2 ст. ($r=0,29$; $p<0,002$) и наджелудочковой экстрасистолией ($r=0,24$; $p<0,01$). Симпатикотонический тип ИВС в этой группе больных был взаимосвязан с синусовой тахикардией ($r=0,34$; $p<0,001$) и желудочковой экстрасистолией ($r=0,19$; $p<0,03$). Во II группе детей выявлена прямая корреляция между ваготоническим типом ИВС и миграцией водителя ритма на ЭКГ ($r=0,37$; $p<0,02$). Повышение тонуса симпатического звена вегетативной нервной системы у этой категории больных было взаимосвязано с желудочковой экстрасистолией ($r=0,37$; $p<0,02$), феноменом WPW ($r=0,37$; $p<0,02$), пароксизмальной тахикардией ($r=0,37$; $p<0,02$).

Таким образом, полученные результаты подтверждают роль вегетативных изменений в патогенезе нарушений ритма и проводимости у детей с малыми аномалиями сердца и влияние особенностей вегетативного гомеостаза на характер аритмического синдрома, что в свою очередь необходимо учитывать при выборе тактики лечения данной категории больных.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Амелина Я.С.

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.И. Смиян

СумГУ, кафедра педиатрии последипломного образования

КУ Сумская городская детская клиническая больница Св. Зинаиды

Синдром вегетативных дисфункций у детей часто проявляется в виде различных аритмий. Специальные методы обследования, такие как электрокардиография и ее модификации позволяют ориентироваться в направлении изменений и определить наиболее оптимальную тактику ведения таких детей.

Целью нашего исследования было изучить характер различных нарушений ритма и проводимости у детей и подростков с вегетативными дисфункциями. Нами было обследовано 75 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет с вегетативными дисфункциями, которые проходили стационарное лечение в педиатрическом отделении Сумской городской детской клинической больницы за период с августа 2008 года по август 2009 года. Для дифференциации изменений ЭКГ при вегетативных дисфункциях от изменений при миокардитах, кардиомиопатиях, выявления изменений характеристик водителя ритма, состояния процесса реполяризации миокарда использовали электрокардиографические функциональные пробы: клиноортостатическую, с физической нагрузкой, с β -адреноблокаторами и с атропином.

Обработка полученных данных выявила, что при симпатикотонии на ЭКГ появляются ускоренный синусовый ритм, высокие зубцы P, укорочение интервала PQ, снижение процессов реполяризации (уплощение зубца T); при гиперсимпатикотонии - отрицательные зубцы T, смещение вниз сегмента ST. При ваготонии на ЭКГ регистрируются замедленный синусовый ритм, уплощенные зубцы P, удлинение интервала PQ (атриовентрикулярная блокада I степени), высокие и остроконечные зубцы T. Выявлена взаимосвязь синдрома вегетативных дисфункций с наличием желудочковой экстрасистолии, парасистолии и пароксизмальной тахикардии.

Таким образом, полученные результаты подтверждают роль вегетативных изменений в патогенезе нарушений ритма и проводимости у детей с синдромом вегетативных дисфункций и влияние особенностей вегетативного гомеостаза на характер аритмического синдрома, что в свою очередь необходимо учитывать при выборе тактики лечения данной категории больных.

РІВЕНЬ АНТИЕНДОТОКСИНОВОГО ІМУНІТЕТУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З НЕГОСПІТАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ

Сміян О.І., Васильєва О.Г., Розульська Л.О.

*СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди*

Серед захворювань дихальних шляхів негоспітальна пневмонія (НП) зустрічається найчастіше та посідає перше місце в структурі захворюваності в Україні та четверте в структурі смертності. При виникненні в легенях запального процесу в умовах гіпоксії, в крові зростає концентрація багатьох шкідливих речовин, які в нормі метаболізуються в паренхімі, з розвитком синдрому ендогенної інтоксикації.

Метою нашого дослідження було визначення рівня сумарних антитіл до ендотоксину в сироватці крові дітей раннього віку з негоспітальними пневмоніями.

Нами було обстежено 56 дітей віком від одного місяця до трьох років, які знаходилися на лікуванні у інфекційному відділенні №1КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди за 2008 - 2009 роки. Усіх хворих було поділено на дві групи в залежності від важкості перебігу захворювання. Першу групу склали 26 (46,43%) дітей, які перебували на лікуванні з приводу НП середнього ступеню важкості, та другу групу - 30 (53,57%) хворих з пневмонією важкого ступеню. Групу контролю склали 19 здорових дітей відповідного віку та статі.

Результати досліджень свідчать про те, що у обстежених дітей виявлене статистично достовірне зростання сумарних антитіл до ендотоксину в гострому періоді негоспітальних пневмоній в порівнянні з даними групи контролю. Так, у дітей першої групи в перші дні хвороби цей показник склав $23,70 \pm 2,468$ УО/мл ($p < 0,001$), у хворих з другої групи - $30,74 \pm 3,316$ УО/мл ($p < 0,001$). У періоді реконвалесценції концентрація сумарних антитіл до ендотоксину у дітей з середньоважким перебігом НП зросла до $26,59 \pm 5,350$ УО/мл ($p > 0,05$), а з важким - до $49,93 \pm 9,298$ УО/мл ($p > 0,05$) у порівнянні з гострим періодом захворювання. З вищезазначеного видно, що рівень ендотоксимії при важкому перебізі НП при виписці хворих зі стаціонару був достовірно вищим за середньоважкий ($p < 0,05$).

Таким чином, імунологічним маркером ендогенної інтоксикації є рівень сумарних антитіл до ендотоксину, концентрація яких зростає в сироватці крові по мірі наростання важкості негоспітальних пневмоній. Рівень ендотоксемії вищий в дітей з важким перебігом захворювання, що пояснюється більш глибокими порушеннями метаболічних процесів та накопиченням більшої кількості ліпополісахаридів бактеріальних клітин, які є збудниками значної кількості пневмоній у дітей раннього віку.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГОСТРИХ ОБСТРУКТИВНИХ БРОНХІТІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Слива В.В., Бугаєнко В.О., Куропятник Н.П.

Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Сміян

*СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди*

Хвороби органів дихання у дітей знаходяться в центрі уваги педіатрів не тільки в Україні, але і в усьому світі і займають більше 60% у структурі дитячої захворюваності. Високі показники поширеності та стабільний ріст кількості хворих за останні роки (за 10 років захворюваність зросла в 3,6 разів) диктують необхідність активного пошуку нових науково обґрунтованих заходів з оптимізації своєчасної діагностики на основі поглибленого вивчення факторів ризику обструктивних бронхітів у дітей раннього віку.

В результаті проведеного нами комплексного обстеження 424 дітей, хворих на гострий обструктивний бронхіт, які перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні Сумської міської дитячої клінічної лікарні протягом 2007-2009рр. отримано наступні дані:

1. За останні роки частота госпіталізації зросла в 1,5 рази (з 6,5% у 2007 р. до 10,8 % у 2009 р.). Серед усіх обстежених діти першого року життя хворіли обструктивним бронхітом достовірно частіше (49,5%, $p < 0,05$), при чому хлопчики майже в 2 рази (60,3%, $p < 0,05$), ніж дівчатка (39,7%, $p < 0,05$). Діти раннього віку більше хворіли взимку (48,2%, $p < 0,001$), а пік захворюваності в пацієнтів у віці від 2 до 3 років доводився на осінь (39,0%, $p < 0,05$).

2. Значний вплив на розвиток обструктивного бронхіту в дітей раннього віку здійснювала маса тіла при народженні. Серед хворих майже $\frac{1}{4}$ (23,8%) дітей народилося з масою менше 2800 г., що у 1,6 разів більше, ніж у групі порівняння. Частота виникнення захворювання також залежала від характеру вигодовування. Серед дітей, які хворіли на гострий обструктивний бронхіт, 208 (49 \pm 2,43%) знаходились на штучному вигодовуванні, 131(31 \pm 2,25%) - на змішаному і лише 85 (20 \pm 1,95%) - на грудному вигодовуванні.

3. У всіх вікових групах підтверджено наявність обтяженого алергологічного анамнезу в 55 \pm 2,42% випадків, що проявлявся ексудативно-катаральним діатезом (28 \pm 2,18%), харчовою та медикаментозною алергією (27 \pm 2,16%)

4. До чинників ризику розвитку обструктивного бронхіту в дітей раннього віку також можна віднести вказівку в анамнезі на патологічний перебіг вагітності (анемія, токсикоз I/II половини вагітності) у матері, народження шляхом кесарського розтину; наявність фонової патології (дефіцитна анемія, тонзиліти, аденоїдити або поєднання 2-3 фонових захворювань), пізні (через 2 дні і пізніше від початку захворювання) звернення за медичною допомогою до лікувальної установи.

Отже, лікування дітей з гострим обструктивним бронхітом повинне бути комплексним, проводитися з урахуванням патогенезу формування бронхіальної обструкції, направленим на усунення виявлених чинників ризику і супутніх патологічних станів, з подальшим проведенням адаптаційних та профілактичних заходів.

АНТИГОМОТОКСИЧНІ ПРЕПАРАТИ (АГТП) В ЛІКУВАННІ ГРВІ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Січненко П.І., Куропятник Н.П., Хрін Н.В., Вінник О.В.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Гострі інфекційні захворювання органів дихання становлять значну питому вагу в структурі дитячих інфекційних захворювань і, не дивлячись на наявність достатнього вибору протівірусних, протизапальних засобів з широким спектром дії, і на сьогоднішній день є досить актуальною проблемою дитячої інфектології.

З метою розробки оптимальних шляхів лікування та покращання ефективності терапії ГРВІ у дітей раннього віку нами вивчена ефективність антигомтоксичного препарату «Вібуркол». Механізм дії вібурколу полягає в стимуляції синтезу ендogenous інтерферону 1 та 2 типів, в активації фагоцитозу, а також вібуркол опосередковано впливає на лихоманку і має дезінтоксикаційну дію.

Ефективність препарату вивчали у 82 дітей з гострими вірусними інфекціями віком від 6 місяців до 3 років. Добова доза препарату складала на першу добу захворювання по 1 свічці кожні 3 години, а наступний день по 1 свічці 3 – 4 рази на добу per rectum. Курс лікування складав до 10 діб. Показанням для призначення даного препарату була наявність частих ГРВІ у дітей, що супроводжувались лихоманкою, діагноз яких встановлювався на підставі клініко – лабораторних даних.

На фоні проведеної терапії вібурколом виявлений позитивний клінічний ефект у 90% хворих дітей – зменшення інтоксикації та респіраторної симптоматики, стійка нормалізація температури спостерігалась уже на 2 – 3 добу після призначення препарату, а зниження температури тіла до субфебрильних цифр спостерігалось уже в перші години після прийому препарату. 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 вібурколу. Наприкінці першого тижня лікування ознаки інтоксикації залишилися тільки у 2 хворих дітей, але всі вони відмічали покращення загального стану. Клінічні прояви риніту, ринофарингіту зменшилися практично в усіх обстежених дітей, кашель у кінці лікування залишався в 7% дітей у вигляді нечастого продуктивного кашлю. Середня тривалість лікування дітей з ГРВІ складала 6,5 діб. У процесі лікування нами не відмічено ніяких побічних ефектів.

Застосування препарату показало його хорошу переносимість у дітей і саме головне - зменшення частоти повторних епізодів ГРВІ.

Таким чином, проведене дослідження свідчить про досить високу ефективність і безпеку застосування вібурколу при лікуванні та профілактиці ГРВІ в дітей раннього віку.

ВІДХАРКУВАЛЬНА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ГОСТРИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Січненко П.П., студ. 5-го курсу, Ведмеденко М.А., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – доц. П.І. Січненко

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Хвороби органів дихання займають одне з провідних місць у структурі захворюваності дітей. Одним із істотних чинників патогенезу запальних респіраторних захворювань є порушення механізму мукоциліарного кліренсу, що пов'язане, насамперед, з надлишковим синтезом і підвищенням густини бронхіального секрету. При цьому перистальтичні рухи дрібних бронхів і "мерехтіння" війчатого епітелію великих бронхів та трахеї не в змозі забезпечити адекватний дренаж бронхіального дерева, що призводить до порушення вентиляційно-респіраторної функції легенів, а неминуче інфікування - до розвитку ендобронхіального або бронхолегеневого запалення. Внаслідок чого, розвивається кашель, захисна роль якого полягає в очищенні дихальних шляхів від чужорідних часток, що потрапили ззовні або утворених ендogenous. У дітей раннього віку кашель, частіш за все, обумовлений підвищенням густини харкотиння, порушенням евакуації її по бронхіальному дереву в силу неадекватної активності миготливого епітелію. Тому, основною метою терапії в даному випадку є розрідження мокроті, зниження її адгезивності і тим самим, збільшення ефективності кашлю.

З метою оптимального вибору відхаркуючої терапії нами була проведена порівняльна оцінка клінічної ефективності відхаркувальних препаратів схожої дії – «Линкас» та «Мукалтин» у 55 дітей раннього віку, що знаходились на лікуванні у СМДКЛ з приводу гострих захворювань органів дихання, і з них 30 дітей (1 група) отримували сироп "Линкас", інші 25 дітей (2 група) - "Мукалтин". Тривалість прийому - від 5 до 7 днів залежно від ефекту. В усіх дітей 1 групи основний діагноз був ГРВІ, у 9 (30%) - з проявами бронхіту. У 10 дітей (30%) відзначався виражений обструктивний синдром, який вимагав застосування бронхолітичних засобів (еуфілін, сальбутамол). Серед цих дітей у 5 (16%) відзначалися явища рахіту, у 5 (16%) мали місце прояви atopічного дерматиту. Більшість із дітей 2 групи мали основний діагноз ГРВІ. У 36% відзначалися явища бронхіту. Обструктивний синдром був у 32% дітей, atopічний дерматит - у 16% дітей.

Результати дослідження показали, що достовірних відмінностей при застосуванні препаратів "Линкас" і "Мукалтин" по динаміці основних симптомів виявлено не було. Проте, нами було встановлено, що при застосуванні препарату "Линкас" швидше знижувалася температура до нормальних або субфебрильних цифр, покращувалося загальне самопочуття, а також швидше зникав кашель. Останнє, особливо добре простежувалось в групі дітей більш старшого віку, де виразніше можна оцінити наявність і динаміку відходження харкотиння по її кількості. При прийомі препарату "Линкас-сироп" на 2-3 день відзначалося посилення кашлю і відходження харкотиння. Після цього на 4-5

день харкотиння зникало, і значно зменшувався кашель. При цьому, чим яскравіше були клінічні прояви хвороби, тим вище була ефективність препарату.

Найбільш важливим показником є частота призначення антибіотиків. В усіх випадках нашого дослідження антибіотики не призначалися в 1 день захворювання, а призначалися тільки у разі відсутності ефекту від симптоматичної терапії, що проводилася - при наростанні задишки, збереженні гіпертермії і погіршенні загального стану дитини, що може свідчити про неефективність наявної терапії. У нашому дослідженні в 1 групі антибіотики були призначені 5 дітям (16%), у 2 групі - 12 дітям ($p < 0,05$), що може свідчити, в певній мірі, про більш позитивний вплив препарату «Лінкас» на перебіг хвороби.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ НУКЛЕІНАТУ НАТРІЮ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ЧАСТИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

*Романюк О.К., Гончарова Н.Ф., Марченко С.М.
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди*

Часті повторні респіраторні захворювання у дитячому віці становлять серйозну медико-соціальну проблему. Залишається актуальним пошук ефективних методів імунореабілітації цих дітей. Особливе місце серед препаратів нуклеїнових кислот займають препарати РНК макрофагів. Нуклеїнат – препарат очищеної РНК, джерело речовин, які необхідні організму для відновлення будь-якої враженої клітини або для створення нових. Цей препарат має імуномоділюючу дію і впливає практично на всі елементи імунної системи та метаболічні процеси, а також протизапальну, антиоксидантну, антианемічну дію.

Метою цього порівняльного дослідження була оцінка клініко-імунологічної ефективності нуклеїната натрію у комплексі лікування гострого процесу та відновного лікування у дітей у віці від 3 до 7 років з частими повторними захворюваннями органів дихання.

Під нашим спостереженням, в умовах відділення реабілітації СМДКЛ, перебувало 48 дітей з частими повторними бронхітами, ринофаринготрахеїтами і хронічним аденоїдитом без обтяженого алергоанамнезу. Загальноклінічні методи дослідження включали анамнез хвороби, алергологічний анамнез, дані клінічного огляду. Здійснювався динамічний імунологічний контроль за рівнем імуноглобулінів А, М, G. Діти були розділені на дві подібні за клінічними характеристиками та віком групи: 1-а група - 23 дітей, які отримували комплексну терапію з включенням нуклеїнату натрію, 2-а група - 25 дітей, які отримували той самий комплекс лікування без включення до нього нуклеїнату натрію. Нуклеїнат натрію призначався по 1 капсулі 1 раз на добу впродовж 10-14 днів. З профілактичною метою Нуклеїнат призначали з урахуванням віку хворих – по ½ капсулі 1 раз на добу після їжі впродовж 1-3 місяців. Виражених побічних ефектів на тлі лікування не відмічено. Аналіз результатів дослідження показав, що у хворих, які приймали Нуклеїнат в гострий період захворювання виявлено більш швидку зворотну динаміку клінічних симптомів. Тривалість лікування дітей першої групи склала 10.1 ліжкоднів проти 11.4 у групі порівняння, що склало економічний ефект у 1754 гр. (медична ефективність 91.3%)

При катamnестичному обстеженні через 6-11 міс 41 дітей встановлено, що в 1-й групі захворюваність знизилася більш значно, ніж у 2-й групі (відповідно в 1,73 і 1,3 рази). У 1-й групі стали рідше хворіти більшість дітей - 18 (83%) з 22, тоді як у 2-й групі - лише близько половини - 9 (47%) дітей з 19. Після закінчення курсу лікування у дітей 1-ї групи відзначена тенденція до зниження початково підвищеного рівня імуноглобуліну G.

Таким чином Нуклеїнат натрію є достатньо ефективним і може бути рекомендований в комплексному лікуванні та реабілітації при частих повторних захворюваннях органів дихання перш за все у дітей без обтяженого алергоанамнезу і клінічних проявів алергії.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ТАМІФЛЮ У ДІТЕЙ ЗА ДАННИМИ ІНФЕКЦІЙНОГО ВІДДІЛЕННЯ № 2 СУМСЬКОЇ МІСЬКОЇ ДИТЯЧОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ

*Горбась В.А., Бугаєнко В.О., Козлова К.Г., Луценко А.І., студ. 3-го курсу
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди*

Грип відомий медикам з кінця XVII століття. Перші згадування про грип були відмічені багато століть тому – ще в 412 році до н.е.. Опис грипоподібного захворювання був зроблений Гіппократом. Людство неодноразово страждало від епідемій. 2009-2010 роки іменують як пандемічні, так названий свинячий грип. В деяких випадках захворювання перебігає в легкій формі. При тяжкому перебізі дітей госпіталізують із-за високого ризику вірусної пневмонії.

Метою даного дослідження є вплив противірусного препарату «Таміфлю» на перебіг захворювання у дітей.

Під спостереженням у інфекційному відділенні №2 СМДКЛ знаходилось 33 хворих дітей. У всіх випадках діагноз ГРВІ підтверджений клінічно або лабораторно. Препарат призначали у складі консиліуму враховуючи висновки об'єктивного обстеження та дані вірусологічного дослідження.

В інфекційному відділенні № 2 за період листопад, грудень 2009 – січень 2010 р.р. – 33 хворих дітей отримували препарат «Таміфлю». Це були діти, у яких клінічні прояви грипу були типовими, такі як виражений гіпертермічний синдром, інтоксикаційний, бронхообструктивний. Діти, які отримували даний препарат 2-3 рази на добу у вікових дозах скоротили перебування у стаціонарі до 6-7 днів. Температура нормалізувалась на 2-3 день від початку прийому препарату. В той час як у дітей з ГРВІ, які не отримували «Таміфлю» температура тривала 3-4 дні. А основні симптоми грипу, такі як головна біль, кашель, біль у горлі, нежить, болі у м'язах і суглобах, виражена загальна слабкість становились менш вираженими.

Таким чином, можна сказати, що клінічно ефективність противірусного препарату висока при грипі. І особливо важливо як можна раніше розпочати комплексну терапію, що сприятиме швидкому одужанню і тим самим скоротить термін перебування хворого у стаціонарі.

СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ОРГАНІВ ДИХАННЯ СЕРЕД ДІТЕЙ

Козлова К.Г. , Плахтиря Є.А., студ. 3-го курсу
Науковий керівник - к.м.н. В.А. Горбась
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Про актуальність проблеми пневмонії не зупиняються обговорювати науковці і лікарі. Одночасно кожен рік в усьому світі виникає близько 150 млн. випадків пневмонії у дітей віком до 5 років, причому 20 млн. випадків класифікуються як досить серйозні, потребуючи госпіталізації.

Пневмонія ускладнює грипозну інфекцію у середньому в 20% випадків.

Метою даного дослідження явилось вивчення захворюваності на вірус грипу А серед дітей які знаходились на лікуванні в дитячий лікарні м. Суми.

Під нашим спостереженням знаходилось 33 дітей з діагнозом грип.

На сьогодні актуальним є пневмонія, обумовлена вірусом грипу А(H1N1). По інфекційному відділенню № 2 СМДКЛ ім. Святої Зінаїди всього було проліковано за 2009 р. 1404 дітей, із них 878 (62,5) склали діти з ГРВІ. Грип клінічно склав 8 (8,8) хворих, грип А (вірусологічно) – 25 дітей (10,0), грип А (H1N1 – swine) – 2 (10,0) хворих. Інша патологія розподілилась таким чином: гостра пневмонія не ускладнена 21,7 %, гостра пневмонія ускладнена 8,3 % та інші захворювання дихальної системи. Аналізуючи структуру захворюваності за 2009 р. питома вага ГРВІ складає 62,5 %. На I місці переважає гострий бронхіт (25,6 %), на II місці – ГРВІ – 23,6 %, на III місці – гостра пневмонія – 21,7 %.

Найбільша кількість захворілих на гостру респіраторну патологію припадала на жовтень – грудень 2009 р., що може бути пов'язано з епідемією грипу, зниженням імунітету у дітей в осінньо – зимній період. Крім того, при грипі суттєво знижується місцевий імунний захист дихальних шляхів, а вірусемія, яка розвивається, обумовлює стан транзиторного вторинного імунодефіциту. Всі ці фактори сприяють активації ендогенної умовно-патогенної мікрофлори і полегшують проникнення в нижні дихальні шляхи патогенних бактерій, що закономірно підвищує ризик розвитку в легенях запального процесу.

Отже, проблема пневмонії у дітей залишається актуальною. Але всі діти з ГРВІ отримували своєчасне лікування і 88 % дітей були виписані з одужанням.

Таким чином своєчасне виявлення симптомів захворювання, рання госпіталізація і розпочате лікування сприяє швидкому одужанню, нормалізації лабораторних показників у дітей з респіраторною патологією.

ГУМОРАЛЬНИЙ АНТИЕНДОТОКСИНИВИЙ ІМУНІТЕТ У ХВОРИХ НА НЕ ГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ДІТЕЙ

*Васильєва О.Г.
Науковий керівник – д.м.н., проф. О.І. Сміян
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди*

При порушенні клітинної стінки бактерій під дією антибактеріальних засобів виділяється в кровотік значна кількість ліпополісахаридів (LPS), на які з часом виробляються антиендотоксинові антитіла. Бар'єрна функція легень запобігає проникненню потенціально патогенної мікрофлори в кровеносне русло. При цілому ряді патологічних процесів, до них відносяться і пневмонії, цей бар'єр порушується, що призводить до транслокації ліпополісахаридів з бронхів у регіонарні лімфатичні вузли та кров.

Метою нашої роботи було вивчення рівня сумарних антиендотоксинових анти-ЕТ антитіл у сироватці крові у дітей раннього віку, хворих на негоспітальні пневмонії (НП).

Нами було обстежено 56 дітей віком від одного місяця до трьох років. 26 дітей перебували на лікуванні з приводу НП середнього ступеню важкості та 30 хворих - з пневмонією важкого ступеню. Групу контролю склали 19 здорових дітей відповідного віку та статі. Дослідження проводилось на 1-2 добу перебування хворих в стаціонарі та 12-14 добу захворювання (при виписці).

Результати досліджень свідчать про те, що у хворих НП виявлене статистично достовірне зростання сумарних антитіл до ендотоксину в гострому періоді НП в порівнянні з даними дітей групи контролю. Цей показник складав у перші дні хвороби $27,47 \pm 2,150$ УО/мл ($p < 0,001$). У періоді реконвалесценції у хворих концентрація сумарних антитіл до ендотоксину мала тенденцію до зросту ($35,27 \pm 3,355$ УО/мл, $p > 0,05$) у порівнянні з показниками гострого періоду захворювання.

Дані, отримані при вивченні рівня антиендотоксинових антитіл, вказують на те, що при негоспітальній пневмонії спостерігаються ознаки посилення антиендотоксинового імунітету в зв'язку з розвитком власне запалення в легенях. Зростання концентрації сумарних анти-ЕТ-антитіл у дітей з НП може свідчити про реакцію організму на глибокі порушення мікроекологічної рівноваги, що обумовлені з агресією грамнегативної токсигенної флори в легенях.

ПАТОЛОГІЯ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ В СТРУКТУРІ ЗАХВОРИЮВАНOSTІ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РЕАНІМАЦІЇ СМДКЛ

Пономаренко О.М.

Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Сміян

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

У теперішній час хвороби органів дихання серед дорослих і дітей досягають значних розмірів у всіх країнах світу, в тому числі і в Україні. Незважаючи на існуючі методи профілактики і лікування, вони продовжують займати значну питому вагу та провідне місце у структурі дитячої захворюваності [Височина І.Л., 2006]. Серед населення України ця патологія посідає перше місце, серед причин смертності - четверте (Фещенко Ю.И., Мельник В.М., 2004).

Мета нашої роботи: визначити розповсюдженість патології нижніх дихальних шляхів у дітей в структурі загальної захворюваності відділення інтенсивної терапії та реанімації.

Дослідження проведено в Сумській міській дитячій клінічній лікарні за період з 2008 по 2009 роки. Під наглядом знаходилося 84 дитини з захворюваннями нижніх дихальних шляхів. За 2008 рік пролікувалося 50 дітей, що склало 13,33% від загальної захворюваності по відділенню, за 2009- 34 дитини-11,18%. У їх числі було 54 (64,29%) хлопчиків і 30 (35,71%) дівчаток. Серед них 60 (71,42%) дітей раннього віку і 24 (28,58%) дітей – старше 3 років. Встановлено, що найчастіше серед захворювань нижніх дихальних шляхів зустрічається пневмонія – у 53 (63,1%) та обструктивний бронхіт у 34 (40,48%) пацієнтів.

Таким чином, патологія нижніх дихальних шляхів досить розповсюджена серед дітей, що проходили лікування у відділенні інтенсивної терапії та реанімації. У структурі захворювання переважали хлопчики раннього віку з негоспітальною пневмонією.

Високий рівень захворюваності органів дихання, в тому числі на пневмонію, вимагає своєчасної діагностики та проведення раціональної терапії на догоспітальному етапі.

КЛІНІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ПОВТОРНИХ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Пищик В.Б., Северіна О.С.

Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Сміян

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Гострі респіраторні захворювання займають перше місце в захворюваності серед дитячого населення. Найбільша захворюваність припадає на дітей перших трьох років життя, що пов'язано з віковими особливостями стану їх імунної системи, розширенням числа контактів, у тому числі з початком відвідування дитячих колективів. Одним з найважливіших механізмів захисту макроорганізму від вірусних інфекцій є система інтерферону (ІФН). Відомо, що від швидкості включення її в процес противірусного захисту залежить перебіг та наслідки захворювання.

Метою дослідження було удосконалення терапії гострої вірусної інфекції у часто хворіючих дітей (ЧХД) раннього віку шляхом диференційованого призначення лікування на підставі комплексного вивчення динаміки інтерфероноутворення, продукції цитокінів та стану системного імунітету залежно від клінічних особливостей перебігу захворювання.

У дослідження були включені 100 дітей, госпіталізованих до міської дитячої лікарні, віком від 6 місяців до 3 років. I група (50 дітей) отримувала препарат «Анаферон дитячий» за лікувальною схемою протягом 7 днів на тлі симптоматичної терапії. II група (50 пацієнтів) отримувала тільки симптоматичну терапію.

Проведені спостереження довели, що призначення дітям комплексного лікування сприяло більш швидкому зникненню провідних симптомів. Так, у дітей I групи тривалість температурної реакції складала $2,04 \pm 0,2$ дні, в той час, як у дітей II групи – $2,8 \pm 0,24$ дні ($p < 0,05$). Синдром інтоксикації у дітей I групи тривав протягом $2,99 \pm 0,15$ днів, а у дітей II групи – $4,17 \pm 0,21$ днів ($p < 0,05$). У 5 дітей (10%) I групи з неускладненим перебігом ГРВІ, яким препарат було призначено в ранній термін захворювання, спостерігалось абортівне припинення захворювання.

Таким чином, проведене дослідження демонструє високу клінічну ефективність препарату «Анаферон дитячий» в лікуванні ГРВІ, що проявляється скороченням тривалості всіх клінічних симптомів захворювання при задовільній переносимості препарату та відсутності побічних ефектів.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ СТЕНОЗУЮЧИХ ЛАРИНГОТРАХЕЇТІВ НА ФОНІ ДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Ільченко Т.С.

Науковий керівник – д.м.н., проф. О.І. Сміян

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Гострі респіраторні вірусні інфекції в останній час займають провідну роль в інфекційній патології дитячого віку. Одним із частих та тяжких проявів ГРВІ, що супроводжується розладами дихання, є гострий стенозуючий ларинготрахеїт. Порушення анатомічної цілісності, звуження, а тим більше повне закриття просвіту повітроносних шляхів призводить до кисневої недостатності і, як наслідок до значних циркуляторних змін, порушення водно-електролітного та кислотно-лужного балансу, зсуву в окисно-відновлювальних процесах в тканинах. Збільшується

кровонаповнення, підвищується проникність судин, розвивається інтерстиційний набряк та клітинна інфільтрація слизової оболонки і підслизового шару гортані.

Нами було проаналізовано 84 історії хвороби дітей віком до 3 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в СМДКЛ св.Зінаїди протягом 2009 року з приводу наявності в них гострого стенозуючого ларинготрахеїту як основного прояву респіраторної вірусної інфекції. Дітей було розподілено на 2 групи. До I групи увійшли пацієнти, у яких перебіг даної патології відбувався на фоні дефіцитної анемії I-II ст.-52 осіб (61,9%). До II групи увійшли пацієнти, у яких перебіг основного захворювання відбувався без супутньої патології. Діагноз анемії встановлювали, якщо рівень гемоглобіну був нижчим 110 г/л та еритроцити нижче ніж $3,8 \times 10^{12}/л$. Слід зазначити, що глибина гіпоксії залежить не тільки від ступеня стенозу, а й від ступеня важкості дефіцитної анемії, оскільки гіпоксична дія супутніх факторів ускладнює перебіг основного захворювання. В пацієнтів основної групи була відмічена більш виражена клінічна картина стенозуючих ларинготрахеїтів та затяжний перебіг, що потребувало значних зусиль в інтенсивній терапії.

Таким чином, перебіг гострого стенозуючого ларинготрахеїту на фоні дефіцитної анемії в дітей залишається актуальною проблемою для сучасної дитячої пульмонології у зв'язку зі своєю поширеністю. З'ясування механізмів реалізації такого впливу вимагає подальших ґрунтовних досліджень та своєчасної корекції виявлених змін.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Курганська В.О.

Науковий керівник – д.м.н., проф. О.І. Сміян

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Алергічні захворювання займають провідне місце в структурі патології дихальної системи. Бронхіальна астма (БА), як одне з найбільш поширених алергічних захворювань, є важливою проблемою сучасної педіатрії. За даними офіційної статистики, від 5 до 10% дітей хворіють на бронхіальну астму, у більшості з яких захворювання починається в ранньому віці. Тривалий час, маскуючись за діагнозами обструктивний синдром, алергічний і астматичний бронхіт та іншими, захворювання своєчасно не розпізнається.

Метою дослідження було виявлення особливостей клінічного перебігу БА у дітей раннього віку. Нами було обстежено 56 дітей, що знаходились на лікуванні у відділенні пульмонології Сумської обласної дитячої клінічної лікарні з відповідним діагнозом віком до 3 років.

Серед обстежених дітей було 38 (67,8%) хлопчиків та 19 (32,2%) дівчаток. За ступенем тяжкості перебігу БА обстежені діти розподілились таким чином: інтермітуюча астма (ступінь I) була виявлена у 17 (30,4%) дітей, легка персистуюча бронхіальна астма (ступінь II) - у 39 (69,6%), середньо-важка персистуюча (ступінь III) та тяжка персистуюча астма (ступінь IV) виявлена не була.

У клінічній картині майже в усіх дітей зустрічався кашель - 94,6%. Задишка мала місце у 46 (82,1%) пацієнтів, у більшості з яких вона була змішаного характеру – 31 (67,4%), а у 15 (32,6%) - експіраторного. Блідість шкіри та слизових оболонок відмічалась у 49 (87,5%) хворих. У 39 (69,6%) дітей в період нападу фіксувалось підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, що зберігалась впродовж декількох днів. Фізикально - коробковий відтінок звуку при перкусії спостерігався у 55 (98,2%) дітей. Аускультативні зміни в легенях характеризувались жорстким диханням у 48 (85,7%) пацієнтів, наявністю сухих свистячих хрипів – у 29 (51,7%) та вологих хрипів у 16 (28,6%) з обстежених дітей.

Таким чином, серед особливостей перебігу, а відповідно, й діагностики БА в дітей раннього віку необхідно враховувати підвищення температури тіла, змішаний характер задишки, блідість шкіри та слизових покривів, вологі хрипи. Наявність вищевказаних клінічних особливостей астми в дітей потребує підвищеної уваги з боку лікарів-педіатрів, особливо дільничної ланки, з метою своєчасного виявлення початкових стадій цього захворювання, безпомилкового визначення тяжкості астми, а також призначення адекватної терапії та реабілітації.

ЩОДО ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ БРОНХОЕКТАТИЧНОЇ ХВОРОБИ

Сипченко Л.О., Сипченко Д.С., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – д.м.н., проф. О.І. Сміян

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Бронхоектатична хвороба – набуте захворювання з локальним хронічним гнійним процесом (гнійним ендобронхітом) у безповоротно змінених (розширених, деформованих) і, як правило, функціонально неповноцінних бронхах, що виявляється переважно в нижніх відділах легень.

Захворювання поліетіологічне, його розвитку сприяють такі чинники:

- природжені і постнатальні вади розвитку легень;
- рецидивуючі неспецифічні запальні захворювання органів дихання;
- дитячі інфекційні хвороби (кір, кашлюк);
- сторонні тіла трахеобронхіального дерева;
- туберкульоз;
- деякі спадкові хвороби та системні ураження (муковісцедоз, синдром Картангенера, альфа -, гамаглобулінемія).

Бронхоектатична хвороба – захворювання дитячого віку. Виявляється частіше в дітей 2 -5 років. Діти відстають у розвитку від ровесників, швидко стомлюються, звертає на себе увагу блідість шкіри. Зміни пальців у вигляді

барабанних паличок і годинникового скла зустрічаються у хворих з природженими бронхоектазами та у випадках, що вже далеко зайшли. Характерним є наявність вологих різнокаліберних та крепітуючих хрипів, після відкашлювання мокротиння їх стає менше. Хрипи більше прослуховується вранці. Уточнити діагноз можна тільки за умови повного обстеження дитини. Рентгенологічно можна виявити прямі і побічні прояви – наявність ателектазів, кільцеподібних, стільникових тіней, у випадку циліндричних бронхоектазів – незначну деформацію легеневого малюнка, тяжистість коренів легень.

Важкість встановлення цього діагнозу підтверджується нашими спостереженнями за пацієнтом А., який поступив до відділення для дітей, хворих на туберкульоз СМДКЛ. Треба підкреслити, що вирішальним методом у діагностиці бронхоекстатичної хвороби було проведення комп'ютерної томографії органів грудної клітки.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ТЯЖКИХ ФОРМ ГРИПУ А Н1/Н1 (КАЛІФОРНІЯ) ЗА МАТЕРІАЛАМИ ВІДДІЛЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ (ДЛЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРИХ) СУМСЬКОЇ МІСЬКОЇ ДИТЯЧОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ СВЯТОЇ ЗІНАЇДИ

Сміян О.І., Хоменко О.І., Хоменко В.О.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Збудники грипу типів А, В та С відкриті відповідно у 1933, 1940 та 1947 роках. Віруси грипу А і В схожі між собою за структурою їх геному, білків, біологічними властивостями та епідемічними потенціями, на відміну від вірусу грипу С. Вірус грипу А, що циркулює серед людей, викликає пандемію, а за антигенною структурою поділяються на підтипи А(Н1N1), А(Н2N2), А(Н3N2). Важливо підкреслити, що віруси грипу А людей та віруси грипу А з іншим специфічним набором антигенів надзвичайно поширені серед тварин та птахів.

Грип А Н1/Н1 (Каліфорнія) є актуальною проблемою сьогодення, враховуючи високу розповсюдженість, швидку поширюваність, вірогідність перебігу в тяжкій формі з можливими летальними наслідками.

З листопада 2009р. по січень 2010 р. у Сумській міській дитячій клінічній лікарні Святої Зінаїди було госпіталізовано 97 дітей з лабораторно підтвердженим грипом А Н1/Н1 (Каліфорнія). У трьох хворих грип мав тяжкий перебіг і була необхідність у госпіталізації до відділення анестезіології та інтенсивної терапії для інфекційних хворих. Один пацієнт був госпіталізований з субкомпенсованим стенозуючим ларинготрахеїтом, другий з серозним менінгітом, третій з полісегментарною пневмонією ускладненою гнійно-геморагічним плевритом. В усіх цих випадках діагноз грип А Н1/Н1 (Каліфорнія) підтверджено виділенням вірусу методом полімеразної ланцюгової реакції з назофарингіальних змивів. Усім хворим була призначена противірусна терапія, яка включала в себе препарат таміфлю (згідно алгоритму надання медичної допомоги хворим на пандемічний грип, викликаний вірусом А Н1/Н1(Каліфорнія)).

Дитина з полісегментарної пневмонією отримувала даний медикаментозний засіб у подвійній віковій дозі. Крім етіотропної терапії, усім хворим за показаннями застосовувалася патогенетичне та симптоматичне лікування. Після покращання стану, діти були переведені в профільні соматичні відділення лікарні.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ДІТЕЙ

Бинда Т.П., Єрмоленко Т.С., Білоус Т.В., студ. 3-го курсу

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Актуальність вивчення інфекційного мононуклеозу (ІМ) пов'язана зі збільшенням захворюваності в останні роки, легкістю зараження, пожиттєвою персистенцією вірусу в організмі людини. З року в рік збільшується захворюваність і у Сумській області: в 2007 р. було зареєстровано 19 (12, 1 на 100 000 дитячого населення) випадків захворювання, тоді як у 2008 р. – 37 (23, 6 на 100 000 дитячого населення).

Метою роботи було вивчити особливості перебігу ІМ у дітей в останні 4 роки. Під спостереженням знаходилося 55 дітей віком від 6 міс. до 18 років. Віковий склад госпіталізованих був наступним: дітей у віці до 1-го р. -2 (3,6%), з 1-го р. до 3-х р. – 17 (31,9%), з 3-х р. до 6-ти р. – 18 (32,7%), старше 6-ти р. – 18 (32,7%). Отже частіше (67,3%) захворювання виявлялося в дітей дошкільного віку. Хлопчики склали 61,8%, дівчатка – 31,2%. Майже в усіх хворих (85,5%) відзначався середньо-тяжкий перебіг захворювання. Діагноз підтверджували виявленням у хворих антитіл класу Іg М до VCA/VEB. Основна частина хворих госпіталізована в осінню (32,7%) і весняну пори року (36,4%).

Госпіталізація хворих здебільшого була пізньою. У перші 3 дні захворювання госпіталізовано лише 25,5% пацієнтів, до кінця 1-го тижня - 40,0%, на 2-му тижні – 21,8%. За результатами аналізу карт стаціонарних хворих, пізня госпіталізація була зумовлена невдалим лікуванням амбулаторно «гострих респіраторних вірусних захворювань», або фолікулярної і лакунарної ангіни (41,8%). У більшості хворих захворювання розпочалося з закладеності носа, болю в горлі, збільшення лімфатичних вузлів. Підвищення температури тіла виявлялося в усіх хворих, у 49 (89,1%) - вона утримувалася до 7 днів, а в інших – до 10 – 14 днів. Збільшення підщелепних лімфатичних вузлів відзначалося в усіх хворих, передньошийних - у 39 (70,9%), задньошийних - у 17 (30,9%). Лакунарний тонзиліт зареєстровано в 20 (36,4%) хворих. Плямисто-папульозні висипання виявлялися у 3 (5,5%) дітей. Гепатолієнальний синдром зареєстровано у 26 (47,3%) пацієнтів, у решти - ізольоване збільшення печінки.

При лабораторних дослідженнях у 2 (3,6%) відзначено підвищення вмісту білірубіну, у 19 (34,5%) - АлАТ, у 24 (43,6%) - тимолової проби. Лейкоцитоз зареєстровано у 46 (83,6%) хворих. Зміни лейкоцитарної формули у дітей характеризувалися лімфоцитозом, лімфоцитозом, моноцитозом.

У 19 (34,5%) дітей з ротоглотки виділено різноманітні умовно-патогенні мікроорганізми, а також асоціації збудників.

При проведенні специфічної діагностики у 29 (52,7 %) пацієнтів виявлені антитіла класу Ig M до VCA/ВЕБ.

Таким чином, до особливостей перебігу ІМ у дітей можна віднести високу частоту захворюваності серед хлопчиків, особливо дошкільного віку в осінню і весняну пори року. Відсутність класичного перебігу захворювання у частини пацієнтів потребує застосування комплексу специфічного обстеження для підтвердження діагнозу.

ДІАГНОСТИКА І НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ МЕНІНГОКОКОВІЙ ІНФЕКЦІЇ В ДІТЕЙ

Бинда Т.П., Гопка А.О., Панченко К.А., Шибицька Т.О.

*СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди*

Менінгококова інфекція (МІ) є складною проблемою в Україні. Це пов'язано з високим рівнем летальності. Незважаючи на те, що рівень захворюваності на цю інфекцію відносно невисокий у порівнянні з іншими інфекціями, летальність за світовими даними становить 10%. В Україні впродовж багатьох років рівень захворюваності на неї коливається між 8 та 10 на 100 тис. дітей. У 2008 р. він склав 8,17. У той же час рівень летальності при цій інфекції зберігається високим. Від МІ у 2008 р. в Україні померло 85 дітей, середня летальність склала 16,5% (2008 р.). Основна кількість несприятливих наслідків при МІ припадає на менінгококцемию, а головними чинниками несприятливих наслідків є несвоєчасне і неадекватне лікування ІПШ, невпинне прогресування поліорганної недостатності.

У Сумській області на МІ захворіло у 2003 р. 22 дитини (11,9 на 100 тис. дітей), у 2004 р. – 29 (15,7), у 2005 р. - 24 (13, 4), у 2006 р. – 10 (6,2), у 2007 р – 19 (12,1), у 2008 р. – 21 (10,85). Летальність при даній інфекції мала тенденцію до зниження: у 2003 р. померло 3 дитини, у 2004 р. - 1, у 2005 - 2, у 2006 - 1, а в останні два роки діти від МІ не помирали.

З метою покращання надання медичної допомоги дітям з МІ було проаналізовано дані 4 історій хвороб дітей, що знаходилися на лікуванні в Сумській МДКЛ Св. Зінаїди у 2009 р. Серед них 75% склали діти у віці до 3 років (з них до 1 року – 33%), 25% - старше 15 років. Серед захворілих переважали хлопчики (75%). Частіше захворюваність відмічалася восени (50%).

При аналізі медичної документації дітей встановлено, що у перші 12-24 години захворювання за медичною допомогою звернулася лише 1 (25%) дитина. При первинному огляді тільки у 1 хворого був встановлений діагноз МІ, тоді як у інших дітей були встановлені помилкові діагнози ГРВІ (2 дитини) і гастриту (1 дитина), у зв'язку з чим вони були госпіталізовані не в інфекційне відділення, а в соматичне. На догоспітальному етапі тільки 1 дитині медична допомога була надана і то не в повному обсязі, тоді як інші її не отримали зовсім.

Отже, на підставі аналізу медичної документації хворих на генералізовані форми МІ можна зробити висновок, що медична допомога хворим на догоспітальному етапі проводилася несвоєчасно і не в повному обсязі, що може негативно вплинути на перебіг захворювання.

РЕЗУЛЬТАТИ СЕРОЛОГІЧНОГО СКРИНІНГУ СТАНУ КОЛЕКТИВНОГО ІМУНІТЕТУ НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ ДО ЗБУДНИКІВ КОРУ ТА ДИФТЕРІЇ

Тищенко В.В., Раїшевська В.А., студ. 6 -го курсу

Науковий керівник – доц. Т.П. Бинда

*СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди*

Серологічний моніторинг стану колективного імунітету є обов'язковим компонентом епідеміологічного нагляду за дифтерією і кором та іншими керованими інфекційними захворювання. Його роль є дуже важливою, оскільки епідемічне благополуччя по відношенню до вказаних інфекцій визначається станом післявакцинального імунітету. Моніторинг здійснюється шляхом серологічних досліджень сироваток крові щеплених людей.

Метою нашої роботи було оцінити рівень захищеності населення, виявити групи людей, найбільш схильних до ризику захворювання, дати оцінку і скласти прогноз зміни епідеміологічної ситуації Сумської області після вакцинації кору та дифтерії.

Вивчення рівня колективного імунітету проти кору та дифтерії проводився за даними серологічних обстежень населення Сумською обласною санітарно – епідеміологічною станцією. Рівень імунітету визначався серед населення віком від 1 до 70 років за період з 2006 р. по 2008 р.

При аналізі даних щодо рівня імунітету населення проти кору отримані наступні результати: у 2007 р. в 30% дорослих та 32% дітей антитіла до вірусу кору не були виявлені взагалі, в 32,4% дорослих та 31,2% дітей їх рівень був нижче захисного, у 21,4% дорослих та 22,1% дітей - захисний та лише 18,5% дорослого населення та 14,3% дітей мали титр вище захисного. У 2008 р. виявлялася схожа ситуація: відсутня імунна відповідь у 22,2% дорослих та 16,6% дітей; рівень антитіл нижче захисного титру мали 42,9% дорослих та 51,6% дітей, захисний – 15,4% та 18,3% відповідно. Лише 19,2% дорослих та 13,3% дітей мали титр антитіл вище захисного.

Вивчення структури імунного захисту населення області проти дифтерії показало, що в 2006 р. рівень незахищеного населення складав 2,9%, з них у 1,7% антитіла взагалі не були виявлені, а у 1,2% їх рівень був нижче захисного. У 1,9% обстежених напруженість імунітету виявилася на достатньому (захисному) рівні та у 81,7% - титр антитіл був найвищий. У 2007 р. у 4,3% дорослих антитіла не виявлені взагалі, рівень нижче захисного відмічався у 1,9%, захисний – у 3,1% та вище захисного - у 90,7%. Серед дітей 98% мали високий імунний захист і у 2% він був

відсутній. При цьому серед населення з рівнем антитіл вище захисного 68,9% дорослих та 74% дітей мали найвищий титр - 0,5). У 2008 році в усіх досліджуваних рівень антитіл був вище захисного, з них найвищий (1,0) мали 91,2% дорослих та 89,6% дітей.

Отже, епідеміологічна ситуація в Сумській області щодо дифтерії є сприятливою. Велика частка незахищених проти кору як серед дітей, так і серед дорослих, без додаткової корекції специфічного імунітету у майбутньому, відіграватиме провідну роль у підтримці активності епідемічного процесу кору.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ В ДІТЕЙ

Русановська І.Л.

Науковий керівник – доц. Т.П. Бинда

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня св. Зінаїди

Незважаючи на певні досягнення в боротьбі з гострими кишковими інфекціями (ГКІ), осанні продовжують залишатися однією з найактуальніших проблем інфектології. На сьогодні в структурі інфекційних захворювань вони поступаються лише гострим респіраторним вірусним інфекціям. Рівень захворюваності ГКІ в дітей у 2,5-3 рази вищий, ніж у дорослих, при цьому половина зареєстрованих випадків захворювань припадає на дітей раннього віку (до 3 років).

Мета роботи – вивчити фактори ризику розвитку тяжкої форми ГКІ у дітей.

Обстежено 28 дітей віком від 1 місяця до 16 років з тяжкою формою ГКІ, що знаходилися на лікуванні у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (АІТ) СМДКЛ Св. Зінаїди у 2009 р. серед них дівчаток і хлопчиків було порівну. При цьому хворих у віці до 1-го року було 6 (21,4%), з 1-го до 3-х років – 11 (39,2%), з 3-х до 6-ти років – 6 (21,4%), старше 6-ти років – 5 (17,8%).

Найчастіше провокуючим фактором ставали такі продукти, як газована вода (17,9%), дитячі сирки «Машенька» і «Растішка» (42,9%).

Більше половини хворих (60,7%) госпіталізовані до відділення АІТ у першу добу захворювання, що свідчить про дуже гострий початок захворювання. Близько 70% хворих до госпіталізації отримували терапію сорбентами (активоване вугілля або ентеросгель). Троє (10,7%) дітей – отримували лікування амбулаторно і у зв'язку з його неадекватністю і різким погіршенням стану були госпіталізовані в тяжкому стані через 7 днів від початку хвороби.

У 64,3% пацієнтів був виставлений гастроентерит, у 28,6% хворих - гастроентероколіт. З березня по листопад у пацієнтів висівалася бактеріальна патогенна мікрофлора, серед якої переважав стафілокок і кишкова паличка. У зимовий період року етіологія ГКІ залишалася не уточненою, можливо причиною діареї були ротавірусна та інші вірусні інфекції.

Середній ліжко-день у відділенні АІТ складав $3,0 \pm 0,4$ дні, далі пацієнти доліковувались у інфекційному відділенні №3. Загальний ліжко-день – $12,0 \pm 0,8$ дні

Термін госпіталізації в лікувальний заклад від початку захворювання складав 1 добу у 17 випадках (60,7%), найбільший термін перебування вдома від перших симптомів захворювання 10 днів.

Таким чином, тяжкий перебіг ГКІ спостерігається переважно в дітей перших 5 років життя у формі гострого гастроентериту.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ГРВІ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Потапова А.О., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – д.м.н., проф. О.І. Сміян

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Протягом півстоліття хвороби органів дихання в дитячому віці посідають перше місце в структурі захворюваності в Україні. На даний час ця проблема залишається досить актуальною, тому що гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) мають найбільшу питому вагу в структурі захворюваності дітей і в значній мірі визначають стан їх здоров'я. За даними С.О. Крамарєва (2004 р.) в структурі всієї дитячої захворюваності ГРВІ складають - 70%, у структурі дитячої смертності – 80%. Найбільша захворюваність припадає на дітей другого півріччя та перших трьох років життя, що пов'язане з їх організацією у дитячі колективи, різким збільшенням числа контактів (В.Ф.Учайкін, 2003). Незважаючи на велику увагу педіатрів до цієї проблеми, кількість хворих на респіраторні інфекції не має тенденції до зниження.

Метою нашої роботи було вивчення захворюваності на ГРВІ у дітей від 1 місяця до 3-х років життя.

Нами було встановлено, що з загального числа хворих дітей, які перебували на лікуванні в інфекційному відділенні №1 КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня у 2008-2009 рр., кількість хворих раннього віку склала 3951 (87,1%) дітей. З них від одного місяця до одного року – 2408 (53,1%) пацієнтів, а від одного року до трьох – 1543 (34%) хворих, що значно вище, ніж у попередні роки.

При аналізі структури захворюваності дітей за останні два роки було встановлено, що хворих на ГРВІ (риніти, фарингіти, тонзиліти, трахеїти) було 1758 (44,7%), гострий бронхіт зустрічався у 594 (15,1%) дітей раннього віку, ларингіт – у 439 (11,2%), обструктивний бронхіт – у 407 (10,3%), пневмонія – у 343 (8,7%), бронхіоліти – у 34 (0,85%) дітей.

Відмічалась у 1682 (42,6%) хворих на ГРВІ дітей значна кількість супутньої патології. Найпоширенішими захворюваннями були: дефіцитна анемія – у 803 (47,7%) дітей, тимомегалія – у 195 (11,6%), отит – у 124 (7,4%) хворих раннього віку.

Після проведеної стандартної терапії з клінічним видужанням були виписані 3338 (84,6%) дітей раннього віку, поліпшення стану відмічалось у 593 (15%) хворих, а у 12 (0,3%) дітей суттєвих змін у динаміці захворювання не було встановлено та 5 (0,1%) хворих були переведені в інші ЛПЗ у зв'язку з наявною неінфекційною патологією.

Таким чином, незважаючи на проведення профілактичних заходів, наявність сучасних медикаментів та апаратури, темпи зростання ГРВІ залишаються високими. Епідемічна ситуація з захворюваності на ГРВІ із року в рік вважається напруженою, а показники її перевищують аналогічні дані минулих років. Тому в більшій мірі необхідно забезпечити роз'яснювальну роботу серед населення щодо профілактики захворювання на грип та ГРВІ. Треба забезпечити своєчасне виявлення хворих особливо серед дітей раннього віку. А матерям малюків необхідно проводити профілактичні заходи спрямовані насамперед на підвищення резистентності організму до дії збудників ГРВІ.

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ДИТЯЧОЇ СМЕРТНОСТІ ПО МІСТУ СУМИ ЗА 2007-2009 р.р.

*Тихановська В.Ф., Скакодуб А.С., студ. 3-го курсу
Науковий керівник – д.м.н., проф. О.І. Сміян
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди*

Актуальність вибраного нами питання неможливо недооцінити: у віці до року у нашій країні помирає кожна сота дитина. Торік загалом у світі померло 8,8 мільйона дітей у віці до п'яти років. Підвищення дитячої смертності констатовано в дев'ятнадцяти областях України в 2008-2009 роках. По місту Суми цей показник зростає із року в рік і складає 23 дитини в 2007 році, 34 – в 2008 р. та 32 дитини в 2009 році.

Метою нашої роботи був детальний аналіз показників дитячих смертей.

За період 2007-2009 рр. смертність серед хлопчиків у Сумах була більша, ніж у дівчаток у 1,41 рази, і складає 58,43% та 41,57%, відповідно.

У ході нашої роботи виявлено, що найбільш частими причинами смерті були:

- смерть внаслідок внутрішньошлункового нетравматичного крововиливу плода та новонародженого – 16,85% (15 випадків);
- вроджені патології різних органів, вади розвитку – 16,85% (15 випадків);
- захворювання крові та серцево-судинної системи (ССС) – 12,36% (11 випадків);
- природжена інфекційна або паразитарна хвороба не уточненої етіології – 12,36% (11 випадків);
- синдром раптової дитячої смерті – 4,49% (4 випадки).

Таким чином, найбільш частими причинами смерті дітей за останні роки є внутрішньошлункові крововиливи, вроджені вади розвитку, захворювання крові та ССС, природжені інфекційні захворювання та синдром раптової смерті немовлят.

ДО ПИТАННЯ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ У ДІТЕЙ

*Татаренко С.Д., Кругляк С.І., Колесніченко О.М.
Науковий керівник – доц. Т.П. Бинда
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти
КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди*

Проблема інфекційного мононуклеозу (ІМ) в Україні й сьогодні залишається актуальною. У 90% дорослого населення (старше 25 років) у крові циркулюють специфічні противірусні антитіла. Наявність клінічного поліморфізму захворювання і великого «серологічного прошарку населення» по відношенню до даної інфекції об'єктивно складає діагностичну дилему для лікаря: чи дійсно вірус Епштейна-Барра (ЕБ) є причиною конкретного захворювання у даного пацієнта?

Наводимо клінічний випадок захворювання. Дитина Ч., 3 роки була госпіталізована до інфекційного відділення №3 Сумської МДКЛ Святої Зінаїди з діагнозом інфекційний мононуклеоз. Захворювання розпочалося гостро з підвищення температури тіла до 39,6°C, незначної нежиті та помірного збільшення шийних лімфатичних вузлів. Спочатку дитина з приводу гострої респіраторної вірусної інфекції лікувалася амбулаторно (анаферон, нурофен, аугментін), проте температура тіла залишалася на фебрильних цифрах впродовж 9 днів. Після проведення клінічного аналізу крові (лейкоцитоз, лімфоцитоз, збільшення кількості атипичних мононуклеарів до 8%) у дитини був запідозрений інфекційний мононуклеоз і запропонована госпіталізація.

У стаціонарі при обстеженні хворої виявлені жовтушність склер і шкіри; збільшення печінки та селезінки як при пальпації, так і при УЗД; у біохімічному аналізі крові - підвищення загального білірубину до 87,7 мкмоль/л, прямого – до 57,6 мкмоль/л, непрямого – до 30,1 мкмоль/л, АЛАТ – до 1,99 мкмоль/л, АсАТ – до 1,56 мкмоль/л, тимолової проби – до 11 од., що дозволило запідозрити гепатит. З метою встановлення етіології гепатиту визначалися відповідні маркери вірусів гепатиту В, С і ЕБ у крові: НВsAg, анти НВс, анти НСV антитіла класу М (результат негативний), антитіла класу М до капсидного антигену вірусу ЕБ (результат позитивний: 0,626 при нормі 0,245). На підставі отриманих результатів дитині встановлено діагноз інфекційного мононуклеозу, генералізованої вісцеральної форми (гепатит). Весь час поки проводилося обстеження дитина продовжувала температурити на фебрильних цифрах і тому

після встановлення заключного діагнозу дитині призначена гормональна терапія (преднізолон 1 мг/кг всередину) за схемою (10 днів у повній дозі, а потім дозу знижували кожні 3 дні по 2,5 мг). Гормональна терапія позитивно вплинула на перебіг захворювання: температура нормалізувалася на 2-й день, рівень білірубину - впродовж 7 днів, печінка – впродовж 22 днів.

Таким чином, даний клінічний випадок показує, що ВЕБ є потенційною причиною розвитку гепатиту в дітей.

ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Хрін Н.В., Куропятник Н.П., Коломісць О.В.

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

У своїй практичній діяльності лікарі багатьох спеціальностей стикаються із захворюваннями, спричиненими вірусами герпесу. Однією з найпоширеніших герпетичних інфекцій в дітей є інфекційний мононуклеоз – захворювання спричинене вірусом Епштейна-Барра (ЕБВ). ЕБВ є убіквітарним збудником, яким інфіковано більше 90% населення Земної кулі. Протягом останніх років в Україні відзначається значне зростання захворюваності на цю інфекцію серед дітей, що потребує більшої уваги до таких хворих з боку педіатрів та дитячих інфекціоністів.

Метою нашої роботи було встановлення особливості клінічного перебігу гострої ЕБВ інфекції у дітей раннього віку.

Діагноз інфекційний мононуклеоз базувався на даних типової клінічної симптоматики та результатах лабораторних досліджень: характерна гемограма з наявністю атипичних мононуклеарів, широкоплазмених лімфоцитів, плазматичних клітин.

За останні три роки (2007-2009) у інфекційному відділенні №1 КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди» було проліковано 42 хворих на інфекційний мононуклеоз.

Одним із ранніх постійних симптомів було збільшення лімфатичних вузлів, особливо задньошийних. У 100% хворих відзначалась аденопатія з перших днів хвороби, а у 34 (80,95%) хворих цей симптом передував ураженню носоглотки та виникненню гострого тонзиліту. У 100% дітей, які перебували на лікуванні в нашому відділенні, відзначалась гарячка (від 1-ої до 14 діб), гепато- та/чи спленомегалія. Тонзиліт у 30 (71,43%) хворих діагностувався у вигляді фолікулярної чи лакунарної ангіни. Висип спостерігався у 12 (28,57%) дітей, частіше плямисто - папульозний за характером. Специфічні зміни в гемограмі – наявність віроцитів, відзначалися лише у 16 (38,1%) хворих і у 4 із них ці зміни в клінічному аналізі крові зберігалися до 3-4 тижнів.

Таким чином, сучасний перебіг інфекційного мононуклеозу відрізняється непослідовністю появи або відсутністю декількох характерних симптомів, що призводить до діагностичних помилок і пізньої госпіталізації хворих. Тому рекомендується більш детальне обстеження лікарями дітей з поліаденопатіями та підвищенням температури.

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ДІТЕЙ

Сміян К.О., студ. 5-го курсу., Грамма А.С., студ. 5-го курсу

Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Сміян

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Захворювання органів травлення широко розповсюджені в дітей і по частоті займають друге місце після респіраторних інфекцій. Захворювання шлунка і дванадцятипалої кишки є значно поширеними серед усіх захворювань органів травлення і складають 58 – 65 % в структурі дитячої гастроентерологічної патології, частота хронічного гастродуоденіта (ГД) збільшується з віком. У теперішній час пошкоджуюча дія факторів навколишнього середовища на дитячий організм значно виросла.

Метою дослідження було поглиблене вивчення особливостей клініко-лабораторного перебігу хронічного гастродуоденіта у дітей на сучасному етапі.

З метою вивчення клініко-лабораторного перебігу і лікування ХГД проаналізована 101 історія хвороби дітей з ХГД, які знаходились на стаціонарному лікуванні в СМДКЛ.

Діти були віком від 7 до 17 років. Середній вік пацієнтів склав $13,66 \pm 0,26$ років. Всіх дітей за віком нами було поділено на 2 групи (за класифікацією періодів дитячого віку Гундобіна Н. П.):

- перша група – від 7 до 11 років (молодший шкільний вік);
- друга група – від 12 до 18 років (старший шкільний вік).

Нашими спостереженнями було встановлено, що факторами ризику розвитку хвороби можуть бути обтяжена спадковість, неповна сім'я, нераціональне вигодовування на першому році життя, зловживання гострою т смаженою їжею, порушення ритму харчування, психоемоціональний фактор (стреси, депресія), незадовільний стан зубочелюсної системи, обтяжений алергологічний анамнез. При цьому, було виявлено, що ХГД зустрічався в 3 рази частіше в старшому шкільному віці, ніж у молодшому.

КРИТИЧНІ ПЕРІОДИ ПОЧАТКУ АКТИВНОГО ТЮТЮНОПАЛІННЯ СЕРЕД ДІТЕЙ

Конищев Д.І., Мазур О.С.

Науковий керівник – доц. П.І. Січненко

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Статистичні дані свідчать, що розповсюдженість тютюнопаління в різних регіонах земної кулі дуже нагадує розвиток інфекційної епідемії. Останнім часом зареєстровано збільшення числа курців серед людей молодого віку та підлітків. Тому, доречними виглядають зусилля спрямовані на профілактику дитячого тютюнопаління. Для розробки більш ефективних антинікотинних програм необхідно добре уявляти причини, що спонукають дітей палити, розуміти особливості відношення підлітка до цієї шкідливої звички та уявляти яке місце вона займає у системі цінностей підлітка.

Метою нашого дослідження стало вивчення періодів початку тютюнопаління в дитячому віці та основних факторів, що йому сприяють. Нами було проведено анкетне опитування 126 школярів середніх шкіл міста Суми віком від 13 до 17 років.

За нашими даними перші спроби активного тютюнопаління діти роблять у віці 12-13 років. Фактори, що спонукають закурити першу цигарку у хлопців та дівчат, дещо різні. У хлопців – це наслідування дорослих, батьків, а у дівчат наслідування „кумирів”. Для хлопців критичним періодом є вік 13-14 років основною причиною виступає бажання виглядати дорослими, спробувати щось нове, таке що раніше „у дитинстві” було заборонено. У дівчат критичними є вік 15-16 та 16-17 років. Головною причиною можна визнати „паління за компанію”, бажання виглядати „круто”. Існує критичний період, який є характерним як для дівчат так і для хлопців – це вік 14-15 років. В цей період діти зазначають однакові причини, що спонукають до початку активного тютюнопаління, а саме „паління за компанію” та бажання виглядати „круто”.

Ми спробували зрозуміти основні причини, що спонукають дітей почати активно палити. Наприклад, таку як паління „за компанію”, яку назвали 33,6% хлопців та 41,9% дівчат, пояснити можна виникненням „відчуття стада”, яке у підлітків розвинуто, через нестачу почуття самодостатності; побоюваннями втратити свою компанію чи бути невизнаним у своїй групі, де більшість курці; бажанням бути, як усі, щоб не стати „білою вороною”. Причину початку активного тютюнопаління, на яку вказали 46% дівчат та 20% хлопців, яка була обумовлена бажанням виглядати „круто”, тобто самоствердження, можна пов'язати з прагненням бути схожим на дорослих чи на героїв улюблених фільмів, де майже всі палять, завоювати авторитет у молодших школярів.

Таким чином, проведений нами аналіз показників показав, що існуючі антинікотинні програми повинні впроваджуватись до сьомого - восьмого класу (вік 12-13 років) та ймовірно ще в початковій школі.

ОКЛЮЗИВНА ГІДРОЦЕФАЛІЯ ЯК ПЕДІАТРИЧНА ПРОБЛЕМА

*Марченко О.І.**

Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Сміян

**КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди*

Гідроцефалія обумовлена стенозом або оклюзією лікворопровідних шляхів. Може бути рівномірною або асиметричною, не рідко супроводжується зміщенням середньої лінії, особливо значним при перекритті міжшлуночкового (монроева) отвору. Характеризується насамперед ознаками синдрому внутрічерепної гіпертензії. Причиною закритої гідроцефалії за звичай є об'ємне патологічне вогнище (пухлина, абсцес і тощо), рідше запальні захворювання.

У відділенні неврології КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди з травня 2009 року по січень 2010 року періодично (всього 3 рази) знаходилася на лікуванні дитина Б., 25.12.08 року народження.

Дитина від першої вагітності з токсикозом та загрозою зриву. Пологи – шляхом кесаревого розтину, маса при народженні 4020 г. На 5 добу життя-судоми, встановлений діагноз бактеріального менінгоенцефаліту. Проводилося відповідне лікування, у результаті якого відбулася повна санація ліквору у 5,5 місяців життя.

З народження в дитини прояви гідроцефалії, яка підтверджена СКТГМ. Шунтування шлуночків мозку було протипоказано у зв'язку з нейтрофільним плеоцитозом. У результаті прогресуючого перебігу гідроцефалії у дитини віком 1 рік 1 місяць обід голови дорівнює 72 см, діагностовано розходження швів, атрофія зорових нервів, тетраплегія, груба затримка психофізичного розвитку.

Встановлений діагноз: Вроджена аномалія розвитку головного мозку: оклюзивна прогресуюча гідроцефалія в стадії декомпенсації; шизенцефалія, поренцефалія, атрофія зорових нервів, тетраплегія, симптоматична епілепсія, трофічні виразки голови; груба затримка психофізичного розвитку.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ЗООФІЛЬНОЇ ГРУПИ МІКРОСПОРІЙ У ДІТЕЙ

Ємець О.М., Бруйка А.М., Романюк О.К.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Погіршення соціально-економічної й екологічної обстановки призводить до збільшення захворюваності зоонозної мікроспорії (Мс). Мс, обумовлена *Micospogium canis* (M. canis), є однією з найпоширеніших дерматофітій, особливо в дитячому віці. Вивчення динаміки захворюваності Мс у м. Суми за 5 років дозволило відзначити, що на фоні підвищення загального числа хворих дерматофітіями, вона залишається на досить високому рівні.

Контагіозність, тривалість лікування, значний економічний збиток, що заподіюється цією інфекцією, підкреслює актуальність проблеми. Основним методом лікування хворих Мс волосистої частини голови є застосування системних антимікотиків (гризеофульвін, тербінафін, ітраконазол) у сполученні із зовнішніми протигрибковими засобами. Однак тривалість системного лікування нерідко викликає побічні ефекти і ускладнення, описані випадки резистентності до гризеофульвіну. Цим пояснюється постійний пошук нових методів і засобів, що підвищують ефективність протимікотичної терапії і зменшують тривалість лікування.

Мета дослідження – вивчити ефективність застосування системного протигрибкового препарату «Ламікон» (тербінафін) в лікуванні дітей, хворих на амікроспорию волосистої частини голови.

Матеріали і методи досліджень. Під спостереженням у дерматовенерологічному відділенні СМДКЛ знаходилися 20 дітей з різними формами Мс волосистої частини голови і гладкої шкіри (з них дівчаток – 12, хлопчиків – 8) у віці від 3 до 15 років, за давністю захворювання від 2-х днів до 2-х місяців. Діагноз мікроспориї встановлювався на основі клінічної картини, результатів мікроскопічного та культурального дослідження, епідеміологічного обстеження.

У лікуванні МС у дітей зупинили свій вибір на тербінафіні (Ламікон), який має фунгіцидну дію, блокує скваленоксидазний фермент грибів. Тербінафін є самостійним класом протигрибкових середників, який визначає його терапевтичний потенціал. Крім цього, тербінафін є найбільш ретельно і широко вивченим у лікуванні поверхневих грибових захворювань. Дітям, хворим на мікроспорию волосистої частини голови та пушкового волосся гладкої шкіри, «Ламікон» призначався в дозі в залежності від маси тіла дитини та на 50% вище від рекомендованої компанією виробником (у дітей з масою до 20 кг добова доза складала 94мг: від 20 до 40 кг -187мг; більше 40кг -250мг) тривалістю 8-12 тижнів (В.П.Адашкевич; С.В.Прокурат). При локалізації патологічного процесу на гладенькій шкірі використовувався «Ламікон» у формі 1% крему. Це дозволило отримати клініко-мікологічне вилікування у всіх хворих в середньому через 6 тижнів після початку терапії (відновлення росту волосся, зменшення лущення, регрес еритематозно-сквамозних вогнищ на гладенькій шкірі). Усі хворі добре переносили лікування, побічних явищ не спостерігалось. Тільки у 2 хворих дітей з мікроспориєю під час лабораторного обстеження виявлено ріст *Microsporum canis*. При детальному обстеженні в них виявлена супутна патологія: гельмінтоз, амебіаз, гастродуоденіт. Після консультації з інфекціоністами, гастроентерологами цим хворим було призначено повторний курс лікування. Враховуючи вищесказане, «Ламікон» є високоефективним препаратом у лікуванні мікроспориї у дітей.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТОПІЧНОГО КОРТИКОСТЕРОІДА «ДЕЛОР» У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АЛЕРГОДЕРМАТОЗИ

Бруйка А.М.

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Алергодерматози, що супроводжуються гіперемією, набряком, ексудацією, свербіжем, дискомфортом, болем чи відчуттям печії в ділянках ураження є надзвичайно важливою медико-соціальною проблемою. За даними ВОЗ у світі щорічно алергічні хвороби уражають більше 1 млн. чол., у значній частині яких встановлюють діагноз atopічного дерматиту.

Метою дослідження є вивчення клінічної ефективності оцінки переносимості препарату «Делор» у вигляді крему та мазі у комплексній терапії алергодерматозів. Під спостереженням знаходилися 20 дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні, у віці від 10 до 18 років. За діагнозом хворі розподілилися наступним чином: атонічний дерматит – 8 (серед них 4 дівчаток, 4 хлопчиків), екзематизований дерматит – 12 (7 дівчаток, 5 хлопчиків). Ефективність препарату оцінювали за динамікою вираженості суб'єктивних та об'єктивних даних, враховуючи ступінь еритематозних та гранульозних висипань, характер та ступінь інфільтрації, а також загальна площа ураженої ділянки шкіри. Всім хворим препарат наносили на уражені ділянки тонким шаром 1-2 рази на добу на протязі 5-10 днів в залежності від важкості та термінів захворювання, а також особливостей перебігу патологічного процесу. На 2-3 день від початку терапії зникли свербіж та больовий синдром, на 6-7 день помітний регрес елементів висипу, зменшення гіперемії, набряку. Клінічне одужання, або значне поліпшення наступило у 16 (80 %) хворих, у 4 (20 %) покращився перебіг захворювання. Відсутність позитивної динаміки у хворих які спостерігалися, не було відмічено.

Таким чином, препарат «Делор» для місцевого лікування алергодерматозів дозволив значно поліпшити якість лікування, скоротити його тривалість, уникнути рецидивів. Побічні ефекти при лікуванні не відмічені, препарат добре переноситься пацієнтами, може широко застосовуватись як в стаціонарних, так і в амбулаторних умовах.

ЗНАЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УРАЖЕННЯХ ЦНС

Качан Т.А.

Науковий керівник - д.м.н., проф. О.І. Сміян

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Кінець ХХ і початок ХХІ сторіччя характеризуються значними, але не завжди позитивними змінами здоров'я населення в цілому і дитячого зокрема. Особливе занепокоєння викликає тенденція до збільшення кількості дітей - інвалідів. За останні 10 років кількість останніх зростає з 1,1% до 1,6%, при загальному зменшенні дитячого населення майже як на третину. За висновками ВООЗ у світі теж простежується така тенденція. Діти - інваліди становлять у середньому 2-3% від загальної кількості дітей, зокрема в США-4%, КНР-4,9%, Англії-2,5%.

В Україні діти з органічними ураженнями нервової системи (ДЦП) займають провідне місце і становлять 2,6% від загальної кількості інвалідів дитячого віку з захворювань нервової системи. ДЦП дає не тільки високий відсоток

інвалідності ще в дитячому віці, але через різноманітні клінічні прояви створює певні труднощі в розробленні методів діагностики та лікування як у початковому, гострому періоді хвороби у новонароджених дітей, так і в процесі довготривалої реабілітації в подальші роки життя.

Роки	Показник м. Суми		Показник Україна
	абс	На 1000 дитячого населення	На 1000 дитячого населення
2007	6	0,16	21,6
2008	8	0,18	24,5
2009	10	0,23	

По місту Суми за останні 3 роки показник первинної інвалідності з ДЦП мав тенденцію до стабілізації, у порівнянні з даними по Україні.

Аналізуючи історії хвороб первинних інвалідів виявлено наявність перинатальних уражень різного ступеню тяжкості у 100% дітей. В генезі патології значна роль відводиться порушенню мозкової гемодинаміки, втрата судинного ауторегулювання, набряку мозку, дисфункції нервових систем і сповільненої смерті нейронів. Виявлена залежність ступеню тяжкості проявів ДЦП від регулярності і повноти реабілітаційного лікування. Так, 30% дітей, виписаних із пологових будинків та відділення патології новонароджених СОДКЛ, які не проходили лікування до 5-8 місячного віку, є значно більший неврологічний дефіцит, ніж у дітей яким щомісячно призначалося реабілітаційне лікування.

Таким чином, необхідно особливу увагу звернути на педіатрів та сімейних лікарів до попередження хронізації порушень, які виникли в перинатальному періоді або в перші роки життя, оскільки практика існуючого «диспансерного спостереження», на жаль, не є достатньо ефективною. Дуже часто «малий» неврологічний дефіцит у ранньому віці поступово переростає у таку тяжку неврологічну патологію як ДЦП, епілепсія, гідроцефалія або, вкрай рідко випадку, так звані мінімальні мозкові порушення.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Смиян А.И., Бында Т.П., Сичненко П.И.

СумДУ, кафедра педиатрии последипломного образования

В настоящее время важнейшая роль в регуляции иммунного ответа отводится растворимым медиаторам, называемым лимфо- и монокинами, интерлейкинами или цитокинами. Этим термином объединяются все растворимые медиаторы, независимо от их клеточного источника. Последние вовлекаются в инфекционно-воспалительный процесс и аллергический ответ на уровне собственно иммунных механизмов и эффекторного звена, во многом определяя направление, тяжесть и исход патологического процесса.

Целью настоящего исследования явилось изучение оппозиционных пулов интерлейкина - 1 и интерлейкина - 10 в сыворотке крови у детей раннего возраста с негоспитальными пневмониями (НП).

Проведенные исследования показали, что у больных с НП при поступлении в стационар наблюдались существенные сдвиги в цитокиновом звене иммунологической защиты. Обнаруженные изменения проявлялись значительным повышением в сыворотке крови интерлейкина - 1 и интерлейкина - 10, которые находились в прямой зависимости от степени тяжести НП.

Таким образом, цитокины принимают активное участие в патогенетических механизмах воспалительного процесса при НП у детей раннего возраста и выступают в качестве модуляторов этой реакции, а также регуляторов функции основных клеток – эффекторов воспаления.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ „ЦИНКТЕРАЛ” У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З НЕГОСПІТАЛЬНИМИ ПНЕВМОНІЯМИ

Смиян О.І., Горбась В.А.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

Корекція мікроелементних порушень при різних захворюваннях є актуальною і малодослідженою проблемою. Літературні дані свідчать про різноманітні порушення мікроелементного складу тканин організму у дітей з алергічними, ендокринними захворюваннями, з патологією крові, органів шлунково – кишкового тракту. Відомо про порушення мікроелементного складу при захворюваннях органів дихання, зокрема при пневмоніях, досить малочисельні та суперечливі, особливо, що стосується порушень обміну цинку у дітей.

Метою роботи було визначити у сироватці крові дітей з негоспітальними пневмоніями (НП) рівень деяких мікроелементів та у випадку необхідності розробити шляхи їх корекції.

У дітей з НП було виявлено значне зниження сироваткового рівня цинку, заліза, хрому та підвищення рівня міді. Серед порушень мікроелементного складу у цих пацієнтів в більшості випадків спостерігався дефіцит цинку (82,7%), що вказувало на можливий значний вплив рівня цинку на перебіг запального процесу та стан імунної системи при пневмоніях, що викликало необхідність проведення корекції виявлених порушень.

При вивченні впливу цинктералу на мікроелементний стан та імунний статус у дітей з НП виявлено модулюючий ефект препарату на розвиток запального процесу. Цинктерал опосередковано, шляхом ліквідації цинк-дефіцитного стану, який розвивається при пневмоніях, активізує роботу всіх ланок імунної системи, що проявляється формуванням адекватної імунної відповіді до інфекційних агентів та певним контролем перебігу запального процесу.

ПРИНЦИПИ РАЦІОНАЛЬНОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ БРОНХІТІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Сміян О.І., Гринишин В.В.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

Гострий бронхіт - одна з найпоширеніших патологій дітей раннього віку. Питання раціонального лікування цієї хвороби залишається одним з найактуальніших, оскільки, не дивлячись на величезний арсенал лікарських засобів, терапія не завжди виявляється успішною. Як правило, причиною цього є несвоєчасне і неадекватне етіотропне лікування.

В теперішній час переконливо доведено, що гострий бронхіт у 98% випадків спричиняється вірусами, тому не потребує проведення системної антибактеріальної терапії. Нами було проведено аналіз 424 історій хвороб дітей, що знаходились на стаціонарному лікуванні в СМДКЛ. Як показали результати досліджень, тільки 10% хворих обґрунтовано отримували антибактеріальну терапію.

В зв'язку з цим, запропоновані наступні клінічні покази до емпіричного призначення антибіотиків:

- наявність виражених симптомів інтоксикації;
- тривале підвищення температури тіла (більше 3 днів);
- слизово-гнійний чи гнійний характер харкотиння;
- ранній вік дитини (до 2 років);
- наявність бронхіоліту чи пневмоній,
- виражений бронхообструктивний синдром;
- затяжний перебіг захворювання.

При виборі антибіотика також слід врахувати ряд інших факторів: індивідуальну чутливість до антибіотиків, особливості клінічної картини, тривалість захворювання, ефективність попереднього лікування.

ЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ В РОЗВИТКУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Сміян О.І., Макарова В.О.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

Бронхіальна астма (БА) є одним з найбільш поширених хронічних алергічних захворювань дитячого віку і частота її продовжує зростати. Дитяча астма є важливою соціальною та фінансовою проблемою. У дитячій популяції відсоток страждаючих бронхіальною астмою досягає 5-10%.

Нами було обстежено 200 дітей віком від 2 до 18 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні пульмонології СОДКЛ та СМДКЛ з діагнозом бронхіальна астма. Розподіл пацієнтів за ступенем тяжкості був таким: 38% - легкий ступінь, 44% - середній і 18% - важка астма. У 72% дітей з БА алергологічний анамнез був обтяжений і поєднувався з іншими алергічними захворюваннями - харчовою і лікарською алергією, полінозом, atopічним дерматитом, алергічним ринітом і риносинуситом. Алергічні реакції на введення докорму, прикорму, соків виявлені у 29,6% спостережуваних дітей; поява шкірних ознак алергії на 1-му році життя (попрілості, пітниця, мокнуття, сухість, явища нейродерміту) - в 46,3%; поява шкірних ознак алергії після 1-го року життя - 63% дітей; алергічні реакції в теперішній період часу - 44,5%, зокрема на харчові продукти відмічалось у 13% дітей, на медикаментозні засоби - у 27,8 %, на вакцинацію - 3,7%. Вивчення спадкового анамнезу у хворих показало, що у 89% дітей він обтяжений - їх найближчі родичі мають в анамнезі БА, харчову, інсектну або медикаментозну алергію, atopічний дерматит, алергічний бронхіт, полінози, ХОЗЛ. Треба відмітити, що БА не супроводжувалася появою ускладнень у 51% обстежуваних дітей, у 30% ускладнення проявлялись у вигляді ДН I ступеня, у 19% у вигляді ДН II ступеня.

Таким чином, необхідно зазначити те, що БА продовжує залишатися поширеним захворюванням серед дітей. Відмічається тенденція до більш тяжкого перебігу цього захворювання в останні роки. Залишається високим відсоток дітей з обтяженим алергологічним, спадковим анамнезом та наявністю інших факторів ризику розвитку бронхіальної астми. Це потребує підвищеної уваги з боку лікарів-педіатрів, особливо дільничної ланки, а саме своєчасно виявляти це захворювання на початкових стадіях та своєчасно призначити адекватну терапію та реабілітацію.

РІВЕНЬ CD4⁺ ТА CD8⁺ КЛІТИН В ПЛАЗМІ КРОВІ У ДІТЕЙ З ВЕГЕТАТИВНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ ІЗ ГРУПИ РАДІАЦІЙНОГО РИЗИКУ

Сміян О.І., Савельєва-Кулик Н.О.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

В наш час в структурі дитячої захворюваності, особливо в пубертатному віці, характерною ознакою є підвищення питомої ваги різної функціональної патології, яка за умов відсутності чітко вираженого патоморфологічного субстрату хвороби виявляється варіабельністю клінічної симптоматики. З сучасних позицій розвиток таких станів пов'язують з наявністю в організмі вегетативних дисфункцій (ВД).

У теперішній час відомо, що нервова та імунна системи здійснюють свої захисні функції, знаходячись в тісній взаємодії. Їх об'єднують загальні принципи організації, спільні молекули-посередники, значимі для організму в цілому регуляторні функції. У дітей за умов недостатньої зрілості систем, що забезпечують адаптацію до факторів зовнішнього середовища – нервової, імунної, ендокринної, - на перше місце виступає спроможність метаболічних резервів організму, що детермінована генетично.

Метою дослідження було визначення рівнів $CD4^+$ та $CD8^+$ клітин в плазмі крові у дітей з ВД. Під наглядом знаходилось 14 дітей з ВД та обтяженим радіаційним анамнезом (1 група), а також 16 дітей, хворих на ВД без додаткових факторів ризику (2 група), що перебували на лікуванні в Сумській міській дитячій клінічній лікарні в 2007-2008 рр. Контрольну групу склали 13 практично здорових дітей відповідного віку (13-17 років). За результатами проведеного дослідження виявлено достовірно підвищений рівень $CD4^+$ та $CD8^+$ клітин в 1 групі ($32,83 \pm 1,9\%$ та $24,83 \pm 1,49\%$ відповідно) відносно контрольної групи ($28 \pm 0,77\%$ та $20 \pm 1,48\%$ відповідно) – $p < 0,05$. Простежено тенденцію до підвищення досліджуваних показників у дітей 2 групи ($33 \pm 2,2\%$ та $23,85 \pm 1,54\%$ відповідно) відносно контролю, але різниця результатів не була достовірною ($p > 0,05$). Порівняння рівнів $CD4^+$ та $CD8^+$ клітин у дітей 1 та 2 груп також не виявило достовірної різниці ($p > 0,05$).

Таким чином, результати досліджень свідчать про напруженість адаптаційних процесів клітинної ланки імунної системи у дітей з ВД, особливо тих, що мають обтяжений радіаційний анамнез. Це зумовлює необхідність подальшого вивчення нейроімунологічних механізмів вегетативних розладів у дітей в ракурсі взаємодії нервової та імунної систем регуляції організму.

ЗМІНИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ У ДІТЕЙ З НЕРОВО-АРТРИТИЧНОЮ АНОМАЛІЄЮ КОНСТИТУЦІЇ

Козинкевич Г.Е.

Науковий керівник - д.м.н., проф. О.В. Тяжка

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра педіатрії №1

Нерво-артритична аномалія конституції (НААК) - генетично обумовлена аномалія обміну речовин, в основі якої лежить порушення активності низки ферментів, які беруть участь у пуриновому обміні, синтезі сечової кислоти та її попередників, а також спричинює нестійкість ліпідного та інших видів обміну. Це є основою для формування подагри, сечокам'яної хвороби, серцево-судинних захворювань, ожиріння, цукрового діабету, хвороб нервової системи. Тому актуальним є уточнення стану ліпідного обміну у дітей з НААК з метою виокремлення груп ризику та удосконалення профілактичних заходів.

Було обстежено 86 дітей віком 1-15 років, у яких визначалися показники жирового обміну - загальний холестерин, тригліцериди і ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ), які порівнювалися з віковою нормою. Було сформовано 2 клінічні групи: I – діти з дисметаболітними нефропатіями на тлі НААК (55,8%), II – практично здорові діти без НААК (44,2%). Для оцінки вірогідності різниці результатів використовувався метод Ст'юдента.

Були отримані наступні дані: рівень загального холестерину в I групі становив $4,25 \pm 1,39$, в II – $2,79 \pm 0,60$; рівень тригліцеридів по групах становив $2,14 \pm 1,38$ та $1,29 \pm 0,73$; рівень ЛПВЩ – $1,30 \pm 0,32$ та $1,13 \pm 0,44$ відповідно, при $p < 0,05$.

За даними результатів обстеження має місце підвищення загального холестерину, тригліцеридів і ЛПВЩ у групі дітей з дисметаболітними нефропатіями на тлі НААК в порівнянні з групою практично здорових дітей. Це свідчить про нестійкість ліпідного обміну у дітей з НААК, що вказує на необхідність проведення профілактичних заходів для даної категорії дітей, як таких, що становлять групу ризику по обміну ліпідів.

СТАН ІМУНОЛОГІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ В ДІТЕЙ ІЗ ПОСТРЕСПІРАТОРНИМИ РЕАКТИВНИМИ АРТРИТАМИ

Ричкова Т.А.

*Луганський державний медичний університет,
кафедра пропедевтики педіатрії з доглядом за хворими*

Постреспіраторні реактивні артрити (ПРРєА), що виникають протягом від 7 до 28 днів після перенесеної гострої респіраторної інфекції (ГРЗ), займають суттєве місце серед РєА в дітей. Короткі епізоди між захворюваннями обмежують можливість дитячого організму щодо повноцінної елімінації збудників і продуктів патологічного метаболізму, тому оцінка імунологічної реактивності в даного контингенту дітей є досить актуальною.

Метою даної роботи було вивчення особливостей імунних показників у 45 дітей віком від 1 до 15 років із ПРРєА через 2-3 тижня після початку лікування, при нормалізації показників клінічного аналізу крові та ревмопроб. Серед них хлопчиків було 26 (57,7%), дівчаток 18 (42,3%), середній вік дітей становив $7 \pm 0,3$ роки. Середня частота епізодів ГРЗ становила $6,5 \pm 0,3$ рази на рік. Для визначення кількості Т-, В-лімфоцитів, а також субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, використовували моноклональні антитіла класів $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD19^+$ (виробництва НПО «Гранум», м. Харків). Дослідження рівня сироваткових іммуноглобулінів G, A, M визначали методом радіальної іммунодифузії в гелі, вміст циркулюючих імунних комплексів (ЦК) у сироватці крові та їх молекулярний склад вивчали методом преципітації в розчинах поліетиленгліколю з молекулярною масою 6000 Д 2%, 3,5% та 6% концентрацій.

Отримані дані свідчили про різноспрямовані імунні порушення: у більшості дітей (57,8%) – визначалася значна Т-лімфопенія ($CD3^+$ $39,17 \pm 2,06\%$, $0,78 \pm 0,12$ Т/л), у 35,6% дітей кількість $CD3^+$ клітин коливалася в межах вікової норми, у решти – 6,6% дітей – показники були підвищеними. Також виявлено різні варіанти співвідношення $CD4^+/CD8^+$, так званого імунорегуляторного індексу (ІРІ). Так, у 20 (44,4%) дітей виявлено суттєве зменшення числа $CD8^+$ клітин, внаслідок чого ІРІ збільшився до $4,9 \pm 0,13$ (у нормі $2,38 \pm 0,09$, $P < 0,01$). У 13 (28,9%) дітей суттєво

зменшеною була кількість клітин із фенотипом CD3⁺, внаслідок чого ІРІ зменшився до 1,71±0,07 (P<0,01). У решти – 12 дітей – співвідношення CD4⁺/CD8⁺ залишалося в межах норми. При дослідженні стану гуморальної ланки імунітету нормальний рівень сироваткового імуноглобуліну (Ig) G виявлено в усіх дітей - показник становив 8,54±0,3 г/л. У переважній більшості дітей (66,7%) відмічалось вірогідне зниження рівня IgA, у решти – даний показник коливався в межах фізіологічної норми від 0,88 до 1,98 г/л. Щодо вмісту IgM - у 62,2% дітей даний показник був зниженим, у решти - в межах вікової норми. Концентрація ЦІК була підвищеною в 39 (86,7%) дітей, що перебували під спостереженням, у середньому в 1,7-2,5 рази, переважно за рахунок збільшення кількості дрібномолекулярних імунних комплексів. У решти – 6 (13,3%) дітей – загальний рівень ЦІК не перевищував вікової норми, але спостерігався дисбаланс співвідношення молекулярної ваги.

Таким чином, результати дослідження свідчили про різноспрямованість імунних порушень у дітей із ПРРЕА, що обумовлює доцільність диференційованого підходу до імунореабілітаційного лікування даного контингенту дітей.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З КОНТРОЛЬОВАНОЮ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Сажин С.І.

*Науковий керівник – проф. Л.О. Безруков
Буковинський державний медичний університет,
кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб*

Хоча бронхіальна астма (БА) є хронічним запаленням бронхів, відомо, що зміни при даній патології відзначаються практично в кожній системі організму.

Метою дослідження було визначення показників субпопуляцій CD₄, CD₈ Т-лімфоцитів та CD₂₂ В-лімфоцитів для верифікації контрольованої БА відносно її неконтрольованого перебігу в дітей шкільного віку.

Дослідження проводили з дотриманням принципів біоетики на базі пульмонологічного відділення ОДКЛ №1 (м.Чернівці). Згідно попереднього опитування (за допомогою АСТ-тесту) сформовано дві клінічні групи спостереження: першу (I) групу склали 11 дітей з контрольованою формою захворювання, другу (II) – 10 дітей з неконтрольованою БА. Групи не відрізнялись за основними клінічними показниками. Всім дітям проведено визначення відносного вмісту CD₄, CD₈, CD₂₂ в крові. Результати аналізувались методами біостатистики та клінічної епідеміології.

Отримані результати. Встановлено, що середній вміст CD₄ в групах порівняння вірогідно не відрізнявся і складав 20,7% (95% ДІ 17,7-23,7) та 18,4% (95% ДІ 15,0-21,8) відповідно. Не виявлено також достовірної різниці вмісту CD₈ субпопуляції Т-лімфоцитів, зокрема, в дітей з контрольованим перебігом БА він становив 17,6 % (95% ДІ 14,5-20,8), а в групі з неконтрольованим варіантом хвороби – 15,8% (95% ДІ 13,0-18,6). Відносний вміст В-лімфоцитів в I клінічній групі дорівнював 24,4% (95% ДІ 21,1-27,6), в II – 19,3% (95% ДІ 15,1-23,5) (p<0,05). Визначення відносного вмісту В-лімфоцитів з розподільчою точкою, яка перевищує 20%, для верифікації контрольованої БА відносно її неконтрольованої форми володіє чутливістю та прогностичною цінністю позитивного результату – 81,8%, специфічністю та прогностичною цінністю негативного результату – 80%, відношенням правдоподібності позитивного та негативного результатів 4,1 та 0,2% відповідно. Це дає можливість збільшити посттестову ймовірність позитивного результату до 80,4% та зменшити посттестову ймовірність діагностики контрольованого перебігу захворювання при негативному результаті тесту до 16,7%.

Висновок. Вірогідних розбіжностей за вмістом субпопуляцій CD₄, CD₈ Т-лімфоцитів у крові в дітей шкільного віку з контрольованим перебігом БА відносно неконтрольованого варіанту не встановлено. Вміст В-лімфоцитів з дискримінантною точкою, яка перевищує 20%, дозволяє підвищити посттестову ймовірність позитивного результату на 30%.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕРТЕБРОГЕННОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПІДЛІТКІВ НА ТЛІ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ

Галюверова Л.І.

*Луганський державний медичний університет,
кафедра пропедевтики педіатрії з доглядом за хворими*

Особливість будови шийного відділу хребта, із урахуванням загальновідомої схильності симпатичної нервової системи до широкої іррадіації та генералізації збудження, пояснює можливість виникнення при шийному остеохондрозі дисфункцій вегетативних центрів.

Під спостереженням знаходились 72 дітини віком від 13 до 16 років із вегетативною дисфункцією. Серед них хлопчиків було 32 (44,4%), дівчаток 40 (55,6%). Усім хворим проводили комплекс клінічних та інструментальних досліджень. Діагноз вегетативної дисфункції встановлювали після дослідження стану вегетативного гомеостазу. За наявності в хворих клінічних ознак вертеброгенної патології проводили рентгенологічне дослідження шийного відділу хребта, яке включало рентгенографію в стандартних проекціях (фронтальній і сагітальній).

При візуальному обстеженні, вертеброгенна патологія виявлена майже в усіх підлітків і представлена S-подібним сколіозом – у 14 (19,4%) випадків, лівобічним сколіозом – у 17 (23,6%), сколіотичною поставою – у 32 (44,4%), кіфосколіозом – у 9 (12,5%).

При аналізі рентгенограм шийного відділу хребта у 16 підлітків (22,2%) виявлено остеохондроз С3-С5, у 26 (36,1%) – С5-С6, у 22 (30,5%) – С6-С7. Спондилоз визначено в 6 (8,3%) пацієнтів, а у 2 (2,7%) – спондилоартроз.

У підлітків із патологією постави переважали скарги церебростенічного характеру: головний біль, запаморочення, у всіх дітей із кіфосколіотичною деформацією хребта переважав кардіальний синдром. Відчуття

дискомфорту в області шиї, оніміння рук, запаморочення, шум у вухах відмічено в 33 (45,8%) підлітка з ознаками остеохондрозу C5-C6 та C6-C7 та перевагою симпатикотонії в 18 (25%) хворих. Головний біль у ранку, відчуття ваги в голові протягом дня відмічалось у більшості дітей (73,6%), у яких при проведенні реоенцефалографії реєструвались ознаки порушення венозного відтоку з порожнини черепа. Швидка втомлюваність, порушення сну, дратівливість, встановлено в 39 (54,2%) підлітків, що супроводжувалось ознаками остеохондрозу C3-C5 та зниженням кровонаповнення головного мозку в басейні хребтової артерії. У 12,5% дітей даної групи виявлені ознаки порушення із компенсаторним підвищенням артеріального тиску на тлі ваготонії. На біль у ділянці серця скаржилися 52 підлітків (72,2%) переважно з наявністю сколіозу та остеохондрозу C5-C6 та C6-C7. У 29,1% підлітків зміни на ЕКГ мали порушення метаболічного характеру, у інших - ознаки вегетативної дисфункції.

Таким чином, вегетативні порушення при остеохондрозі шийного відділу хребта розвиваються в зв'язку з індивідуальними умовами кровообігу в вертебробазиллярному судинному басейні, а також із наявністю прямих іннерваційних зв'язків вегетативних гангліїв шиї з церебральними судинами.

ЯК ВПЛИВАЄ ТЯЖКА БРОНХІАЛЬНА АСТМА НА ЕМОЦІЙНУ СФЕРУ ШКОЛЯРІВ?

Гарас М.Н., Богуцька Н.К.

*Науковий керівник – проф. Л.О. Безруков
Буковинський державний медичний університет,
кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб*

Метою роботи було порівняти стан емоційної сфери дітей шкільного віку, хворих на тяжку і середньотяжку персистувальну бронхіальну астму (БА).

Матеріал і методи. У пульмонологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні м.Чернівці з дотриманням вимог біоетики обстежено 18 дітей шкільного віку із верифікованим діагнозом тяжкої персистувальної бронхіальної астми (I група) та 18 дітей із середньотяжким варіантом патології (II група). Усім дітям у позаприступному періоді проведено комплексне клінічно – параклінічне обстеження, а також визначення якості життя за бальним опитувальником Е.Джуніпер, адаптованим для України. Оцінка якості життя проводилася дискретно за складовими опитувальника, в т.ч. оцінка емоційної сфери.

Результати дослідження. Встановлено, що в дітей I групи стан емоційної сфери оцінювався у 34,4±2,73 бали, водночас, у школярів II групи - у 42,4±2,71 бали ($p<0,05$). У школярів із тяжкою персистувальною БА для стану емоційної сфери однаково вірогідно значима була частота як денних ($r=0,72$, $p<0,05$), так і нічних симптомів ($r=0,59$, $p<0,05$). Водночас у пацієнтів II клінічної групи емоційного забарвлення вірогідно набували тривалі загострення захворювання ($r=0,61$, $p<0,05$).

Висновок. Школярам із тяжкою персистувальною БА притаманний вірогідно більший емоційний дискомфорт в порівнянні з дітьми із середньотяжким перебігом. Зміни в емоційній сфері дітей із тяжкою БА пов'язані з кратністю денних та нічних симптомів, а у пацієнтів із середньотяжким варіантом - із частотою загострень захворювання.

ПОКАЗНИКИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ ТА ОКИСЛЮВАЛЬНА МОДИФІКАЦІЯ БІЛКА У ДІТЕЙ З РЕЦИДИВУЮЧИМ БРОНХІТОМ І СУПУТНЬОЮ ДИСКІНЕЗІЄЮ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Бабінова О.В.

*Науковий керівник – проф. З.М. Третьякевич
Луганський державний медичний університет,
кафедра пропедевтики педіатрії з доглядом за дітьми*

Вивчено стан перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) та інтенсивність процесів окислювальної модифікації білка (ОМБ) у 53 дітей віком від 6 до 16 років, хворих на рецидивуючий бронхіт із супутньою дискінезією жовчовивідних шляхів (ДЖВШ). У залежності від тяжкості перебігу основного захворювання пацієнти були розподілені на 2 групи. Першу склали 29 дітей із легким ступенем, другу – 24 із середнім ступенем тяжкості. Контролем були 22 практично здорові дитини. Під час чергового рецидиву захворювання у дітей, які були під наглядом, виявлено активацію системи ліпоперекисів-антиоксидантів, що відображалось накопиченням у крові дієнових кон'югатів та малонового діальдегіду, збільшенням активності каталази. До того ж, у хворих дітей було відмічено активацію процесів ОМБ. Про це свідчило накопичення альдегідних та кетонних похідних у сироватці крові. Вміст продуктів ПОБ у хворих дітей був підвищений за рахунок збільшення альдегідфенілгідрозону (270 нм) та кетондинітрофенілгідрозону (363 нм) у хворих дітей відповідно на 48% та 35% у порівнянні з показниками дітей контрольної групи. При подальшому аналізі отриманих даних встановлено чітку залежність змін показників ОМБ від ступеню тяжкості перебігу основного захворювання. Так, у дітей першої групи відмічено підвищення показників окислювальної деструкції білків у 1,3 рази, тоді як у пацієнтів другої групи спостерігалось збільшення аналогічних показників у 1,8 рази. Таким чином, у дітей з рецидивуючим бронхітом і супутньою ДЖВШ виявлено підвищення показників ПОЛ, активацію процесів ОМБ, ступінь якої знаходився у прямій залежності від тяжкості перебігу основного захворювання. Збільшення інтенсивності процесів ОМБ у цих дітей було більш виражено у порівнянні з показниками ПОЛ. Тому ми вважаємо, що дітям, хворим на рецидивуючий бронхіт на фоні ДЖВШ, доцільно проводити лабораторний контроль процесів ОМБ та використовувати ці показники для диференційованого підходу до лікування та реабілітації визначеного контингенту хворих.

ЕЛЕМЕНТНИЙ ПРОФІЛЬ ДІТЕЙ З ДИСПЛАСТИКОЗАЛЕЖНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ФІБРИЛОГЕНЕЗУ

Фролова Т.В. *, Охалкіна О.В. *, Ширяєва О.Г.**

*Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики педіатрії №1;

**Багатопрофільна клінічна лікарня №17²

При розвитку патологічних станів в організмі дитини вміст мікроелементів (МЕ) зазнає певні зміни, а кожній патології властиві відхилення в елементному статусі, які відображають безпосередню участь окремих МЕ в його патогенезі. Окрім того, мікроелементний дисбаланс що супроводжує розвиток того чи іншого патологічного стану може бути проявом компенсаторно-захисних реакцій організму дитини і/або наслідком порушення регуляторних механізмів. Це набуває суттєвого значення у дітей з диспластикозалежною патологією (ДЗП) на тлі порушення фібрилогенезу, завдяки розповсюженості і особливості усіх обмінних та регуляторних механізмів у цих пацієнтів.

Мета роботи: удосконалення ранньої діагностики диспластикозалежних станів шляхом визначення особливостей мікроелементного статусу у дітей із порушенням фібрилогенезу.

Визначення «елементного портрету» проведено у 317 дітей 8-17 років з різними нозологічними формами ДЗП, які мешкають у Харківському регіоні. Найбільш суттєві МЕ відхилення у дітей з ДЗП були встановлені у рівнях магнію, бору, цинку, нікелю та міді при збільшенні рівню стронцію. Так, у дітей з неврологічною ДЗП у вигляді неврозів (тики, логоневроз) на відміну від дітей цієї групи без неврозоподібних станів достовірно встановлено на підставі коефіцієнту кореляції Спірмена підвищення вмісту стронцію ($r_s=0,775$) і кадмію ($r_s=0,81$) у волоссі з одночасним дефіцитом цинку ($r_s=0,80$), ($p<0,001$). Для дітей з ДЗП системи крові при збільшенні накопичення стронцію і незначному підвищенні рівню свинцю притаманно дефіцит міді, цинку, марганцю та нікелю, про що свідчить залежність вмісту цих елементів у волоссі з числом тромбоцитів ($r_s=0,82$) і часом згортання крові ($r_s=0,76$). У дітей з наявністю ДЗП сечовидної системи було встановлено значне підвищення рівню хрому ($r_s=0,695$) і стронцію ($r_s=0,88$), при одночасному зменшенні рівнів цинку ($r_s=0,77$), міді ($r_s=0,64$) і кремнію ($r_s=0,68$). При ДЗП з боку травної системи встановлено дисбаланс у рівнях кремнію ($r_s=0,84$), магнію ($r_s=0,89$), хрому ($r_s=0,69$), цинку ($r_s=0,75$) і заліза ($r_s=0,81$), при значному підвищенні вмісту алюмінію ($r_s=0,91$) у волоссі дітей з порушенням фібрилогенезу. При постуральних порушеннях у дітей з НДСТ на фоні дисбалансу есенціальних МЕ відбувається значне накопичення стронцію, хрому і кремнію ($p<0,00001$).

Значне переважання дисбалансу есенціальних елементів у дітей з ДЗП на тлі порушень фібрилогенезу можна пов'язати з істотними порушеннями засвоєння і метаболізму мікро- та макроелементів, що відображає поломку глибинних систем регуляції гомеостазу у цих пацієнтів. Дисбаланс вмісту МЕ у волоссі дітей при розвитку тієї або іншої ДЗП можна використовувати у якості діагностичного тесту або встановлення прогнозу щодо подальшого її перебігу.

СТАН МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ ІЗ СИСТЕМНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Сміщук В.В., Сміщук В.В.*

Науковий керівник – д.м.н., проф. О.О. Тяжка

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра педіатрії №1

НМАПО ім. П.Л. Шупика, кафедра хірургії та проктології

Вивчено стан мікробіоценозу товстого кишечника у 86 дітей від 1 до 15 років, хворих на системні захворювання сполучної тканини (48 дітей з ювенільним ревматоїдним артритом (ЮРА), 12 дітей з системним червоним вовчаком (СЧВ), 5 дітей із системною склеродермією (СС), а також група порівняння, що складалася із 21 дитини з реактивним артритом (РеА) шляхом аналізу результатів бактеріологічного та копрологічного дослідження калу. В схемі лікування включалися нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), глюкокортикостероїди (ГКС), метотрексат у відповідних дозах та комбінаціях.

Дисбіоз кишечника різних ступенів виявлений у 84% хворих з ЮРА, у 42,5% хворих з РеА та у всіх дітей із СЧВ та СС. При бактеріологічному дослідженні копрофільтратів хворих різних груп виявлені якісні відмінності порушення мікробіоценозу кишечника. Більш виражене зменшення кількості нормальної *E.coli*, біфідо- та лактобактерій спостерігалось у хворих з ЮРА. У цієї ж групи хворих виявлено збільшення кількості грибів роду *Candida* та умовно-патогенної флори за рахунок гемолітичного стафілококу і гемолізуючої *E.coli*, в той час у хворих з РеА переважали *Kl.pneumonia* та *St.aureus*. Виявлені мікробіологічні особливості пов'язані як з перебігом основного захворювання, так і з використаною медикаментозною терапією (НПЗП, ГКС, цитостатики).

Якісна корекція дисбіозу кишечника у дітей з системними захворюваннями сполучної тканини досягалась за рахунок застосування в комплексному лікуванні основного захворювання багатоштамового пробіотика «Симбітер» впродовж 14 діб. Відновлення мікробіоценозу кишечника у всіх груп хворих супроводжується покращенням загального стану, зменшенням клінічних проявів дисбіозу (больового, диспептичного, інтоксикаційного, астено-невротичного та дермато-інтестинального синдромів), а також активності основного захворювання.

Беручи до уваги результати проведених досліджень, необхідно пам'ятати про високий ризик виникнення дисбіозу кишечника у хворих із системними захворюваннями сполучної тканини, що обумовлений, насамперед, застосуванням тривалої медикаментозної терапії НПЗП, ГКС, цитостатиками. Тому є доцільним включати у комплексне лікування даної групи хворих мультипробіотичні препарати для корекції мікробіоценозних порушень кишечника.

ОСОБЛИВОСТИ КОРЕКЦІЇ ОСТЕОПЕНІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ ІЗ НЕРВОВО-АРТРИТИЧНОЮ АНОМАЛІЄЮ КОНСТИТУЦІЇ

Фролова Т.В., Стенкова Н.Ф., Терещенкова І.І., Берус А.В., Калекіна І.В.*
Харківський національний медичний університет,
Багатопрофільна клінічна лікарня №17, кафедра пропедевтики педіатрії № 1

Поняття «аномалія конституції» притаманне дітям раннього віку, проте наслідки обмінних порушень, які мають місце при цих станах, спостерігаються як у старшому дитячому віці, так і в дорослих, тому проведення превентивних заходів щодо нормалізації обміну і запобігання можливих ускладнень, у тому числі, з боку кістково-м'язової системи, є актуальним.

Метою дослідження була оптимізація корекційних заходів при остеопенії (ОП) у дітей та підлітків, в анамнезі яких мали місце ознаки нервово-артритичної аномалії конституції (НААК). Встановлено, що серед 128 дітей віком від 9 до 17 років, в яких було діагностовано ОП I-II ступеню, у 23 (18 %) в ранньому віці відмічались ознаки НААК, які визначалися болями у суглобах, проявами ацетонемічного синдрому, дизурічними розладами, не пов'язаними з інфекцією, салурією тощо. З них, у 26,5 % при обстеженні було виявлено вегетативну дисфункцію, переважно за гіпертонічним типом; у 32,6 % - дисметаболічну нефропатію, яка характеризувалася, переважно, порушенням обміну шавлевої кислоти і утворенням оксалатних, оксалатно-уратних солей в поєднанні з кальцієво-оксалатною формою уролітіазу. Враховуючи можливий вплив препаратів кальцію на процеси каменеутворення у дітей з оксалатною нефропатією, корекційні заходи були спрямовані на покращення метаболізму з урахуванням характеру обмінних порушень. Призначалася дієта, збільшена кількість рідини у раціоні, Магне-В6, Кардонат, рослинні салуретики (Канефрон), а також - масаж і лікувальна фізкультура з урахуванням ступеню ОП. Проведені заходи дозволили покращити стан мінерального обміну кісткової тканини у 57,6 % випадків.

Таким чином, першим етапом корекції остеопенічних порушень у дітей з НААК повинні бути заходи, спрямовані на нормалізацію обмінних процесів, а також - неспецифічні заходи щодо покращення живлення кістки. Призначення препаратів кальцію повинно проводитися під контролем екскреції солей.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАГРУЗОК НА ГАРМОНИЧНОСТЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА ПОДРОСТКОВ

*Левчин А.М., Зубова Г.А., Грабарь И.В.
Научный руководитель – проф. З.Н. Третьякевич
Луганский государственный медицинский университет,
кафедра пропедевтики педиатрии*

В детском возрасте дисфункция вегетативной нервной системы является одним из наиболее распространённых симптомокомплексов. Дисфункцию вегетативной нервной системы (ДВНС) у детей и подростков необходимо рассматривать как социально значимую проблему. В настоящее время установлена возможность перехода ДВНС в такие заболевания, как ИБС, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и др.

Цель данного исследования: установить особенности отклонений в состоянии здоровья старших школьников путем оценки физического развития и состояния вегетативной системы для обоснования приоритетных направлений профилактической работы.

Объектом исследования выступили учащиеся 8-х и 10-х классов, средний возраст которых составил $14,1 \pm 0,4$ и $15,4 \pm 0,1$ лет соответственно. Обследованию подверглись 70 детей из них 27 мальчиков, 43 девочки.

Для решения поставленной цели требовались такие методы исследования, которые позволяли бы регистрировать относительно малые изменения вегетативной активности с помощью простого, быстро применяемого средства, не оказывая при этом какого-либо влияния на саму деятельность организма. Поэтому исследование соотношения диастолического давления (d) и числа ударов пульса в минуту (p), на наш взгляд, ближе всего подходит для поставленной нами цели. Таким образом, программа исследования включала измерение артериального давления стандартным методом Короткова, частоты сердечных сокращений с последующей оценкой вегетативного профиля – d/p (индекс Кердо). Оценку физического развития проводили путем измерения массы и роста утром натощак с использованием напольных и рычажных весов и ростомера с последующим расчетом массо-ростового индекса Кетле.

У детей специализированных школ исходный вегетативный тонус характеризуется преобладанием симпатикотонии 82,3% при чем более выражено у старшеклассников.

При оценки физического развития выявлены отклонения характеризующиеся недостатком массы тела по отношению к росту у 69,7% детей.

Явления симпатикотонии более выражено у детей проводящих свободное время за просмотром телевизора 60%, проводящих более 3-х часов за решением домашнего задания 54,5% и занимающихся в спортивных секциях 71,4%.

На уровень физического развития в большей степени влияют физические нагрузки. А именно, у детей занимающихся командными видами спорта 60% случаев наблюдается сниженный показатель индекса КЕТЛЕ. У детей ведущих пассивный образ жизни 55,6% повышенное значение индекса КЕТЛЕ, что говорит о избытке массы тела.

Для детей с симпатикотонией характерны более низкие показатели индекса КЕТЛЕ.

ОСОБЕННОСТИ ЙОДНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ У ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Третьякевич З.Н., Коваленко Т.С.

*Луганский государственный медицинский университет,
кафедра преедвтики педиатрии с уходом за больными*

В общей структуре патологии детского возраста ведущее место занимают болезни органов дыхания, среди которых наиболее часто встречаются острые респираторные заболевания (ОРЗ). При этом ежегодно у детей регистрируется до 65–70 тыс. случаев ОРЗ на 100 тыс. населения, что в 2,7–3,2 раза выше, чем у взрослых. Следует отметить, что, несмотря на столь значительное распространение ОРЗ в педиатрической практике, в каждой возрастной группе имеются дети, отличающиеся от сверстников значительно более высоким уровнем респираторной заболеваемости. Таких детей принято называть часто болеющими (ЧБД). Иногда, для того чтобы не только указать на склонность пациентов к повышенной заболеваемости ОРЗ, но и подчеркнуть особенности течения у них респираторных инфекций (затяжной и/или осложненный характер), используют такой термин, как часто и длительно болеющие дети. У каждого часто болеющего ребенка необходимо уточнить факторы риска и причины повышенной респираторной заболеваемости. Особое место среди причин низкой иммунореактивности и неспецифической противоинфекционной защиты занимают различные эндокринные заболевания и гормондефицитные состояния. Еще в 70х годах прошлого века сотрудниками известной эндокринологической школы профессора Зельцера была получена серия доказательств, однозначно связывающих комплекс иммунологических нарушений у детей йододефицитного региона с недостаточной стимулирующей активностью гормонов щитовидной железы в отношении устойчивости детского организма к инфекциям.

Поэтому целью данного исследования было изучение особенностей диеты и суточной йодурии у 32 детей из группы ЧБД в возрасте от 3 до 6 лет, которые находились на лечении в вирусном отделении ЛГМДБ №1. В результате проведенного анкетирования было выяснено, что лишь 3,1% семей детей добавляют в свой рацион продукты богатые йодом (рыбу, морскую капусту, морепродукты) и йодированную соль 3-4 раза в неделю, 28,1% - 1-2 раза в неделю, 21,9% - не чаще, чем раз в месяц и почти половина родителей (46,9%) сообщили, что их дети по разным причинам вообще не едят рыбу и морепродукты и в их семьях не используется йодированная соль. В рационе данной группы детей преобладали продукты растительного и животного происхождения данного региона. Такое питание, по мнению диетологов, способно обеспечить поступление в организм ребенка около 50-70 мкг йода при суточной потребности для детей этой возрастной группы 90 мкг. Лабораторная оценка ренальной экскреции йода свидетельствовала о наличии суточной йодурии ниже 100 мкг/л у 23 (71,9%) детей, менее 50 мкг/л - у 9 (28,1%).

Таким образом, полученные данные свидетельствовали о наличии легкой степени йододефицита у 71,9% детей из группы ЧБД, что обуславливает необходимость проведения йодопрофилактики у данного контингента детей.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ЗВ'ЯЗОК ІМУННОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА РЕЦИДИВУЮЧИЙ БРОНХІТ ТА МАЮТЬ ДИСФУНКЦІЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА, ІЗ ОСОБЛИВОСТЯМИ ЇХНЬОГО ХАРЧУВАННЯ

Черепакіна Л.П.

*Луганський державний медичний університет,
кафедра преедвтики педіатрії з доглядом за хворими*

Нині численними науковими дослідженнями доведено існування функціонального зв'язку харчування та імунітету дитини. Так, наявність у раціоні продуктів із антиоксидантними, прооксидантними властивостями, а також таких чинників способу життя дитини як фізична активність, харчування, сон, відпочинок та ін., залежно від частоти та кількості, будуть або компенсаторними, амортизувальними, або ж такими, що погіршують як імунітет, так і стан здоров'я загалом. Доведено, що внаслідок порушення харчування змінюється функціонування імунної системи, оскільки всі процеси, які в ній відбуваються, мають певне метаболічне забезпечення. Епідеміологічні дослідження, що проводяться науковцями різних країн в останні роки, свідчать про те, що структура харчування населення значною мірою є дефектною і харчовий статус має значні відхилення від формули збалансованого харчування.

Тому, метою роботи було вивчення особливостей харчування дітей молодшого шкільного віку, які страждають на рецидивуючий бронхіт (РБ), та мають дисфункцію жовчного міхура (ДЖМ). Під наглядом знаходилося 37 дітей (6-10 років) із РБ, у яких була в наявності ДЖМ, підтверджена УЗД жовчного міхура з жовчогінним сніданком. У всіх дітей проводилось вивчення показників клітинної та гуморальної ланок імунітету. Для визначення кількості Т-, В-лімфоцитів, а також субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, використовували моноклональні антитіла класів CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD19⁺ (виробництва НПО «Гранум», м. Харків). Усі діти під час обстеження перебували на реабілітаційному лікуванні в ЛОДСЦ «Незабудка». За матеріальним забезпеченням діти були поділені на 2 групи: малозабезпечені – 21 особа, та забезпечені – 16 осіб. Під час вивчення особливостей формування їх домашнього раціону було встановлено, що в раціоні малозабезпечених дітей переважали: м'ясо птиці, макарони, чорний чай, яблука, дешеві йогурти. Діти другої групи частіше їли яловичину, рибу, картоплю, крупи, зелений чай, банани, та різні за ціною йогурти. Цікаво відмітити, що чипси, солоні сухарики, супи та каші швидкого приготування, копчені продукти, незбиране молоко діти обох груп уживали вкрай рідко, а такий продукт, як сало не вживали взагалі.

Таким чином, раціони дітей обох груп мали свої особливості. Отримані показники оцінки імунного статусу свідчили про те, що ознаки вторинного імунного дисбалансу в дітей 2 групи відмічалися частіше (у 1,3 рази), ніж у їхніх однолітків із першої групи.

СЕКЦІЯ ПЕДІАТРІЇ №2

ДОПОВІДІ ПРИСВЯЧЕНІ 20-РІЧЧЮ СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДИТЯЧОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ ТА 10-РІЧЧЮ КАФЕДРИ ПЕДІАТРІЇ

СУЧАСНІ УЯВИ ПРО ОБМІН БІЛКІВ, ЖИРІВ І ВУГЛЕВОДІВ У ПЛОДА Й НЕДОНОШЕНОГО НЕМОВЛЯТИ

*Андрієнко С.М., Тимченко Л.О., студ. 5-го курсу
Науковий керівник – асист. О.К. Редько
СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Ми вивчили 17 закордонних джерел, присвячених даній проблемі. Внутрішньотробно плід одержує всі необхідні живильні речовини через плаценту. Плацентарний обмін нутрієнтів можна розцінювати як збалансоване парентеральне харчування, що містить білки, жири, вуглеводи, вітаміни й мікроелементи. Протягом 3-го триместру вагітності відзначається безпрецедентне збільшення маси тіла плода – за останні 14 тижнів плід потроює свою масу й накопичує живильні речовини, які будуть потрібні йому для наступної адаптації до позавнутрішньоутробного життя.

Засвоєння білків здоровою недоношеною дитиною з гестаційним віком 26-35 тижнів становить приблизно 70%. Решта 30% зазнають окисації й екскретуються. Чим менше гестаційний вік дитини, тим більш активний білковий обмін у перерахуванні на одиницю маси тіла спостерігається в його організмі.

Для оптимального росту й розвитку організму недоношеної дитини потрібне певне співвідношення енергії й білка: 10ккал/1 г білка. В умовах енергетичного дефіциту ендогенні білки використовуються як джерело енергії й тому азотистий баланс - негативний. В умовах достатнього постачання енергією (120 ккал/кг/доб.) накопичення білка стабілізується. Дефіцит амінокислот, крім негативних наслідків для росту й накопичення білка, приводить до зниження в плазмі інсуліноподібного фактору росту, порушенням діяльності клітинних транспортерів глюкози й, отже, гіперглікемії, гіперкаліємії та енергетичному дефіциту клітини. Обмін амінокислот у недоношених має особливості: підвищена потреба в цистеїні й метіоніні; таурин сприяє розвитку сітківки й усмоктуванню жирних кислот з довгим ланцюгом без участі жовчних кислот; амінокислоти з розгалуженим ланцюгом (лейцин, ізолейцин, валін) сприяють дозріванню ЦНС і є необхідним субстратом у стресовій ситуації; нормальний вміст аргініну попереджає розвиток гіперамоніємії. Потреба недоношеного немовляти в білку становить 2.5-3 г/кг.

Ліпіди - необхідне вигідне джерело енергії, субстрат для синтезу клітинних мембран, простагландинів, лекотриєнів і т.д. Жирні кислоти сприяють дозріванню сітківки й головного мозку, основною складовою сурфактанта є фосфоліпіди. Накопичення жиру відбувається протягом останніх 12-14 тижнів гестації. Недоношені діти народжуються з істотним дефіцитом жирів; вони не можуть синтезувати необхідні жирні кислоти, але здатні засвоювати жири більш ефективно, ніж діти старшого віку. Незважаючи на дефіцит жовчних кислот, усмоктуванню жирів сприяє лінгвальна й шлункова ліпаза, а також ліпаза грудного молока. Жирні кислоти із середньою довжиною ланцюга не вимагають для усмоктування жовчних кислот і є вигідними відносно енергії. Карнітин – пептид, синтезований у печінці й нирках новонародженої дитини з лізину й метіоніну, необхідний для засвоєння жирних кислот з довгим ланцюгом. Здатність недоношеного немовляти синтезувати карнітин обмежена. Тільки грудне молоко містить достатні кількості карнітина, необхідні для адекватного усмоктування жирів.

Протягом усього періоду гестації плід одержує глюкозу від матері через плаценту. Рівень цукру крові плода становить 70% від цукру крові матері. В умовах нормоглікемії матері плід практично не синтезує глюкозу сам, але у випадку голодування матері здатний синтезувати глюкозу з кетонів тіл з 3 місяців гестації. Глікоген починає синтезуватися у плода з 9-го тижня гестації. На ранніх строках гестації накопичення глікогену відбувається переважно в легенях і в серцевому м'язі, а потім, протягом третього триместру, основні запаси глікогену утворюються в печінці й скелетних м'язах, а в легенях зникають. Вживаність немовляти після перенесеної асфіксії прямо залежить від вмісту глікогену в міокарді. Зменшення вмісту глікогену в легенях починається на 34-36 тижні, що може бути пов'язане з витратою цього джерела енергії на синтез сурфактанту. На швидкість накопичення глікогену впливають голодування матері, плацентарна недостатність і багатоплідна вагітність. Гостра асфіксія не впливає на вміст глікогену в тканинах плода; хронічна гіпоксія приводить до дефіциту глікогену. Інсулін є основним анаболічним гормоном плода протягом усього гестаційного періоду. Він з'являється в тканині підшлункової залози до 8-10 тижня гестації й рівень його секреції у доношеного немовляти відповідає такому у дорослої людини. Підшлункова залоза плода менш чутлива до гіперглікемії, але в умовах гіперінсулінізму підсилюється синтез білка й швидкість утилізації глюкози; при дефіциті інсуліну зменшується кількість клітин і вміст у клітині ДНК. Цим пояснюється макросомія дітей від матерів із цукровим діабетом, які протягом усього гестаційного періоду перебувають в умовах гіперглікемії й, отже, гіперінсулінізму. Глюкагон виявляється у плода починаючи з 15 тижня гестації, але його роль поки залишається невивченою.

Після пологів і припинення постачання глюкози через плаценту відбувається активація ферментів глюконеогенезу, яка звичайно триває 2 тижні після народження, незалежно від гестаційного віку. Швидкість продукції/утилізації глюкози в доношеного немовляти становить 3.3 – 5.5 мг/кг/хв. Підтримка рівня глюкози в крові залежить від рівня глікогенолізу й глюконеогенезу в печінці й швидкості її утилізації на периферії.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩИХ В АНАМНЕЗЕ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ

Бабичева А.А.

Сумская областная детская клиническая больница

Неблагоприятное течение беременности и родов следует считать одним из основных причинных и предрасполагающих факторов вегетативной дисфункции. Вегетативная дисфункция определяется у 80-90% детей, родившихся в результате быстрых, стремительных, реже затяжных родов с применением различных видов родовспоможения.

«В конечном счете, ничто не оказывает большого влияния на качество жизни взрослого человека, чем болезни и повреждения, возникающие в перинатальном периоде» Ф.Фолкнер (1982). Этот период характеризуется большим риском для жизни и здоровья человека, чем любой другой. Переход от защищенной жизни *in vitro* к независимой постнатальной жизни – наиболее опасное состояние в жизни человека.

Нами проанализировано 82 электрокардиограммы детей, которые находились на амбулаторном или стационарном лечении в СОДКБ.

Установлено, что у детей с симпатикотонией (42 ребенка, 50,3%) в течение 2008-2009г.г. отмечалась синусовая тахикардия, повышение эл. активности левого желудочка, ускорение АВ-проводимости, у 8 (9,7%) – супривентрикулярная экстрасистолы, при парасимпатикотонии – 26 (30%) детей отмечалась синусовая брадикардия, удлинение АВ- проводимости, высокие холинергические зубцы Т в V₃ – V₅.

У 14 детей заметного преобладания вегетативного тонуса не выявлено.

На ЭКГ у детей отмечалось синусовая аритмия, синдром ранней реполяризации желудочков, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Лечение назначалось с учетом результатов обследования. Для лечения детей с выраженной симпатикотонией назначались β-блокаторы (анаприлин, бисопролол в возрастных дозах в течение 1 мес; при выраженной ваготонии – применялись ноотропные препараты (пирацетам, ноотропил и пр.).

Вне зависимости от преобладания вегетативного тонуса применялись кардиотрофические препараты (АТФ-лонг, аспаркам, рибоксин, кралонин). В 82,3% получены хорошие результаты, у 17,7 – удовлетворительные.

Таким образом, учитывая изменения на электрокардиограмме, анамнез, клинические проявления, данные других дополнительных методов обследований (ФКГ, ЭХО-КГ, КИГ) имеется возможность более дифференцированно подходить к назначению лечения.

СИМПТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГИТА

Биттерлих Л.Р.

Сумская областная детская клиническая больница

Наиболее распространенным менингеальным знаком является ригидность мышц затылка. Нами описан (Л.Р.Биттерлих, 1987,1996 гг.) и используется новый менингеальный знак (симптом) - сенсibilизированная проба определения ригидности затылочных мышц, которая используется в двух вариантах:

1. У тех детей раннего и дошкольного возраста, которые не проявляют негативного отношения к исследованию, и у всех пациентов более старшего возраста мы сначала определяем ригидность мышц затылка в положении лежа, а затем в положении сидя (двухэтапный вариант проведения пробы). При этом у здоровых обследуемых сгибание головы с приведением подбородка к груди легче выполняется в положении сидя, по сравнению с положением лежа, за счет компенсаторного сгибания позвоночника в грудном отделе.

У больных менингитом переход в положение сидя, наоборот, сопровождается усилением или появлением ригидности затылочных мышц. У больных без менингита, но с воспалительными процессами в области шеи (фолликулярной ангиной, шейным лимфаденитом, перитонзиллярным абсцессом) в положении лежа может определяться четкое ограничение при попытке согнуть голову (симптом ригидности мышц затылка). Однако, в отличие от больных менингитом, при проведении сенсibilизированной пробы определения ригидности затылочных мышц перевод в положение сидя не сопровождается усилением ригидности или появлением признаков других менингеальных контрактур. У некоторых из этих больных с ригидностью, определяемой в положении лежа, при переходе в положение сидя «ригидность» уменьшилась или исчезла.

2. У детей раннего возраста мы описали и используем упрощенный одноэтапный вариант сенсibilизированной пробы определения ригидности затылочных мышц. При выполнении пробы ребенок сидит с выпрямленными ногами (можно на коленях у матери). Угол между ногами и туловищем в тазобедренных суставах составляет 90 градусов (ребенок сидит под прямым углом). Ноги должны быть выпрямлены в коленных суставах. Для этого на протяжении всей пробы мать фиксирует их в таком положении давлением своей руки сверху на область коленных суставов.

При отсутствии менингеальной контрактуры легко осуществлялось дополнительное сгибание головы и туловища рукою врача с полным приведением подбородка к груди. При менингите выполнение пробы сопровождается ограничением приведения подбородка к грудной клетке при попытке согнуть голову ребенка, а в более выраженных случаях и появлением менингеальных контрактур в других частях тела.

При оценке результата сенсibilизированной пробы определения ригидности затылочных мышц следует учитывать возрастную динамику мышечного тонуса в сгибателях голени, а также возможность ликворопозитивного менингита без менингеальных знаков у детей первых месяцев жизни.

СТАН ДИТЯЧОГО ТРАВМАТИЗМУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Біденко О.Г., Костюкова О.В.

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Проблема дитячого травматизму є особливо актуальною в кризовий період. Зазвичай в такий час спостерігається зростання дитячого травматизму в усіх країнах, незалежно від рівня економічного розвитку та життєвого рівня населення.

Задачею даного дослідження було проведення аналізу дитячого (дітей віком до 17 років) травматизму в області.

Нами вивчено стан травматизму у 2008 році, коли спостерігалось поживлення економічного розвитку держави та відносно покращення життєвого рівня населення. При цьому було встановлено, що в області кількість травм, отруєнь та нещасних випадків зменшилася на 6,75% порівняно з 2007 роком. Показник дитячого травматизму склав 41,63 на 1000 дитячого населення, що нижче показника в Україні (49,33 в 2007).

В структурі дитячого травматизму 61,3% займає побутовий травматизм, 22,60% - вуличний, 6,8% - шкільний, 3,51% - спортивний.

Серед осіб, які звернулися за медичною допомогою з приводу травм основну кількість склали хворі з ранами та поверхневими пошкодженнями (43,40% від усіх травм), переломами кісток рук (17,2%) та ніг (5,4%). Нами встановлено, що частіше побутові травми відмічені у мешканців міст, що, мабуть, пов'язано з кращою доступністю медичної допомоги. На нашу думку, частина дітей сільської місцевості з поверхневими порізами та розтягненнями в суглобах за медичною допомогою не звертається. При шкільному травматизмі частіше всього спостерігаються рани та поверхневі пошкодження (41,2%), вивихи та розтягнення суглобів (20,0%), переломи кісток кінцівок (31,9% від усіх травм). В області відмічено зменшення дорожно - транспортного травматизму (на 15,4%) та спортивного (на 25,6%) порівняно з 2007 роком.

Ми розуміємо, що проблема дитячого травматизму не є медичною. Разом з тим, санітарно-просвітницька робота, яка активно проводиться лікарями області, певним чином впливає на профілактику травматизму. Завдяки систематичній роботі з медичними кадрами по наданню допомоги дітям з травмами, в області вирішені проблеми травматологічної допомоги дітям. Організаційно-методичним центром з цієї роботи є ортопедо - травматологічне відділення обласної дитячої клінічної лікарні.

ВИБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕННЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРЕ-ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Биттерлих Л.Р., Паскарик Е.Ю., Вощенко М.А.

Сумская областная детская клиническая больница

Существование в г.Сумы нескольких моделей ранней неврологической реабилитации способствует выработке наиболее эффективной тактики предотвращения стойкого резидуально - органического дефекта и инвалидности. В 2001 году нами было проведено эпидемиологическое исследование детского церебрального паралича. При этом был выявлен специфический для Сумской области в 1996-1999 г. фактор риска развития ДЦП - проживание в областном центре (рис.1).

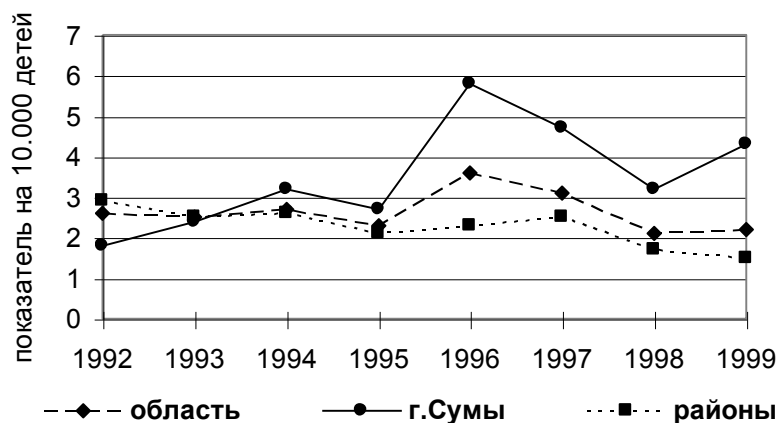


Рисунок 1. Динаміка захворюваності ДЦП по Сумській області в цілому, г.Суми і в районах області (без обласного центру) в 1992-1999 гг. (число вперше діагностованих випадків ДЦП із розрахунку на 10.000 дитячого населення).

С 1989 г. до 1993 г. неврологическое лечение детей первого года г.Сумы и районов области осуществлялось только в отделении для детей с поражением центральной нервной системы и в поликлинике Сумской областной детской клинической больницы (СОДКБ). С 1994 года лечение детей первого года жизни с патологией нервной системы, которые проживают в г.Сумы, сосредоточилось в открытом Центре медико-социальной реабилитации. Установлена достоверная связь между уменьшением числа грудных детей – жителей г. Сумы, пролеченных в СОДКБ, и увеличением неблагоприятного исхода пре-перинатальной патологии в ДЦП по городу Сумы (отрицательная корреляция по Пирсону $r = -0,828$ при $P < 0,05$).

Отличия ранней нейрореабилитации этих двух учреждений заключались в различном сочетании медикаментозной и физической реабилитации. До уточнения механизмов возможного вредного влияния чрезмерной

афферентної стимуляції при ЛФК і масажі на немієлінізований розвиваючийся мозг ребенка перших місяців життя їх використання повинно бути дуже обережним. Показаннями для фізичної реабілітації можуть бути тільки чіткі двигальні розлади, що дає можливість для контролю пользи або шкоди ЛФК і масажу за принципом методу зворотного зв'язку.

ІНФОРМАЦІЙНО-БІБЛІОГРАФІЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ ЛІКАРІВ ОБЛАСНОЇ ДИТЯЧОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ

Ганжа Т.І.

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Суспільство, в якому ми живемо, називають інформаційним, і вислів "Хто володіє інформацією, той володіє світом" знають всі. Тому найважливішим завданням бібліотеки є оперативне і якісне забезпечення інформацією всіх спеціалістів, які стоять на варті здоров'я дитини.

Міжгалузєва комплексна програма «Здоров'я нації на 2002-2011 роки», затверджена Постановою Кабінету Міністрів України №14 від 10.01.2001р., передбачає створення єдиної системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я з широким використанням комп'ютерної техніки та системи наукової медичної інформації. В рамках цієї програми працює і бібліотека Сумської обласної дитячої клінічної лікарні.

Традиційною формою для визначення інформаційних потреб спеціалістів є опитування, вивчення планів використання нововведень в практиці лікарні. Після вивчення інформаційних потреб спеціалістів, відбувається комплектування фонду бібліотеки періодичними виданнями, як України, так і Росії. Щорічно бібліотека отримує біля 20 найменувань журналів. В бібліотеці створено довідково-інформаційний фонд, проводяться масові форми інформаційної роботи: реферативно-бібліографічні огляди, перегляди літератури, конференції, Дні спеціаліста, виконуються тематичні та фактографічні довідки, створена систематична картотека статей із періодичних видань. Запровадження нових інформаційних технологій не означає зменшення зацікавленості до бібліографічних покажчиків, навпаки, з'являються можливості для створення більш досконалих масивів бібліографічної інформації, доступних більш широкому колу користувачів швидко і будь-який час. Це стосується бібліографічного покажчика «Це ви прочитаете в журналах та збірниках», який виходить щоквартально і є в бібліотеці.

В лікарні створена група науково-медичної інформації, основним завданням якої є підвищення інформаційного озброєння лікарів, найшвидше впровадження в практику нових методів діагностики, лікування, а також прогресивних форм організації роботи. Створена комп'ютерна мережа лікарні, працює Internet.

Таким чином, завдання бібліотеки по вдосконаленню інформаційно-бібліографічного забезпечення спеціалістів можна визначити як: аналіз ресурсного потенціалу і його відповідність потребам користувачів; підтримка існуючої системи бібліотечних послуг, створення нових послуг, відповідних запитам користувачів; створення позитивного іміджу бібліотеки; участь бібліотеки у заходах лікарні, організація виставок, презентація нових видань.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Журавель А.О., Журавель В.Г.

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Серед причин несприятливого перебігу раннього дитячого віку вагоме місце належить вродженим вадам серця (ВВС). Насторожує факт зростання захворюваності на ВВС серед малюків сільської місцевості за останні два роки.

У зв'язку з вищезазначеною проблемою в Сумській обласній дитячій клінічній лікарні (СОДКЛ) здійснюється моніторинг надання медичної допомоги дітям з цією патологією.

Поширеність ВВС серед дітей до вісімнадцяти років має тенденцію до зростання – 5,43 на 1000 в 2008 році проти 5,13 в 2006 році при середньоукраїнському показнику 2008 року – 5,28. Захворюваність на цю патологію збільшилась з 0,87 на 1000 у 2006 році до 1,00 на 1000 (в Україні 0,89 у 2008 році).

Питома вага радикально прооперованих дітей в області збільшилась з 27,3% в 2008 році до 33% в 2008 році від загальної чисельності дітей з ВВС та з 78% до 89% від підлягаючих оперативному лікуванню. Серед дітей, що перебувають на диспансерному обліку 25 (2,8%) мають протипокази до корекції вад через легеневу гіпертензію.

Налагоджена робота неонатологів та кардіологів області, наявність в СОДКЛ виїзної реанімаційної неонатальної бригади, чітка співпраця СОДКЛ з кардіохірургічними центрами у випадках критичних вад серця – все це призвело до зниження в Сумській області малюкової смертності від ВВС з 0,8 на 1000 в 2006 році до 0,4 в 2008 році, при середньоукраїнському показнику 2008 року – 0,55 на 1000. Іншим важливим практичним наслідком взаємовідносин між СОДКЛ і Київськими кардіохірургічними центрами стало зростання доступності консультативної та кардіохірургічної допомоги дітям сільської місцевості, завдяки чому частка оглянутих кардіохірургом сільських дітей з ВВС сягає 42%.

Таким чином, кардіохірургічне лікування дітей з ВВС у Сумській області поступово поліпшується та потребує подальшої уваги педіатрів й дитячих кардіоревматологів.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗІ ЗВУРПП

Катрич Н.І., Чаплій В.Б., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – доц. І.В. Тарасова

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Затримка внутрішньоутробного росту та розвитку плода (ЗВУРПП) – ускладнення вагітності, яке не втрачає своєї актуальності, що обумовлено його високою частотою (від 6,5 до 30% усіх новонароджених у різних країнах світу). Синдром ЗВУРПП на сучасному етапі залишається однією з провідних причин захворюваності (7-36%) і смертності (8-24%).

Мета роботи: дослідити перебіг неонатального періоду та структуру захворюваності при даній патології.

Проаналізовано 3338 історій хвороб немовлят, що лікувалися у відділенні патології новонароджених та відділенні недоношених дітей Сумської обласної дитячої клінічної лікарні (СОДКЛ) в 2006-2008 рр. Встановлені особливості перебігу неонатального періоду у 525 дітей з масою тіла меншою 10-го центиля для свого гестаційного віку (основна група). В основній групі хлопчиків народилось 168 (32%), дівчаток удвічі більше – 357 (68%).

Проведення первинної реанімації новонароджених потребувало 40,2% (211) дітей основної групи. Тривалі та виражені транзиторні стани (патологічна втрата первинної маси тіла, порушення терморегуляції) мали місце у 34,6% (96) малюків, що свідчить про недостатній рівень адаптації при народженні.

З ознаками гіпоксії різного ступеня народились 53% (185) доношених малюків зі ЗВУРПП, причому 13% (24) мали гіпоксичне ураження ЦНС важкого ступеня (оцінка за шкалою Апгар менше 4 балів). Вроджені вади серця діагностовано у 23,2% (80) новонароджених, кон'югаційна жовтяниця - у 20,4% (71), внутрішньоутробне інфікування – у 19,4% (68), вроджені вади розвитку (хвороба Дауна, агенезія нирки, гідронефроз, синдактилія, полідактилія та ін.) - у 8% (28), гемолітична хвороба новонароджених – у 4,8% (17).

Структура захворюваності недоношених новонароджених зі ЗВУРПП у ранньому неонатальному періоді була наступною: 83,6% (148) малюків мали перинатальне гіпоксичне ураження ЦНС, 22,6% (40) – вроджені вади серця, 18,6% (33) - кон'югаційну жовтяницю, вроджені вади розвитку (вади розвитку ШКТ, хвороба Дауна, синдром Пфайфера, синдром Пьєра-Робена, агенезія нирки, гідронефроз, синдактилія, полідактилія та ін.) – 9% (16), гемолітичну хворобу новонароджених – 6,8% (12), анемію мали у 6,2% (11) дітей, у 15,8% (28) відбулася реалізація внутрішньоутробної інфекції. ЗВУРПП суттєво підвищує зростання перинатальної патології, сприяє подальшому розвитку функціональних та органічних захворювань, з моменту народження погіршує якість життя пацієнтів, що вказує на потребу покращання антенатальної діагностики та ранньої корекції цієї патології.

ТРИДЦЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД РОБОТИ ВІДДІЛЕННЯ ПАТОЛОГІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кірой О.І. , Радченко М.Л.**

Науковий керівник – доц. М.П. Загородній

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

**Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Відділення патології новонароджених (ВПН) Сумської обласної дитячої клінічної лікарні (СОДКЛ) було відкрито 20 листопада 1977 року, спочатку в міській дитячій лікарні, а з 6.07.1989 року в збудованій обласній дитячій лікарні. Зараз воно є єдиним спеціалізованим відділенням неонатальної допомоги на Сумщині.

Лікарня є клінічною базою медичного інституту Сумського державного університету. В 2008 році отримала статус «Лікарня доброзичлива до дитини». Відділення розраховане на 30 ліжок, працює на базі лікарні, до складу якої входять відділення інтенсивної терапії і реанімації, виїзна реанімаційна бригада, відділення недоношених новонароджених, замикаючи ланцюг поетапної кваліфікованої допомоги немовлятам в межах одного закладу. У відділенні працюють висококваліфіковані фахівці.

У ВПН цілодобово надається допомога доношеним новонародженим дітям з пологових будинків міста м. Суми та пологових відділень районних лікарень області. Мешканці села за останні роки склали близько 26%. За 30 років роботи відділення надана медична допомога 18 228 новонароджених дітей, а перші пацієнти мають вже суспільно зрілий вік. На жаль, з року в рік кількість немовлят, які потребують допомоги, має тенденцію до зростання. Також, з кожним роком збільшується кількість дітей переведених з відділення реанімації новонароджених. Так в 1992 році такі діти склали всього 6,4% від усіх пролікованих дітей, а в 2007 році їх було аж 22,9%.

Високий показник використання ліжкового фонду відділення (в середньому – 106,3 – 108,6%), а строки перебування немовлят у відділенні за останні десять років зменшилися з 14,8 до 11,2 дня. Серед пролікованих новонароджених переважають хворі з перинатальними ураженнями центральної нервової системи (44,8 – 58,9% випадків), друге місце посідає інфекційна патологія (внутрішньоутробні та постнатальні інфекції – 18,8–32,4%), третє - гемолітична хвороба новонароджених та інші жовтяниці (6,5 – 12,2%). При виписці з відділення надаються конкретні рекомендації по диспансерному нагляду педіатра, невролога, термінів подальших оглядів, для продовження реабілітаційного лікування. За наявності інфекційних уражень новонароджені та їх матері обстежуються на виявлення вроджених інфекцій (TORCH). Позитивний ефект лікування (одужання та поліпшення) має місце у 96-97% пролікованих. Рівень летальності за останні 10 років не перевищує 0,1% і є одним з нижчих в Україні.

Таким чином відділення патології новонароджених СОДКЛ виконує важливі завдання по наданню кваліфікованої медичної допомоги хворим доношеним новонародженим м. Суми та області, робить значний внесок по зниженню малюкової смертності.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ АЕРОІОНОТЕРАПІЇ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ В ЛІКУВАННІ ОБСТРУКТИВНИХ БРОНХІТІВ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Корж 3.О.

Сумський державний педагогічний університет

За останні 10 років значно погіршився стан здоров'я дітей. Захворювання на обструктивний бронхіт зустрічається у 2 рази частіше, ніж на початку 90-х років. Так, щорічно в Україні 29,2% дитячого населення хворіють на обструктивний бронхіт.

Мета дослідження: оцінити ефективність поєднаного впливу аероіонотерапії та засобів ЛФК під час лікування дітей з обструктивним бронхітом.

В експериментальну групу входило 22 дитини віком 5 - 6 років, під час лікування яких, разом з медикаментозною терапією, використовували аероіонотерапію в поєднанні з засобами ЛФК.

В контрольну групу входило 20 дітей, хворих на обструктивний бронхіт (ОБ), які отримували аналогічне лікування, але лікувальна гімнастика (ЛГ) проводилась без аероіонотерапії.

Аероіонотерапію використовували під час занять ЛГ, протягом 20 хв. Особливий терапевтичний ефект процедура набувала під час виконання дихальної гімнастики, яка була направлена на збільшення тривалості фази видиху. Аероіони, які проникають в організм під час виконання дихальних вправ, контактують з клітинами слизової оболонки дихальних шляхів в результаті чого блокується спазм дрібних бронхів, активізується рухливість миготливого епітелію, стимулюються метаболічні процеси. В комплексі вправ ЛГ перевага надавалася дихальним спеціальним вправам, які включали звукову гімнастику, статичні, динамічні та дренажні вправи, за допомогою яких у пацієнтів формувалася і закріплювалася правильний стереотип механізму зовнішнього дихання через ніс.

Курс аероіонотерапії в поєднанні з ЛГ (8-10 процедур) сприяв покращенню функціонального стану дихальної системи, психоемоційного та загального стану дітей.

Встановлено, що під впливом курсової дії аероіонотерапії у поєднанні з методом ЛФК у дітей експериментальної групи приступи кашлю зникли – на 1,1 доби раніше, показники функціональної дихальної проби Штанге покращилися на – 0,8 сек., проби Генче – на 0,5 сек., екскурсія грудної клітини збільшилася на 0,21 см у порівнянні з показниками дітей контрольної групи.

Таким чином, в результаті проведеного дослідження відмічена ефективність аероіонотерапії в поєднанні з процедурами ЛГ, простота та безпечність проведення процедур, відсутність побічної дії, дає право більш широко застосовувати цей метод при лікуванні дітей хворих на ОБ.

НЕВРИТ СЛУХОВОГО НЕРВА У ДІТЕЙ

Кулик Т.Ф.

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Общеизвестно, что ежегодно во всех странах мира выявляются тысячи детей с патологией органа слуха и их количество не имеет тенденции к уменьшению.

Выявление патологии детского слуха затрудняется тем, что ребенок, как правило, не жалуется на тугоухость, а окружающие замечают ее тогда, когда время для эффективных мероприятий бывает упущено. Слабослышащие дети часто становятся более чувствительными к другим информационным импульсам – например, изменение характера света в комнате при открытии или закрытии двери, вибрации в полу и движения воздуха. Из-за этой компенсации может показаться, что слабослышащий ребенок реагирует нормально, и это усложняет обнаружение нарушения слуха.

Заметить нарушение слуха у ребенка можно лишь внимательно проследив за его реакцией на различные звуковые раздражения.

Причины, приводящие к стойким необратимым нарушениям слуха, следующие:

- инфекционные заболевания, особенно вирусные (ОРВИ, эпидпаротит, менингит и другие),
- травматические повреждения (черепно-мозговая травма, акустическая и баротравма),
- воспалительные процессы: среднего уха, внутреннего уха, других ЛОР - органов, внутричерепные осложнения,
- перенесенные инфекционные заболевания матери во время беременности,
- несовместимость крови плода и матери, патологические роды;
- наследственные заболевания;
- врожденные пороки развития;
- токсическое поражение (лекарственными веществами, промышленными и бытовыми ядами).

При возникновении подозрения на снижение слуха у ребенка родители должны немедленно обратиться в сурдологический центр.

Серьезность проблемы состоит еще и в том, что дети с тяжелым стойким поражением слуха являются инвалидами детства. За последние несколько лет показатель инвалидности по Сумской области колеблется, также как и по Украине (2006 год показатель по Сумской области - 1,31 на 1000 детского населения, а по Украине - 1,38). В настоящее время очереди среди детей на бесплатное получение индивидуального слухового аппарата нет.

СТАН ЕНЕРГЕТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НИРОК ЗА ПОКАЗНИКОМ ЛАКТАТДЕГІДРОГЕНАЗИ У ДІТЕЙ З ПІСЛОНЕФРИТОМ

Лобода А.М., Тишлієва І.Г.

Науковий керівник – проф. В.Е. Маркевич

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Нирки являють собою один з головних регулюючих та виконуючих органів підтримки системи гомеостазу людського організму. Мембранна та клубочкова патологія відіграє провідну роль у виникненні та прогресуванні більшості хвороб нирок, що супроводжуються імунозапальними процесами та гіпоксією. Інфекційне ураження нирок супроводжується виникненням гомеостатичного дисбалансу внаслідок порушення функції біологічних мембран та процесів енергетичного обміну нефрону. Маркером вказаних порушень є поява ферментурії. При патології нирок найбільш чутливими ферментами вважаються цитозольні, зокрема лактатдегідрогеназа (ЛДГ).

Обстежено 60 дітей з гострим ПН, 30 пацієнтів з хронічним ПН у періоді загострення та 15 - з хронічним ПН у періоді ремісії, що знаходилися на лікуванні в нефрологічному відділенні Сумської обласної дитячої клінічної лікарні. Вік дітей складав від 2 до 17 років. До групи порівняння увійшли 30 дітей без патології нирок. Матеріалом для дослідження була периферійна венозна кров дітей з пієлонефритом та сеча. Досліджували ранкову порцію сечі, яку збирали о 8-10 годині ранку.

Активність ЛДГ досліджували кінетичним методом за швидкістю зниження оптичної щільності NADH_2 при довжині хвилі 340 нм та температурі 37°C на напівавтоматичному фотометрі з використанням наборів реактивів фірми "Ольвекс".

Активність ЛДГ в сироватці здорових дітей знаходилася в межах нормативних показників ($308,29 \pm 10,84$ Од/л). Встановлено, що у дітей з гострим пієлонефритом концентрація ЛДГ у сироватці крові зростала майже в 4,5 рази. В період загострення хронічного пієлонефриту спостерігали збільшення концентрації ЛДГ у 2,6 рази відносно здорових дітей. Ремісія хронічного пієлонефриту характеризувалася нормалізацією рівня ЛДГ в сироватці. Вміст зазначеного ензиму в періоді ремісії не відрізнявся від значення, властивого групі порівняння.

У дітей групи порівняння невисокий вміст ЛДГ в сечі ($2,59 \pm 0,71$ Од/л) обумовлений не повною реабсорбцією його білкових компонентів в каналцях нирок. Активність ЛДГ у пацієнтів з гострим ПН була майже в 5 разів вищою, ніж у здорових дітей. При цьому коливання вмісту ЛДГ в сечі у хворих на гострий пієлонефрит складали від 3,2 до 25,6 Од/л. Показник активності ЛДГ у сечі при загостренні хронічного пієлонефриту був таким же, як у пацієнтів з гострим ПН. Ремісія пієлонефриту супроводжується нормалізацією рівня ЛДГ у сечі.

Зростання активності ензиму при ПН ілюструє наявність значних порушень енергетичного метаболізму у даної групи пацієнтів. Гіпоксичне ушкодження нирки і енергетичний дисбаланс, можливо, відіграють не менш важливу роль в патогенезі пієлонефриту, ніж безпосередня дія інфекційного чинника. Зазначені порушення максимально виражені при гострому пієлонефриті, ілюстрацією чого є найвищий рівень ЛДГ у цієї групи пацієнтів.

РОБОТА ПО ПОКРАЩЕННЮ СПІВПРАЦІ ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ СОДКЛ З МЕРЕЖЕЮ ОБЛАСТІ

*Малюта Л.О.**

Науковий керівник – доц. М.П. Загородній

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

**Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Важлива роль в медичному забезпеченні дітей області надається стаціонарній допомозі. Враховуючі недостатні можливості в обстеженні та лікуванні дітей у відділеннях ЦРЛ, більшість хворих з важкою та середньої важкості патологією направляється на лікування до Сумської обласної дитячої клінічної лікарні (СОДКЛ). Мережа області має вимоги по направленню хворих на стаціонарне лікування в наш заклад.

Щороку через приймальне відділення у відділення СОДКЛ госпіталізується більше 12 тис. хворих, з яких більше третини потребує екстреної допомоги. Більш 10% хворих направляється на лікування лікарями центральних районних лікарень, міських дитячих лікарень (Сумською та Шосткінською), та станціями швидкої медичної допомоги.

У випадках наявності дефектів у лікуванні хворих за місцем мешкання, лікарями приймального відділення лікарні направляються листи до районів, в яких звертається увага на дефекти, та висвітлюються їх причини. Тільки за 2008р. таких інформацій було направлено 31. Не дивлячись на те, що практично всі хворі направлялися на госпіталізацію лікарями, в більшості випадків ними не діагностується супутня патологія у вигляді педикульозу (щорічно більше 200 хворих), та корости (до 20 випадків щороку).

Крім того, в вечірній та нічний час черговими лікарями консультуються хворі, які самостійно звернулись за медичною допомогою. Це в основному діти – мешканці м. Суми та близько розташованих районів (Краснопільський, Білопільський, Сумський, Лебединський). Таких хворих щорічно звертається близько 1200, в основному до ургентних хірургів та педіатрів (з приводу гострого болю в животі – 29%, гіпертермічного синдрому – 25%, гострого алергозу – 25%).

Результати аналізу роботи приймального відділення щорічно доповідаються на днях педіатра області та при виїзді лікарів - кураторів до районів. Це дає можливість зменшувати кількість помилок лікарів первинної ланки та підвищувати кваліфікацію по наданню невідкладної допомоги лікарям, що стажуються на робочих місцях у відділеннях СОДКЛ.

СИНДРОМ ЦИТОЛІЗУ НЕФРОТЕЛІО ПРІ ПІСЛОНЕФРИТІ У ДІТЕЙ

Маркевич В.Е., Лобода А.М., Лата Я.О., Грибова І.В., студ. 4-го курсу

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Топічне визначення вогнища інфекції та з'ясування інтенсивності запального процесу в нирках набуває особливого значення при виборі тактики ведення пацієнтів. Одним з актуальних методів сучасної лабораторної діагностики ураження нирок є визначення рівня органоспецифічних ферментів в біологічних рідинах. При патології нирок найбільш чутливими вважаються ензими, які локалізуються у внутрішньоклітинних органелах, зокрема, γ -глутамілтранспептидаза (ГГТП).

Мета роботи – дослідити вміст γ -глутамілтранспептидази в сироватці крові та сечі дітей, хворих на пієлонефрит.

Активність ГГТП визначали уніфікованим методом за „кінцевою точкою” за швидкістю утворення 5-аміно-2-нітробензоату при довжині хвилі 405 нм та температурі 37°C на напівавтоматичному фотометрі з використанням наборів реактивів фірми “Ольвекс”.

Обстежено 60 дітей з гострим ПН, 30 пацієнтів з хронічним ПН в періоді загострення та 15 - з хронічним ПН в періоді ремісії, що знаходилися на лікуванні в нефрологічному відділенні Сумської обласної дитячої клінічної лікарні. Вік дітей складав від 2 до 17 років. До групи порівняння увійшли 30 дітей, що не мали клінічних чи лабораторних ознак патології нирок.

Встановлено, що у обстежених дітей групи порівняння показник ГГТП в сироватці крові не відрізнявся від референтного рівня (0-23 нмоль/(сек*л)). Гострий ПН супроводжувався значним зростанням концентрації ГГТП в сироватці крові. Активність ензиму у обстежених дітей зростала більше, ніж в 20 разів ($p < 0,001$) та була максимальною відносно всіх інших обстежених груп дітей. Для загострення хронічного ПН властивим є високий вміст ГГТП в сироватці крові (більше, ніж в 10 разів вищий від показника у здорових дітей), але все ж нижчий від рівня у дітей з гострим ПН. Для ремісії хронічного ПН властиве достовірне зниження ферментемії. Рівень ГГТП у стадії ремісії перевищував відповідне значення в групі порівняння більше, ніж у 6 разів, хоча і був значно нижчим від показника у разі загострення.

Виявлено, що гострий пієлонефрит супроводжується достовірним підвищенням рівня ГГТП в сечі ($p < 0,001$). Активність ГГТП у пацієнтів з гострим ПН була майже в 3,2 рази вищою, ніж у дітей групи порівняння. При загостренні хронічного ПН у всіх обстежених пацієнтів було знайдено високий рівень ГГТП, який був достовірно вищим ($p < 0,001$) від відповідного показника у осіб з гострим ПН та у здорових дітей. Концентрація ГГТП в сечі при загостренні ПН більш, ніж в 3 рази була вищою від вмісту даного ензиму при гострому перебігу захворювання, та майже в 9 разів перевищувала активність у здорових дітей. З'ясовано, що в період ремісії хронічного ПН виділення ГГТП з сечею зменшується в 2 рази, досягаючи значення $67,5 \pm 5,9$ нмоль/(сек*л). Але вказане значення все ж достовірно перевищує ($p < 0,001$) показники, характерні для дітей з гострим ПН та рівень групи порівняння.

Отже, висока концентрація ГГТП є властивою для дітей з усіма варіантами перебігу захворювання, досягаючи максимальних значень при гострому пієлонефриті. Значна ферментемія та ферментурія пов'язана із високою швидкістю вивільнення ензимів з клітин ниркових каналців внаслідок ушкодження клітинної мембрани на тлі запалення, ішемії, дистопії чи некрозу. Зважаючи на цитозольну локалізацію ферменту, лише значна деструкція мембрани або загибель клітини буде призводити до зростання його концентрації. Таким чином, визначення активності даного ензиму може характеризувати ступінь вираженості синдрому цитолізу нефротеліо у пацієнтів із патологією нирок. Синдром цитолізу найбільш властивий для гострого пієлонефриту або загострення хронічного. Ремісія захворювання супроводжується зменшенням його вираженості.

ПРОБЛЕМИ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ

Маркевич В.Е., Загородній М.П.

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Динамічне спостереження за станом здоров'я дитячого населення України свідчить про його суттєве погіршення. За даними ряду авторів загальна дитяча захворюваність зросла майже на 50%. В Україні склалася вкрай несприятлива екологічна ситуація. Кількість забруднень, що припадає на 1 кв. км в Україні в 6,5 разів вища, ніж в США, в 3,2 вища, ніж в країнах Європи. Все це вимагає від педіатрів додаткового навантаження, високого професіоналізму.

Для підвищення кваліфікації лікарів-педіатрів на базі кафедри педіатрії з курсом медичної генетики проводяться цикли тематичного удосконалення (ТУ) з актуальних питань педіатрії, а з 2009 року вперше проведено і передатестаційний цикл (ПАЦ) у відповідності з програмою МОЗ України. При проведенні лекційних, семінарських та практичних занять викладачами враховувалися показники діяльності закладів охорони здоров'я області, задачі, що стоять перед медичними працівниками з покращання медичного забезпечення дитячого населення. Під час курсів (ТУ та ПАЦ) проведені зустрічі курсантів з усіма обласними дитячими фахівцями, на яких висвітлювалися основні проблеми служб області та розглядалися шляхи їх вирішення. З урахуванням недостатнього забезпечення лікарів підручниками, монографіями та періодичними виданнями, всім курсантам вони були видані безкоштовно (за рахунок обласного осередку асоціації педіатрів України) в електронному вигляді.

Нами проведено анонімне анкетування 118 сумських лікарів-педіатрів. При цьому встановлено, що не мають передплати періодичних медичних видань 40,5% респондентів. Більше одного видання передплачують 52,7% лікарів (в основному за рахунок фармпредставників). Встановлена різниця в кількості передплат у лікарів міських та обласних закладів (в обласних закладах передплату мають 86,9%), а кожен третій лікар передплачує більше трьох видань). Кожен шостий лікар міста Суми в своїй роботі не користується можливостями Інтернету (в міських закладах цей показник на 28,6%). Тривожить той факт, що майже в кожного п'ятого-шостого педіатра немає жодного

підручника дитячих хвороб, які вийшли з друку в останні 10 років. Майже 80% лікарів хотіли б мати підручники дитячих хвороб в електронному вигляді (над вирішенням цієї проблеми зараз працює Сумський осередок асоціації педіатрів України). Непокоїть також той факт, що стандарти (протоколи) обстеження та лікування дитячих хвороб в роздрукованому вигляді мають лише від 58,7% до 74,3% працюючих педіатрів м. Суми. При цьому не відвідують обласну чи лікарняну медичну бібліотеку від 19,6 до 51,3% респондентів.

Проведене вивчення стану підвищення кваліфікації лікарів свідчить про незадовільне вирішення цієї проблеми як на рівні МОЗ України, так і на місцевому рівні. Більшість лікарняних бібліотек мають мало періодичних медичних видань і практично не купують нові медичні посібники, підручники та монографії. У лікувальних закладах рідко проводяться огляди нових медичних видань. На думку більшості лікарів-педіатрів, нову інформацію з питань діагностики та лікування хвороб вони одержують на курсах удосконалення та від медичних представників фармацевтичних фірм. Багато лікарів-практиків ніколи в своєму житті не були на обласних семінарах чи конференціях, де присутні лише організатори охорони здоров'я.

ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ СУМСКОЙ ОБЛАСТИ

Люлько Н.В.

Сумская областная детская клиническая больница

Заболевания органов дыхания всегда занимали одно из ведущих мест в структуре заболеваемости детского населения, поэтому пульмонологическое отделение было создано одним из первых в Сумской областной детской больнице (СОДКБ).

В отделении в течение 20 лет оказывается специализированная помощь детям с различной патологией органов дыхания: бронхитами, пневмониями, врождёнными пороками развития органов дыхания, муковисцидозом, бронхиальной астмой и многими другими заболеваниями.

В больнице существует необходимый комплекс диагностических и лечебных мероприятий для оказания помощи детям с патологией органов дыхания – рентгенография, ингаляционная терапия, эндоскопия, а именно – поднаркозная жёсткая и фибробронхоскопия, широкий комплекс физиотерапии: спелеотерапия, МРТ - терапия, иглорефлексотерапия, электро-, светолечение и многое другое.

Одним из достижений пульмонологии области является:

- снижение показателя младенческой смертности от заболеваний органов дыхания: в 1990 г. составлял 1,5, в 2006г. – 0,02, а в 2007г. случаев младенческой смертности не было;
- снижение распространённости хронического бронхита: в 1989 году составляла 5,14, а в 2007г. 2,42 на тысячу детского населения;

Показатель детской инвалидности от патологии органов дыхания – в 1990 г. 0,15, а за 2007г. 0,58 (по Украине этот показатель – 0,7), что может свидетельствовать о том, что ранее, в начале существования службы, в области была низкая выявляемость заболеваний, соответственно, и низкая инвалидность.

Пульмонологи СОДКБ дважды в год посещают все районы области для оказания консультативной помощи детям районов, что способствует более ранней диагностики заболеваний у детей, а соответственно, раннему взятию на учёт, разработке комплекса мероприятий и предотвращению инвалидизации детей.

Докторами отделения постоянно разрабатывается план внедрения новых методик диагностики и лечения детей, что способствует оптимизации процесса оказания пульмонологической помощи детям области. Так, с 2005 года внедрена небулайзерная терапия детей, что способствовало сокращению инфузионной терапии в 3 раза. На базе отделения детей с бронхиальной астмой и другими обструктивными заболеваниями лёгких обучают различным способам ингаляционной терапии, пикфлоуметрии для контроля астмы и предотвращения обструкции.

Пульмонологи области тесно сотрудничают с республиканскими клиниками.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКАСАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

*Люлько Н.В.**

Научный руководитель - доц. А.М. Лобода

СумГУ, кафедра педиатрии с курсом мед. генетики

**Сумская областная детская клиническая больница*

При лечении острой и хронической патологии органов дыхания важное место занимают антибактериальные препараты. Одним из эффективных способов лечения является эндобронхиальный или ингаляционный путь введения.

На базе пульмонологического отделения в течение 6 месяцев у детей с хроническим и рецидивирующим бронхитом, врождёнными пороками развития органов дыхания в качестве дополнения к основной терапии использовался антисептик декасан.

За указанный период из 225 детей, пролеченных на пульмонологической койке у 44,4% детей (100 человек) использовался раствор декасана в виде ингаляций через небулайзер, ультразвуковой ингалятор а также для лаважа трахеобронхиального дерева при санационных бронхоскопиях. При этом у 30% детей антибактериальные препараты удалось не использовать, как оральные, так и парентеральные.

У детей со слизисто – гнойным бронхитом отмечалась санация мокроты на 3 сутки, а при тяжёлых гнойных эндобронхитах – на 4- 5 санационную бронхоскопию. У 83% больных срок лечения сократился на 1,3 койко – дня.

Таким образом, это даёт основание рекомендовать использовать декасан в протокольном лечении детей с патологией органов дыхания.

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Маркевич В.Е., Зайцев І.Е., Стребко А.І., студ. 4-го курсу
СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Проаналізовано надання спеціалізованої допомоги новонародженим, які страждають вродженими вадами серця (ВВС), і організація взаємодії дитячих кардіологів області з кардіохірургами Київських центрів. У відділенні патології новонароджених, виходжування недоношених та реанімації Сумської обласної дитячої клінічної лікарні за 5 років проліковано 238 дітей з ВВС. Питома вага дітей з ВПС в структурі патології відділення складає в середньому за 5 років 7,5%. Середньорічна летальність у відділенні – 0,82%, від ВВС – 0,46 %. Аналіз медичної документації дітей з різною патологією показує, що діти з ВВС складають основний контингент таких направлень - 52,2%.

За останніх 10 років у відділеннях обласної дитячої лікарні померли внаслідок гемодинамічних порушень 44 дитини з ВВС. При цьому 30 дітей було госпіталізовано в стаціонар на першому місяці життя, 25 дітей померли у віці до 28 днів. Причинами летальних результатів дітей з ВВС на першому році життя були: нашарування гострих інфекційних захворювань (23%), наявність генералізованих внутрішньоутробних інфекцій, важких перинатальних уражень головного мозку і інших вад розвитку (10%), прогностично несприятливі і некурабельні ВВС (42%), нетранспортабельний стан дитини (13%), післяопераційні ускладнення (8%), довге узгодження переводу в кардіохірургічний центр (2%), відмова батьків від поїздки до центру (2%).

Надання реальної допомоги новонародженим з ВВС в пологових відділеннях стало можливим лише при напрацюванні досвіду топічної діагностики інструментальними методами і при тісній кооперації між установами міста і області в питаннях швидкої діагностики. У останні 3 роки відчувається істотне поліпшення термінової консультативної і методичної допомоги дитячим кардіологам області з боку співробітників СОДКЛ. Така співпраця дозволила почати впровадження протоколів посиндромної терапії новонароджених дітей з ВВС (зокрема, використання методів медикаментозної терапії при дуктус-залежних ВВС), відпрацювати схеми оцінки важкості стану і питання транспортування хворих. Велику роль в поліпшенні взаємодії зіграла і участь провідних фахівців кардіохірургічних центрів країни.

Важкими для педіатрів залишаються питання ведення і направлення на оперативне лікування хворих ВВС з супутніми соматичними і інфекційними захворюваннями (ВУІ), іншими аномаліями розвитку. В області до цих пір не створена дієва система допологової діагностики ВВС. Є великі проблеми діагностики і лікувальної тактики у дітей з ВВС у віддалених районах області.

На наш погляд, проблемами, які вимагають спільного вирішення кардіологами області і фахівцями - кардіохірургами, є:

Підвищення кваліфікації фахівців і забезпечення сучасною діагностичною апаратурою, створення системи антенатальної діагностики ВВС, що може бути вирішене шляхом підготовки фахівців функціональної діагностики і дитячих кардіологів на базі кардіохірургічних центрів.

Розробка критеріїв і протоколів обстеження, передопераційної підготовки і напрям на оперативне лікування хворих ВВС з супутніми соматичними і інфекційними захворюваннями, іншими аномаліями розвитку. Можливим варіантом вирішення проблеми могло б стати обстеження і підготовка дитини до операції у відділенні реанімації новонароджених СОДКЛ. Визначення транспортабельності і умов транспортування дітей з критичними станами з регіону в кардіохірургічний центр. Для цього необхідне дослідження можливостей транспортування дитини з обласної лікарні до Києва фахівцями кардіохірургічного центру.

Для комфортнішого психологічного настрою батьків хворої дитини доцільно розробити для них спеціальну пам'ятку про умови і правила перебування дитини і матери у відділенні кардіохірургії, з якою їх можна було б знайомити перед поїздкою в центр.

Становлення єдиної системи надання допомоги новонародженим з ВВС, які знаходяться в критичному стані, вимагає спільних зусиль дитячих кардіологів, акушерів, неонатологів і кардіохірургів.

ОЦІНКА СІРОШКАЛЬНОГО ЗОБРАЖЕННЯ ТА ВНУТРІШНЬОНИРКОВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ НИРОК У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ВАЖКОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ НА ФОНІ ГОСТРОЇ ТА ПОЄДНОАНОЇ ГІПОКСІЇ

*Марков А.М., Облазницький В.М.
Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Останніми роками збільшується кількість немовлят із ураженням нервової системи. Одним із головних чинників ураження центральної нервової системи є гіпоксія, що призводить до гіпоксично-ішемічних уражень центральної нервової системи (ГІУ ЦНС), за даними літератури вона становить 7-8 на 1000 новонароджених. Ушкодження виникають не тільки в нервовій системі, а і в інших життєво важливих органах.

Метою нашої роботи стало комплексне вивчення сонографічних параметрів нирок у немовлят, що перенесли ante- та інтранатальну гіпоксію.

Проведено аналіз даних обстеження 28 доношених дітей перших тижнів життя із важкою ступеню ПГІУ ЦНС, які знаходились в відділенні реанімації, а також 20 дітей без ознак ПГІУ ЦНС становили контрольну групу.

Були проведені комплексні ультразвукові обстеження нирок, з аналізом кровообігу в режимах кольорового, енергетичного та спектрального Допплера. Дослідження проводились на апараті Enviser HD (Philips, США) із залученням широкополосних конвексного 2-5 МГц та секторного 3-8 МГц датчиків. Були проведені морфометричні показники лівої та правої нирок, ехогенність паренхіми, розміри чашечно - мискової системи, гістограма паренхіми

обох нирок. Оцінка кількісних характеристик ниркового кровообігу містила наступні показники: максимальну систолічну швидкість кровотоку (V_{max}), мінімальну діастолічну швидкість кровотоку (V_{min}), середню швидкість (V_{mean}), індекс резистентності (RI), пульсаційний індекс (PI). Кількісні показники знімалися на рівні екстаренальних судин (ЕС) (головної ниркової артерії, у трьох сегментарних), та в паренхіматозних судинах (ПС) (трьох часткових та трьох дугових артерій) у лівій та правій нирках. Всім дітям була проведена оцінка показників центральної гемодинаміки: серцевий викид, фракція викиду, фракція скорочення, хвилинний об'єм кровообігу, вимірювався артеріальний тиск.

Встановлено, що у дітей з перенесеним гіпоксичним ураженням, показники систолічної та середньої швидкості значно зменшені при порівнянні із здоровими. Одержані дані показують достовірне зниження V_{max} на рівні екстаренальних судин та підвищення V_{max} на рівні дугових судин порівняно з контрольною групою в перші дні життя. В цей же час RI та PI на рівні екстаренальних судин також достовірно зниженні у дітей з ПГІУ ЦНС, але достовірно підвищені на рівні дугових судин. В динаміці наприкінці першого місяця життя у дітей з ПГІУ ЦНС усі показники не відрізняються від контрольної групи. Гіпоксія викликає брадикардію та системну гіпотензію у новонароджених. Була виявлена залежність між підвищенням ехогенності кіркового шару паренхіми від ступеню порушення внутрішньониркової гемодинаміки. Ці показники також позитивно корелювали із ступінню важкості основної хвороби. Але відсутність строгої кореляції між сірошкальним зображенням та показниками інтраенальної гемодинаміки не можуть використовуватись як прогностична ознака.

ОСОБЛИВОСТІ РЕНАЛЬНОГО КРОВООБІГУ У НЕМОВЛЯТ З ОЗНАКАМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО УШКОДЖЕННЯ ЦНС

*Марков А.М., Облазницький В.М.
Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

В останній час ультразвукове дослідження займає перше місце за застосуванням в клініці, навіть випередило за частотою лабораторні методи діагностики. Поряд із лабораторними методами, одним з найбільш перспективних методів діагностики та прогнозування перебігу захворювання у новонароджених дітей є сонографія. Поява сучасних ультразвукових апаратів надає можливість вивчати ренальний кровотік та більш ретельно оцінити важкість ураження ниркової паренхіми.

Метою нашої роботи стало вивчення динаміки ренального кровотоку у немовлят із перинатальним гіпоксично - ішемічним ураженням ЦНС (ПГІУ ЦНС).

До аналізу залучені дані обстеження 60 доношених дітей перших тижнів життя із різними ступенями ПГІУ ЦНС, 40 дітей без ознак ПГІУ ЦНС становили контрольну групу.

Були проведені комплексні ультразвукові обстеження нирок з аналізом кровообігу в режимах кольорового, енергетичного та спектрального Допплера. Дослідження проводились на апараті Enviser HD (Philips, США), із залученням широкополосних конвексного 2-5 МГц та секторного 3-8 МГц датчиків. Оцінка кількісних характеристик ниркового кровообігу містила наступні показники: максимальну систолічну швидкість кровотоку (V_{max}), мінімальну діастолічну швидкість кровотоку (V_{min}), середню швидкість (V_{mean}), індекс резистентності (RI), пульсаційний індекс (PI). Кількісні показники знімалися на рівні екстаренальних судин (ЕС) (головної ниркової артерії, у трьох сегментарних), та в паренхіматозних судинах (ПС) (трьох часткових та трьох дугових артерій) у лівій та правій нирках.

Отримані результати оброблені методами варіаційної статистики, із підрахунком середнього значення показника та помилки середнього. Достовірність оцінювалась із врахуванням критерію Ст'юдента ($p < 0,05$). Проводився кореляційний аналіз з залученням множинних кореляцій, в тому числі з виключенням впливання окремих показників один на одного.

Одержані дані показують достовірне зниження V_{max} на рівні ЕС та підвищення V_{max} на рівні дугових судин порівняно з контрольною групою в перші дні життя. В цей же час, RI та PI на рівні ЕС також достовірно зниженні у дітей з ПГІУ ЦНС, але достовірно підвищені на рівні дугових судин. V_{mean} не відрізняється на рівні ЕС, але достовірно збільшена на рівні ПС. В динаміці, наприкінці першого місяця життя, у дітей з ПГІУ ЦНС усі показники не відрізняються від контрольної групи. Характерно, що в динаміці збільшення V_{mean} у контрольній групі відбувається за рахунок зменшення RI та збільшення V_{min} , у дітей з ПГІУ ЦНС V_{mean} збільшується в певній мірі за рахунок збільшення V_{max} .

Рівень кровообігу на рівні дугових судин і відповідно в капілярному руслі не зменшується на висоті патологічних змін у загальному стані. За непрямыми ознаками, об'ємний кровообіг навіть зростає, що говорить про відносну напругу в мікроциркуляції нирок. Особливістю дітей при середньому ступені ПГІУ ЦНС є більші абсолютні показники кровообігу та відносно менші показники судинного опору.

СОСТОЯНИЕ РЕНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

*Попов С.В.
СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии*

Разнообразная патология, возникающая в неонатальный период, характеризуется системным поражением и вызывает нарушение функции ряда органов. Последнее отягощает течение основного заболевания, осложняя прогноз относительно жизни и здоровья. Необходимая интенсивная терапия новорожденного в критическом состоянии может включать в себя протезирование функции органов дыхания – проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Бесспорный положительный эффект ИВЛ сопровождается рядом менее значимых отрицательных. В числе последних – нарушение кровообращения ряда органов вследствие ухудшения венозного возврата.

Одним из наиболее часто поражаемых органов при разнообразной патологии новорожденных является мочевыделительная система (МВС). Несмотря на необходимость четкого представления о частоте повреждения МВС у детей неонатального периода до настоящего времени получаемые данные противоречивы. В частности, при гипоксическом поражении признаки вовлечения МВС в патологический процесс диагностируются у 80% младенцев. В то же время, другие авторы сообщают в целом о низкой частоте развития почечной недостаточности у новорожденных.

Целью исследования было изучение особенностей нарушения ренальной функции у доношенных новорожденных с гипоксически-ишемическим поражением центральной нервной системы тяжелой степени и детей контрольной группы. Всего было изучено 159 детей в течение неонатального периода. В целом признаки острой почечной недостаточности были выявлены у 39,5% новорожденных по превышению уровня креатинина выше нормативных значений, из них у 77,5% выявлен олигоурический тип преренальной ОПН, у 22,4% – моноолигоурический.

ОСОБЛИВОСТІ ПОСТНАТАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Мороз Т.Д., Турова Л.О.*

Науковий керівник – доц. І.В. Тарасова

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

**Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Проблема невиношування залишається актуальною, насамперед у зв'язку зі значним впливом її на рівень перинатальних втрат і захворюваності дітей раннього віку. Питома вага недоношених новонароджених у структурі неонатальної смертності в даний час складає 60-70%. У той же час рівень невиношування в Україні залишається високим і в ряді регіонів простежується виражена тенденція до його підвищення. Багато авторів пов'язують таке положення з погіршенням екологічного стану довкілля і соціально-економічних умов праці та побуту вагітних.

Метою роботи було визначити особливості клінічного перебігу та адаптаційні можливості неонатального періоду у недоношених дітей.

В результаті проведеного аналізу за 2006-2007 роки у ВННД встановлено, що збільшився відсоток народження дітей з вагою до 1000г. - 2007р. - 2,1%, за 2006р. - 1,2%, а також вагою 1001-1500г. – 2007р.- 8,8%, за 2006р.- 4,3%. Відсоток дітей з перинатальним ураженням ЦНС залишається високим-2007р. - 65,5%, 2006р. - 69,5% і займає перше місце в структурі захворюваності. На другому місці – внутрішньоутробна інфекція, як основне захворювання ВУІ в 2007 р. - 6,1%, але як супутня патологія ВУІ становила 13,7%. За матеріалами різних авторів, від 38% до 65% у померлих новонароджених інфекційна патологія була основною причиною смерті. Перинатальні інфекції та їх наслідки створюють серйозні соціально-економічні проблеми, тому, що в багатьох випадках діти, що їх перенесли, потребують медичної та соціальної допомоги протягом усього життя.

На третьому місці діти з кон'югаційною жовтяницею – у 2007р.-5,9% від усієї структури захворюваності, а як супутня патологія – 33,3%. За останні два роки відмічається ріст цього показника (у 2006р. – 4,8%, як супутня патологія – 31,2%).

Аналізуючи репродуктивний анамнез матерів, ми відмітили, що найбільш значущі фактори ризику розвитку невиношування такі: обтяжений акушерський анамнез (аборти, загроза переривання вагітності, ХФПН, анемія вагітних, кольпіт, гестози, ГРВІ під час вагітності, паління до та під час вагітності). У більшості матерів пологи ускладнилися передчасним відтіканням навколоплодової рідини, слабкістю або дискоординацією пологової діяльності.

Отже, недоношена вагітність є суттєвим фактором ризику порушення постнатальної адаптації новонародженого, що найчастіше проявляється неврологічною симптоматикою, внутрішньоутробною інфекцією та гіпербілірубінемією внаслідок незрілості ферментних систем та порушення гемостазу.

ПОРУШЕННЯ СЛУХУ У ДІТЕЙ

Лазаренко І.О., Моторна Ю.С., студ. 6-го курсу*

Науковий керівник – доц. М.П. Загородній

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

**Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Глухота та глухуватість у дітей є актуальною проблемою сучасної медицини. Кількість дітей в області з порушеннями слуху протягом ряду років не зменшується. В області мешкає 480 дітей зі стійкою втратою слуху різного ступеня тяжкості.

Метою нашого дослідження було встановлення особливостей порушення слуху у дітей в залежності від мешкання та особливості їх розвитку.

На основі аналізу медичної документації дітей з порушеннями слуху, що спостерігаються в обласній дитячій клінічній лікарні (СОДКЛ), встановлено, що 162 дітей знаходяться в Лебединській спецшколі-інтернаті, Косовщинській школі-інтернаті та дошкільному закладі №21 м. Суми. Основна ж кількість дітей проходить навчання в загальноосвітніх школах та дитячих дошкільних закладах. В 2 рази вище від середньообласного показника розповсюдження вад слуху у Сумах, Лебединському, Недригайлівському, Краснопільському районах. Значно нижче показник в районах, де тривалий час немає ЛОР-спеціалістів (С.Будський, Ямпільський райони).

Відмічено, що здорові однолітки до дітей з порушеннями слуху частіше всього відносяться поблажливо. Рейтинг дітей з порушеннями слуху, як потенційних друзів, серед однолітків дуже низький. Відповідно самооцінка таких дітей набагато нижча, ніж у дітей без порушення слуху. Однокласники при спілкуванні з такими дітьми використовують надумані жести та пантоміму. Відповідно повноцінне соціальне життя таких дітей у колективі майже неможливе і діти практично знаходяться в ізоляції. При аналізі медичної документації нами встановлено також, що у дітей з порушеннями слуху наявне мовне недорозвинення, бідність словникового запасу, труднощі в усвідомленні прочитаного. Особливі труднощі відмічені у дітей молодших класів. Відмічено, що ефективність роботи логопеда з такими дітьми в області з роками тільки погіршується (скорочуються ставки в ЦРЛ, а там де лишаються – спеціалісти не працюють із дітьми з порушеннями слуху).

Проблема роботи з дітьми, які мають порушення слуху та навчаються в загальноосвітніх школах, не вирішена. Педагоги не мають необхідної підготовки по роботі з такими дітьми. Це питання потребує вирішення на рівні держави.

МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ІМУНОДЕФЦИТУ У ДІТЕЙ

*Загородній М.П., Нікітенко Л.К.**

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

**Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Відомо, що імунодефіцитні стани не так рідко зустрічаються, як вважає багато спеціалістів. Не дивлячись на постійне удосконалення методів імунологічної діагностики, більше, ніж в 70% хворих з імунодефіцитом в первинних ланках, діагноз встановити не вдалося (Охотнікова Є.Н. та співав., 2009). Уже описано більше 80 форм первинних імунодефіцитних станів, частота яких досягає від 1 випадку на 1000 до 1 на 5 млн. населення залежно від форми. Діагноз імунодефіцитних станів можна підтвердити лише після спеціального імунологічного, генетичного та молекулярного методів дослідження. Причому, це потрібно зробити якомога раніше, що дасть можливість попередити важкі незворотні наслідки патології.

Задачею нашого дослідження було встановити чи покращилися можливості діагностики імунодефіциту у дітей за останні 10 років. Для цього використовувалися звіти імунологічної лабораторії обласної дитячої клінічної лікарні.

Імунологічна лабораторія на базі обласної дитячої клінічної лікарні функціонує більше 15 років. На момент створення вона вважалася однією з кращих в Україні. Ще 10 років тому можливості проводити обстеження хворих для виявлення порушень як клітинної ланки, так і гуморальних факторів захисту (імуноглобуліни, інтерферони, комплемент, циркулюючі імунокомплекси). Причому імунокомпетентні клітини визначалися моноклональним методом, імуноглобуліни – ІФА. В лабораторії працювали висококваліфіковані спеціалісти, що мали змогу стажування в лабораторіях Києва. Організаційну допомогу в створенні лабораторії лікарні надавав головний імунолог МОЗ України Дранник Г.М. та головний дитячий імунолог МОЗ України Чернишова Л.І. Консультативний прийом в поліклініці здійснювали імунологи, які мали спеціальну підготовку в кращих центрах України. Була налагоджена тісна співпраця з кафедрою мікробіології з курсом імунології медичного факультету СумДУ та імунологічними центрами Києва. Тричі на базі обласної дитячої клінічної лікарні організовувалися виїзні курси з питань імунології для педіатрів та лікарів інших спеціальностей. Це дало можливість постійно підвищувати кваліфікацію лікарів області з питань імунології.

Нами встановлено, що за останні 10 років можливості лабораторної діагностики імунологічної патології у дітей майже не погіршилися. Із імунологічних досліджень стали недоступними лише визначення рівня фракцій комплементу. Ще продовжується визначення у частини хворих фракцій імуноглобулінів методом Манчіні, хоча більше половини досліджень проводиться з використанням ІФА. Кількість аналізів по встановленню рівня імунокомпетентних клітин практично не зменшилася. Як позитивний момент, необхідно відмітити, що відсоток обстежених амбулаторних хворих по деяких дослідженнях перевищує госпіталізованих у відділення лікарні.

Разом з тим, робота по підвищенню кваліфікації лікарів з питань імунології дещо знизилася. Не налагоджена співпраця з приватними лабораторіями, які могли б впровадити сучасні досягнення в імунологічні обстеження, самі ж приватні лабораторії не наважуються це робити.

Таким чином, наявні лабораторні можливості не завжди дозволяють проводити сучасні обстеження хворих з імунодефіцитом, що веде до додаткових затрат системи охорони здоров'я на лікування хворих, погіршується якість життя таких пацієнтів та їх інвалідизація. Без впровадження сучасних імунологічних досліджень вирішити проблеми імунодефіцитів у дітей вкрай важко або і неможливо.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРОДУКЦИИ СЕРИИ «БИОТРОФ» В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Одинец Л.А., Бабичева А.А.

Сумская областная детская клиническая больница

«Биотроф» – это натуральный препарат. Он содержит естественные природные вещества, активно воздействующие на причины и механизмы, вызывающие у человека состояние болезни.

Получают продукт из тканей молодых телят (печени, селезенки, миокарда, почек, тимуса и др.). В результате магнитно-лазерной обработки тонкого гомогената тканей максимально сохраняются природные компоненты, усиливается активность ферментов, регулирующих проницаемость мембран и доступность для клетки биологически активных веществ и лекарств. В состав «Биотрофа» входит натуральный консервант – мед.

Проведена оцінка використання препарату «Біотроф» у 19 дітей з діагнозом нейроциркуляторна дистонія по гіпертонічному типу. У 55% хворих препарат призначався в формі електрофорезу на воротникову зону, у 45% - перорально. У ¼ дітей використовувалися додатково антигіпертензивні засоби.

У всіх дітей відзначалася позитивна динаміка (зменшилися скарги на головний біль, нормалізувалося АД, покращилися процеси реполяризації по ЕКГ).

В катанезі у 14 (73,3%) дітей довготривало зберігався позитивний ефект (більше 6 місяців стабільні цифри АД). 1 пацієнт з нейроциркуляторною дистонією по гіпертонічному типу і аутоімунним тиреоїдитом (підтверджений лабораторно - титр АТ к тиреоглобуліну 500 при нормі 100) впродовж 2-х місяців отримав «Біотроф». При повторному обстеженні у даного дитини відзначено зниження титра АТ к тиреоглобуліну до 55.

На основі наших спостережень, препарат «Біотроф» є достатньо ефективним симптоматичним засобом в комплексному лікуванні нейроциркуляторної дистонії по гіпертонічному типу. Препарат зручний в застосуванні, добре переноситься хворими і може бути використаний в педіатричній практиці, як в стаціонарах, так і в амбулаторних умовах.

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ПІДТРИМКИ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ В СУМСЬКІЙ ЦЕНТРАЛЬНІЙ РАЙОННІЙ ЛІКАРНІ

Поцелуєв В.І., Попова Т.В., Турова Л.О.

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Сумська центральна районна лікарня

Здоров'я матері та дитини — золотий фонд нації і обов'язкова умова стабільного розвитку суспільства. Народження дитини в атмосфері любові і щасливого очікування – запорука біологічного, соціального і психоемоційного здоров'я людини у подальшому житті. Грудне вигодовування незамінне для забезпечення повноцінного розвитку і росту дитини. Материнське молоко є ідеальною їжею для немовляти і цілком забезпечує всі потреби в поживних речовинах та енергії дітей перших місяців життя. Організація раціонального харчування дитини протягом всього періоду росту і розвитку є найнеобхіднішою умовою у загальному комплексі заходів щодо підтримки і забезпечення високого рівня здоров'я.

Метою дослідження був аналіз ефективності впровадження Програми підтримки грудного вигодовування в Сумському районі.

Нами проаналізовано стан здоров'я дітей раннього віку при проведенні профілактичних оглядів, а також шляхом анкетування 410 матерів проведений аналіз природного вигодовування за останні три роки.

Результати дослідження показали, що кількість дітей, які знаходяться виключно на грудному вигодовуванні, мала тенденцію до збільшення. Так, у 2007 році в Сумському районі народилося 509 малюків, а у 2009 році - 523. З них на грудному вигодовуванні від 0 до 3 місяців у 2007 році було 114 (24,1%) дітей, а у 2009 році – 123 (24,9%). Отримували грудне вигодовування діти до 6-місячного віку у 2007 році - 343(73,1%), у 2009 році – 360 (73%) дітей. Протягом зазначеного періоду захворюваність дітей першого року життя зменшилася на 8%. Частота інфекційних захворювань зменшилася на 44,8%, хвороб нервової системи на 31,8%, хвороб крові та кровотворення на 22,7%. За результатами анкетування 98,8% матерів пов'язують мотивацію на підтримку грудного вигодовування з профілактичною роботою на етапі перебування у пологовому будинку. В районі активно проводиться робота за Програмою підтримки грудного вигодовування. У всіх ЛПЗ району створено куточки грудного вигодовування, постійно оновлюються санбюлетені, працює «Школа молодих батьків.» В першому кварталі 2009 року проведені заходи серед патронажних медсестер. В листопаді 2009 року відбувся щорічний Всеукраїнський тиждень підтримки грудного вигодовування. Згідно умов програми за даною тематикою розроблено план навчальних семінарів на 2010 рік для медичних працівників.

Таким чином, впровадження Програми підтримки грудного вигодовування в Сумському районі є ефективним, що суттєво поліпшує якість життя дітей першого року.

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПЕДІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ В УМОВАХ ЦРЛ

Поцелуєв В.І., Попова Т.В., Турова Л.О.

Сумська центральна районна лікарня

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Підвищення якості надання медичної допомоги є одним з найважливіших завдань охорони здоров'я, яке головним чином залежить від кваліфікації лікаря та середнього медичного персоналу. Разом з тим, кадрове питання, особливо в сільській місцевості, є болючим і загострюється з кожним роком. Основним елементом поліпшення підготовки кадрових ресурсів є безперервна медична освіта.

Робота лікаря з професійною інформаційною базою вітчизняної і зарубіжної періодичної та монографічної літератури, матеріалів Інтернет - ресурсів повинна бути систематичною. Для організації процесу безперервного навчання медичних працівників передбачені цикли тематичного удосконалення. Часто економічні та побутові проблеми обумовлюють складність проходження навчання на циклах. Тому нашою метою було створення відповідних занять серед медичних працівників Сумського району.

Навчання з лікарями та середнім медичним персоналом проводяться кожного місяця. Вибір теми заняття визначається актуальністю та аналізом роботи педіатричної служби в районі. Навчальний процес направлений, в першу чергу, на виховання кадрового потенціалу та підвищення якості знань у працівників ФАПів. А вже в сільській

місцевості саме фельдшер, акушерка чи медична сестра здійснює патронаж вагітних і дітей, надає медичну допомогу породіллям, проводить диспансерне спостереження за дітьми. Саме тому особлива увага на заняттях приділяється наступним питанням:

- нормативні документи;
- методики оцінки фізичного розвитку та функціонального стану дітей і підлітків;
- методики проведення профілактичних щеплень;
- знання гігієнічних вимог щодо умов утримання дітей, режиму дня та організації навчально-виховного процесу в дитячих закладах.

Акцент зроблено на профілактику захворювань, дотримання здорового способу життя, пропаганду раціонального харчування. Розробляються стратегії, які дозволяють зміцнити та зберегти здоров'я населення.

Як засіб закріплення знань, отриманих під час навчання, та контролю вмій і навичок використовується тестування за розробленими нами питаннями. Результати впровадження системних занять показали, що протягом останніх трьох років, захворюваність дітей першого року життя зменшилась на 8%. Частота інфекційних захворювань знизилася на 44,8%, хвороб нервової системи на 31,8%, хвороб крові та кровотворення на 22,7%. Структура первинної дитячої інвалідності мала щорічну тенденцію до зменшення.

Таким чином, запропонована система підвищення кваліфікації медичного персоналу є ефективною та може бути поширена в інших лікувальних закладах.

ЧИ ПІДВИЩИТЬСЯ ПРЕСТИЖ ПЕДІАТРА?

Рашевська В.А., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – доц. М.П. Загородній

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Забезпеченість практикуючими лікарями в Україні складає 26,5 при середньоєвропейському показнику 35,0 на 10 тисяч населення. Не краща ситуація із забезпеченістю лікарями і в Сумській області (дефіцит лікарів більше 1 тисячі), особливо це стосується загальної педіатричної практики.

На даний момент серед студентів 6 курсу дуже гостро стоїть питання про вибір майбутньої спеціальності, але мало хто хоче стати педіатром. Постає питання – чому?

Метою нашої роботи було встановити основні причини низької престижності професії педіатра та труднощі в їх роботі. Для цього проведено анкетування 120 лікарів-педіатрів Сумської міської клінічної лікарні та обласної дитячої клінічної лікарні, а також проведено анкетування 200 громадян м. Суми, які мають дітей, що обслуговуються педіатрами та лікарями загальної практики.

Серед респондентів майже третина лікарів зі стажем до 10 років, 64% атестованих на кваліфікаційну категорію. Встановлено, що лише 6,7% респондентів задоволені рівнем своєї заробітної плати. В той же час 67,6% лікарів не мають бажання працювати на 1,5 ставки (хоча працюють). На питання, чи люблять свою професію, позитивно відповіли 97,5% лікарів. В той же час, 36,7% опитаних, при можливості, змінили б спеціалізацію. З опитаних тільки один лікар із міської дитячої клінічної лікарні хотів би бачити своїх дітей чи онуків педіатрами.

Серед педіатрів, охоплених анкетуванням, мають дисциплінарні стягнення від своїх адміністрацій кожен четвертий, причому, на їх думку, майже в 70% вони не об'єктивні. Разом з тим, 40,8% опитаних знають випадки, коли адміністрація лікарні захистила лікаря від необгрунтованих претензій пацієнтів. На питання, чи знають лікарі-педіатри випадки, коли б лікаря захистили профспілки від необгрунтованих претензій адміністрації, позитивно відповіли менше 20%.

При анкетуванні дітей батьків встановлено, що не задоволені якістю медичного обслуговування їх дітей майже 20% (практично не різняться педіатри чи сімейні лікарі). Кожній п'ятій дитині, що зверталася до сімейного лікаря, пропонувалася госпіталізація, а серед педіатрів цей відсоток доходив майже до 25%. Ніхто з лікарів-педіатрів чи загальної практики не вимагав додаткової винагороди за свою працю, разом з тим майже 60% респондентів-батьків відповіли, що вони з власної ініціативи пропонують сімейним лікарям солодощі чи гроші. Педіатрам такі пропозиції поступали лише від 2% респондентів.

Встановлені факти свідчать про загрозливі явища в педіатрії. Педіатри не хотіли б, щоб їх злиденну долю повторили діти чи онуки. Криза влади підвищує роль управління на місцях в прийнятті заходів по недопущенню значного погіршення якості надання медичної допомоги дітям та корінної переміни відношення керівників лікувально-профілактичних закладів до лікарів-педіатрів.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ МЛАДЕНЦЕВ

*Редько Е.К., Тресницкая Ю.В., Мороз Т.Д., Атрощенко Е.В. **

СумГУ, кафедра педиатрии с курсом медицинской генетики

**Сумская областная детская клиническая больница*

Мы изучили истории болезни 13 недоношенных детей, родившихся в 2007-2009 гг. в сроках гестации от 29 до 32 недель. Все младенцы лечились и выхаживались в отделении для недоношенных новорожденных СОДКБ. Исследуемые младенцы пережили неонатальный период, и в возрасте 29-40 суток им был выставлен диагноз БЛД. Дети родились в тяжелом и крайне тяжелом состоянии с признаками дистресс-синдрома новорожденных, что требовало применения ИВЛ длительностью от 3 до 9 дней. В периоде новорожденности отмечались тахипноэ, цианоз, кислородозависимость в течение 28 дней и более, стойкие физикальные изменения в легких (ослабление дыхания,

затруднені видиха, сухі свистячі хрипи, вологі мелкопузырчаті хрипи і крепітація). В ранньому неонатальному періоді у дітей на рентгенограмах визначалися ознаки СДР.

Легке течення БЛД спостерігалося у 5 (38%) дітей з досліджуваної групи, середньотяжеле - 5 (38%) випадків, тяжеле - у 3 (23%) малюків. Легке течення характеризувалося відсутністю тахіпнозу в спокої і аускультативних змін у легенях, які з'являлися лише при приєднанні вірусної інфекції (2 випадки з цієї групи). Не відзначалося відставання в фізичному розвитку і ознак легочного серця. Рентгенологічне дослідження грудної клітки виявляло ознаки «умереного здуття легочної тканини». При середньотяжелому теченні тахіпнозу з'являлося при фізичній навантаженні (плач, годування), симптоми обструкції були виражені помірно і наростали при вірусній інфекції (ОРВІ спостерігалося у 3 малюків), у 3 хворих спостерігалися ознаки легочного серця. При рентгенографії грудної клітки відзначалися здуття легочної тканини, ділянки локального пневмосклероза, у 1 малюка - кардіомегалія. Малюки з важким теченням БЛД мали тахіпнозу в спокої, посилюючись при фізичній навантаженні і вірусній інфекції, яку перенесли двоє з цієї групи. Хворі значно відставали в фізичному розвитку, мали виражені аускультативні симптоми обструкції. Ехокардіографія: ознаки легочного серця (легочна гіпертензія, дилатація і гіпертрофія правого шлуночка). При рентгенологічному дослідженні спостерігалося значне здуття легочної тканини, бульби, багаточисельні ділянки пневмосклероза, гіповентиляції, перибронхіальні зміни, кардіомегалія, набуття стовпа легочної артерії. Течення БЛД було хвилястим. При наляганні респіраторної вірусної інфекції значно наростала дихальна недостатність, і в ряду випадків вимагалася інтенсивна терапія або навіть реанімаційні заходи.

Лікування включало проведення оксигенотерапії для підтримання сатурації кисню в межах 94-96%, призначення стероїдних препаратів з метою ліквідації запальних змін у слизовій оболонці дихальних шляхів і бронхолітичних препаратів через небулайзер, а також вітамінів А і Е. В ряду випадків виникала необхідність у використанні сечогонних засобів. Всім дітям проводилося адекватне енергетичне забезпечення, яке досягалося збільшенням калорійності їжі в 1,5 рази і доданням білка до 3,5 г на 1 кг маси малюка. Важливим моментом для сприятливого результату хвороби було співробітництво лікаря і батьків хворого (батьки ведуть щоденник стану малюка, відзначають частоту дихання і частоту серцевих скорочень в сні, а також до і після прийому ліків).

З огляду на досліджувані малюки відомо, що 4 (31%) з них померли: 1 в віці 2,5 місяців (БЛД важкої ступені) при приєднанні пневмонії; 1 - в 3,5 місяців (БЛД важкої ступені); 1 - в 5 місяців (БЛД середньої тяжкості); 1 - в 7 місяців (БЛД важкої ступені). 2 (16%) малюка з досліджуваних 13-ти ще не досягли доцільного віку. За літературними даними, 60% дітей гине на першому році життя, у решти або формуються хронічні бронхолегочні захворювання, або вони одужують.

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНАХ У ШКОЛЯРІВ

Романовська Ю.М.

Науковий керівник – проф. В.Е. Маркевич

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Дефіцит заліза (ДЗ) становить глобальну проблему сучасності для охорони здоров'я усіх країн світу. Близько 2,1 млрд. людей мають прояви ДЗ, серед яких 1,2 млрд. страждають на залізодефіцитну анемію (ЗДА).

Клінічні ознаки залізодефіцитних станів (ЗДС) можуть мати мінімальні прояви, тому досить часто симптоми ЗДС та ЗДА розцінюють як симптоми інших супутніх захворювань. Як відомо з досліджень інших авторів, ЗДС негативно впливають на фізичний, психічний та інтелектуальний розвиток школярів. Тому існує проблема своєчасної діагностики та лікування ЗДС.

Для перевірки ефективності діагностики ЗДС проведена випадкова вибірка групи з 221 дитини. Визначався рівень сироваткового заліза та загальної залізов'язуючої здатності сироватки крові. Використовувався метод імуноферментного аналізу, проводився клінічний аналіз крові на гематологічному аналізаторі в сертифікованій лабораторії. За результатами дослідження встановлено, що загалом у школярів ЗДС спостерігалися в 46,2 %, а в препубертатному віці – у 58,7%.

Для корекції ЗДС методом випадкової вибірки з групи обстежених виділено 17 дітей із залізодефіцитними станами без ЗДА, які одержали лікування згідно рекомендацій ВООЗ (препарат заліза Актиферин та комплекс вітамінів А, Е) протягом 3-6 місяців. Під час лікування систематично проводилося повторне лабораторне обстеження, а саме визначення сироваткового заліза та загальної залізов'язуючої функції сироватки крові, рівня феритину, клінічний аналіз крові. Отримані результати підтвердили відновлення рівня заліза у пролікованих дітей.

Таким чином, показана ефективність своєчасного діагностування ЗДС у дітей шкільного віку. Рекомендується проводити феротерапію та вітамініотерапію у дітей із ЗДС, навіть якщо не діагностовано наявність ЗДА.

ДОСВІД РОБОТИ ОБЛАСНОГО ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Юсюк Л.А., Шеліхова В.М., Орехова Л.В.

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Відділення інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН) організовано в 1990 році на базі Сумської обласної дитячої клінічної лікарні (СОДКЛ).

Основними завданнями ВІТН є:

1. Проведення інтенсивної терапії та реанімаційних заходів у новонароджених дітей, в т.ч. у дітей, що потребують оперативних втручань.

2. Надання консультативної медичної допомоги пологовим стаціонарам області та транспортування новонароджених дітей, яким показане лікування у відділенні вищого рівня.

3. Проведення організаційно-методичної роботи з основних питань реанімації та інтенсивної терапії новонароджених.

В склад ВІТН входить цілодобова консультативна неонатологічна транспортна бригада з оснащеним реанімобілем. У ВІТН госпіталізуються близько 300 новонароджених щорічно, що складає майже 3% від народжених в області. Більшість дітей поступають в перші три доби життя, що дозволяє комплексно надати спеціалізовану допомогу на ранніх етапах. В структурі захворюваності переважають гіпоксично-ішемічні ураження ЦНС, синдром дихальних розладів, внутрішньоутробні інфекції тощо.

Об'єм обстежень, проведених в ВІТН, відповідає затвердженим протоколам та методичним вказівкам МОЗ України. Хворих, які лікуються у ВІТН, консультують співробітники кафедри педіатрії з курсом медичної генетики СумДУ, спеціалісти СОДКЛ та обласний дитячий інфекціоніст.

Створення і функціонування такого відділення відображає світові тенденції по наданню медичної допомоги новонародженим та дало можливість знизити показники малюкової смертності в області.

ОСОБЛИВОСТІ КАТАМНЕЗУ ДІТЕЙ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГІПОКСИЧНЕ УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Тарасова І.В., Кірой О.І., Радченко М.Л.*
СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики
Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Перинатальні гіпоксичні ураження – важлива проблема неонатології, що визначається їх місцем у структурі захворюваності новонароджених, перинатальної смертності та значенням у формуванні психоневрологічних порушень, церебральних паралічів у відділенні строки. В Україні кожна 10 дитина народжується з проявами перинатального гіпоксичного ураження органів та систем.

Мета роботи: дослідити віддаленні наслідки гіпоксичного ураження центральної нервової системи (ЦНС).

Проаналізовано 3542 історій хвороб немовлят, що лікувалися у відділенні патології новонароджених, недоношених дітей та у відділенні інтенсивної терапії та реанімації новонароджених (ВІТРН) Сумської обласної дитячої клінічної лікарні (СОДКЛ) за 2005-2007 рр.. Серед усіх пролікованих дітей виділено 2428 дітей із гіпоксичним ураженням ЦНС, що склало 65,8% від загальної кількості. Кількість доношених дітей із гіпоксією склала 1431 дитини (58,9%), недоношених – 754 малюків (41,1%). З діагнозом важкої гіпоксії на лікуванні у ВІТРН знаходилося 756 новонароджених (60,8% доношених та 39,2% недоношених). При нейросонографічному дослідженні у 207 дітей (27,4%) виявлені перивентрикулярні крововиливи різного ступеня, перивентрикулярна лейкомаляція у 18 малюків (8,7%).

Наслідки гіпоксичного ураження ЦНС у вигляді формування церебрального паралічу спостерігалися у 111 дітей (4,6%). Із них 67 дітей (60,4%) у неонатальному періоді отримували оксигенотерапію у вигляді штучної вентиляції легень. У структурі церебрального паралічу домінували: дитячий церебральний параліч (47,7%), мікроцефалія (18%), гідроцефалія (7,2%), епілепсія (1,8%). Усі 100% дітей з церебральним паралічем отримали інвалідність різної групи та склали 72% у структурі первинної інвалідізації дітей Сумської області.

Таким чином, гіпоксичне ураження ЦНС у неонатальному періоді відіграє вирішальну роль у формуванні церебральних паралічів дітей у віддаленні строки.

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРЫ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ 1995 ПО 2007 гг.

*Сумцова И.Г., Шкатула Т.Е.
Сумская областная детская клиническая больница*

Хориоретинальные дистрофии в последнее время являются одной из причин слабовидения не только у взрослых, но и у детей.

Клинические проявления дистрофий очень разнообразны: они могут располагаться в центральных и периферических отделах глазного дна, выражаться в пигментации и депигментации сетчатки, сочетаться с различной патологией.

В последние годы участились случаи выявления данной патологии у детей младшего возраста и на практически здоровых глазах.

Целью данной работы является изучение структуры дистрофических заболеваний глаз у детей и анализ ее изменений за последние 10 лет. Анализировались результаты за 1995-1998 гг. в сравнении с 2005-2007 гг.

Проведен анализ следующих заболеваний: макулодистрофии, пигментные дегенерации, периферические дегенерации, дистрофические изменения при миопии.

В глазном отделении за период с 1995 г. по 1997 г. пролечено 36 детей, а с 2005 г. по 2007 г. – 137 детей исследуемых групп, что говорит о значительном росте числа больных с данной патологией.

За последние 10 лет количество пигментных дегенераций существенно не изменилось, в два раза выросло количество макулодистрофий (с 16 до 32). Значительно увеличилось количество дистрофических изменений сетчатки при миопии как высокой, так средней и слабой степени (с 3 до 62).

Средний возраст детей с данной патологией несколько вырос. Данный рост мы связываем с увеличением возраста наблюдаемых больных до 18 лет.

В последние годы отмечается появление периферических дегенераций сетчатки у детей по типу очаговой гиперпигментации, «бульжной мостовой», «след улитки», решетчатой дистрофии, инеевидной дистрофии.

За 2005-2007 гг. группа больных с данной патологией составила 20 человек. Средний возраст детей 10,6 лет.

Зачастую патологические изменения выявляются случайно, во время проведения профилактического осмотра или обследования по поводу других заболеваний. Острота зрения остается довольно высокой – 0,7-0,8, рефракция – аметропии слабой степени.

Выводы. За последние 10 лет в Сумской области выросло количество больных с дистрофическими изменениями сетчатки, а также отмечены изменения в структуре данной патологии. Стали преобладать макулодистрофии и дистрофические изменения сетчатки при миопии. Появились периферические дегенерации у детей, более характерные для лиц старшего возраста. Для выявления данной патологии от офтальмологов требуется тщательный осмотр периферии глазного дна.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРІОДУ АДАПТАЦІЇ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ СИНДРОМОМ ЗАТРИМКИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ

*Тарасова І.В., Турова Л.О., Мороз Т.Д., Тресницька Ю.В.**

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

**Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Одним із найбільш важливих антропометричних показників у немовлят є маса тіла при народженні. Вона разом із гестаційним віком характеризує перебіг вагітності, яка закінчилася народженням живої дитини. Нині не викликає заперечень той факт, що затримка внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР) впливає не лише на стан дитини при народженні, але й на становлення всіх життєвих функцій організму та подальший розвиток. Загальновідомо, що чим тяжчий ступінь ЗВУР, тим гіршим є перинатальний прогноз для здоров'я, особливо у недоношених новонароджених.

Мета роботи - вивчити перебіг неонатального періоду та особливості адаптації до умов позаутробного життя недоношених новонароджених із ЗВУР.

Проаналізовано 177 історій хвороб немовлят із діагнозом ЗВУР, які лікувалися у відділенні недоношених дітей Сумської обласної дитячої клінічної лікарні. В структурі ЗВУР переважав гіпотрофічний варіант у 117 (66,10%) немовлят, гіпопластичний варіант зустрічався у 36 (20,34%), диспластичний – у 24 (13,56%) новонароджених.

Було досліджено вплив таких факторів у виникненні ЗВУР, як обтяжений акушерський анамнез, хронічна фетоплацентарна недостатність, анемія вагітних, екстрагенітальна патологія матері, низький соціально-економічний статус сім'ї, куріння та вживання алкоголю матір'ю під час вагітності, неповноцінне харчування вагітної жінки та інші.

Середня маса тіла недоношених новонароджених із ознаками ЗВУР досягала $2048,0 \pm 11,7$ г, зріст $46,2 \pm 0,32$ см, окружність голови $32,5 \pm 0,61$ см, окружність грудної клітки $30,8 \pm 0,46$ см, масо-ростовий коефіцієнт становив $44,5 \pm 2,4$.

Структура захворюваності недоношених новонароджених зі ЗВУР у ранньому неонатальному періоді була наступною: 83,6% (148) малюків мали перинатальне гіпоксичне ураження ЦНС, 22,6% (40) – вроджені вади серця, 18,6% (33) - кон'югаційну жовтяницю, 15,8% (28) - реалізацію внутрішньоутробної інфекції, вроджені вади розвитку (вади розвитку ШКТ, хвороба Дауна, синдром Пфайфера, синдром Пьера-Робена, агенезія нирки, гідронефроз, синдактилія, полідактилія та ін.) – 9% (16), гемолітичну хворобу новонароджених – 6,8% (12), анемію – 6,2% (11) дітей.

Результати проведених досліджень свідчать про те, що у більшості дітей зі ЗВУР спостерігалися різного ступеня ознаки перинатального ураження центральної нервової системи, вроджені вади, інфекційні ускладнення. Тобто, наявність ЗВУР призводить до зниження адаптаційних можливостей недоношених новонароджених протягом неонатального періоду та уповільнення темпів фізичного розвитку дитини.

ГІПОБАРИЧНА ГІПОКСІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

Загородня А.П., Романовська Ю.М.*, Алісієвич Е.А.**

Науковий керівник – доц. І.Е. Зайцев

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

**Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Значна частота гіперплазії щитовидної залози (ГЩЗ), погіршення основних показників здоров'я дітей зумовлюють необхідність напрацювання заходів по реабілітації дітей.

Нами вивчена медична документація 103 дітей з ГЩЗ, які лікувалися в умовах Шосткінського санаторного комплексу "Ольві" методом гіпобаричної гіпоксії. Ступінь гіперплазії щитовидної залози (перший – у 81 дитини (78,6%), другий – 22 (21,4%)), був підтверджений ультразвуковим дослідженням. В лікуванні використовувалась гіпобарична камера КТВВ - 8000. При призначенні гіпобаричної гіпоксії дітям лікарі користувались методикою, запропонованою Березовським В. А. (1996).

В лікуванні дітей використовувалось повноцінне харчування (згідно нормативних документів МОЗ для дитячих санаторіїв), призначалась вітамінотерапія з включенням мінералів та мікроелементів, водолікування та теплові процедури, лікувальна фізкультура.

Проведений після лікування аналіз свідчить, що у всіх дітей покращилося самопочуття, підвищилась працездатність (визначалась спеціальними тестами), у 14 дітей зникли ознаки ГЩЗ, а в 15 – зменшилась ступінь ГЩЗ з II до I ступеню. У дітей, що пройшли курс лікування, рідше спостерігалися загострення хронічних хвороб.

Після сеансу гіпобаричної гіпоксії частота дихання у дітей уповільнювалась, дихання ставало більш глибоким. Це підтверджувалось даними спірографії.

Проведені нами дослідження свідчать про доцільність використання гіпобаричної гіпоксії в комплексній реабілітації дітей з ГЦЗ. Необхідне подальше вивчення впливу даного методу лікування на стан тиреоїдної активності у дітей.

МИНИМАЛЬНОЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

*Юсюк Л.А., Мороз Т.Д., Овсянникова Л.И.
Сумская областная детская клиническая больница*

Энтеральное кормление - наиболее оптимальный путь кормления и должен применяться так, чтобы обеспечить темп развития и роста на уровне, приближенном к внутриутробному. Незрелость пищевого канала у недоношенного новорожденного не позволяет в первое время обеспечить все потребности энтеральным путем. Учитывая риск развития язвенно-некротического энтероколита (ЯНЭК), энтеральное кормление в этой группе новорожденных мы вводим постепенно. Минимальное энтеральное питание, или минимальное трофическое питание (МТП) – введение небольших объемов молока во время проведения парентерального питания. Его цель - питание энтероцитов, ускорение их функционального и структурного созревания, профилактика неблагоприятных морфологических изменений слизистой оболочки кишечника, а также уменьшение осложнений, связанных с проведением парентерального питания. Это также вступление к полному энтеральному питанию. МТП нужно начинать как можно раньше, лучше в течение первых 12-24 часов жизни. Объем МТП не превышает 15 мл/кг/сут (10 ккал/кг/сут). Мы не начинаем МТП в случаях, когда у ребенка определяется больше 1 эпизода десатурации (<80%) в час, если не прошло более 12 часов после последнего введения сурфактанта или индометацина, в случаях пороков развития желудочно-кишечного тракта, кишечной непроходимости, язвенно-некротического энтероколита, кровотечения из пищевого канала, кишечной непроходимости, на фоне шока или судорог, плохо поддающихся лечению. Противопоказаниями к МТП не являются нарушения гемодинамики, ИВЛ, катетеры в сосудах, сепсис, задержка мекония. небольшой «остаток» в желудке перед началом и после начала МТП. Не допускается начинать МТП с кипяченой воды или глюкозы

Для введения трофического питания мы используем следующую схему:

День жизни	<1000		1000-1500		> 1500	
	Инфузия, мл /час	Порция молока, мл/ час	Порция молока, мл/ час	Порция молока, мл/ час	Порция молока, мл/ час	Порция молока, мл/ час
1	0.1	0.4	0.5		1.0-1.5	
2	0.2	0.8	1.0		1.5-2.0	
3	0.3	1.2	1.5-2.0		2.5-3.5	
4	0.4	1.6	2.5		3.5-4.0	
5	0.5	2.0	2.5-3.0		4.5	
6	0.6	2.5	3.0-3.5		5.0	

В случае выявления одного из состояний («стаз» в желудке более половины последнего кормления или изменение его цвета; вздутие, болезненность живота, ухудшение перистальтики, рвота, кровотечение из ЖКТ, ухудшение общего состояния - учащение апноэ, эпизодов брадикардии) мы прекращаем энтеральное кормление до выяснения причины снижения или отсутствия толерантности. Оптимальную длительность периода минимального энтерального питания и безопасную максимальную скорость увеличения объема молока мы определяем индивидуально для каждого младенца. По достижении стабилизации общего состояния и хорошей переносимости МТП можно начинать повышать темп энтерального питания. Увеличение энтерального питания (УЭП) соответствует массе тела ребенка.

Примерная безопасная максимальная скорость увеличения суточного объема молока

Масса тела ребенка	Максимальная скорость увеличения суточного объема энт. питания
<1000	10 мл/кг/сут
1000-1500	10-20 мл/кг/сут
1500-2000	20-30 мл/кг/сут

Более высокие цифры касаются новорожденных с хорошим общим состоянием.

ЗАСТОСУВАННЯ СПЕЛЕОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*Волошина Я.О.
Науковий керівник – доц. М.П. Загородній
СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики
Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Фізичні фактори (природні та преформовані), методи апаратної фізіотерапії, лікувальної фізичної культури, масажу, а також методи бальнеотерапії займають важливе місце в арсеналі засобів комплексного лікування та медичної реабілітації дітей з бронхолегеневою патологією та входять в протокольне лікування.

З моменту відкриття фізіотерапевтичного відділення у лікарні працює «Соляна камера». Стіни кімнати обкладені кусками солі із Артемівських сольових копалень. В момент сеансу працює генератор негативних аероінів хлориду натрію, світильник «Селікон» (соляна лампа), демонструються відеофільми.

«Соляна камера» – один із видів лікувального використання штучного мікроклімату. В спелеокамері на хворого впливають високодисперсним аерозолем хлориду натрію, що безпосередньо діє на функцію бронхолегеневого апарату, а також через нейрогуморальний механізм – на імунологічний статус дитини. Патогенетична доцільність включення спелеотерапії в комплексне лікування була зумовлена: покращенню функціонального стану епітелію, нормалізація бронхіальної прохідності, покращенню дренажної функції бронхів, зменшенню набрякання слизової оболонки бронхів, їх гіперактивності. Нами проаналізовано 322 карти виписаних дітей із стаціонару, які лікувалися в СОДКЛ. Позитивний ефект лікування мав місце в 98%. Застосування цього методу сприяло значному покращенню реабілітації дітей, більш легкому перебігу захворювань з бронхолегеневою патологією, прискоренню та повноті клінічного одужання, зменшення кількості приступів при бронхіальній астмі I стадії, інфекційно-алергічній, атопічній формі, легкої та середньої важкості перебігу з дихальною недостатністю I-II ст., з легенево-серцевою недостатністю I ст., предастмою. За останні роки поширилося використання спелеотерапії при полінозах, алергічних захворюваннях верхніх дихальних шляхів, хронічних бронхітах з астматичним компонентом у фазі ремісії.

Використання спелеотерапії дозволило скоротити ліжко-день на 36,3% в пульмонологічному, на 16,3% в діагностичному, на 13,4% в отоларингологічному відділеннях. Таким чином, нами підтверджено ефективність використання спелеотерапії, що дозволяє ширше рекомендувати застосування її в комплексному лікуванні бронхолегеневих захворювань у дітей.

ВПЛИВ МЕДИКАМЕНТІВ НА ТИРЕОЇДНУ АКТИВНІСТЬ

Загородня А.П.

Науковий керівник – доц. І.Е. Зайцев

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Педіатри та сімейні лікарі повинні мати уяву про вплив лікарських препаратів, що призначаються ними дітям на тиреоїдну активність. При цьому ми не будемо зупинятися на ліках, які частіше використовують ендокринологи чи онкологи (тиреостатичні препарати), а розглянемо препарати, що широко використовуються при лікуванні соматичної та інфекційної патології у дітей.

Зараз встановлений вплив на функцію щитовидної залози більше 100 медичних препаратів.

Нами проведений аналіз 32 виписок із карт стаціонарних хворих та амбулаторних карт дітей, які направлялися на лікування у діагностичне відділення Сумської обласної дитячої клінічної лікарні і одержували препарати, які впливають на тиреоїдну активність. Із проведеного нами аналізу не виявлено жодного випадку підвищеної уваги лікарів до негативної дії призначеного лікування.

Так, допамін, що часто використовується неонатологами та анестезіологами, впливає на тиреотропний гормон (ТТГ) та пригнічує вироблення трийодтироніну (Т₃) та тироксину (Т₄).

Знижують рівень тиреоїдних гормонів глюкокортикоїди шляхом впливу на синтез та вивільнення Т₃ і Т₄. Крім того, глюкокортикоїди знижують рівень тироксин-зв'язуючого глобуліну.

Негативно впливають на тиреоїдну активність інтерферони (альфа і гама). Такі препарати, як фуросемід, саліцилати, гепарин, витісняючи Т₃ та Т₄ із зв'язку із білками, ведуть до зниження їх активності.

Негативний вплив на тиреоїдну активність мають і препарати заліза (заліза сульфат).

Препарати, які широко використовуються лікарями: барбітурати, карбамазепін, рифампіцин - навпаки, мають стимулюючу дію на Т₃ та Т₄.

Таким чином, проведене нами дослідження свідчить, що лікарі недостатньо володіють інформацією про негативний вплив на тиреоїдну активність багатьох широко вживаних препаратів. Виникаючий при цьому стан гіпотиреозу може вести до порушень дозрівання ЦНС та затримки психічного розвитку. Відповідно лікарям, які тривалий час використовують препарати, що впливають на тиреоїдну активність, необхідно проводити контроль ТТГ, Т₃ та Т₄, здійснювати ультразвукове обстеження щитоподібної залози.

МОНІТОРИНГ МІКРОФЛОРИ ІЗ ЗІВУ ТА НОСА У НОВОНАРОДЖЕНИХ

*Загородній М.П., Островська Р.М.**

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

**Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Антибіотикотерапія в педіатрії лишається актуальною і складною проблемою. Питання чутливості мікрофлори до антибіотиків є дуже важливим для більшості лікарів, тому що часте і недостатньо обґрунтоване використання антибактеріальної терапії веде до зміни чутливості збудників до найбільш часто вживаних антибактеріальних препаратів. Причому чутливість збудників до антибіотиків значно відрізняється в різних регіонах.

За даними ВООЗ адекватну антибактеріальну терапію зараз одержує лише 25-50% хворих.

Мета даної роботи - сприяти більш раціональній антибіотикотерапії у дітей раннього віку, враховуючи результати моніторингу мікрофлори нашого регіону.

Нами проведений аналіз мікрофлори, виділеної із зіву та носа у новонароджених, які лікувалися у 2007 році в СОДКЛ. Бактеріологічні дослідження та визначення чутливості до антибіотиків зроблені в сертифікованій баклабораторії СОДКЛ.

При цьому нами встановлено, що із зів та носа *St. aureus* виділений у 32,5%, *P.aeruginosa* в 23,75%, *Kl.pneumoniae* в 18,75%, *E.cloacae* в 7,5%, *E.coli* в 6,25%, *S.pyogenes* в 5,6%, *B.cereus* в 2,5%.

Відмічено, що збудник *Ps. auroginosa* зберіг чутливість тільки до меронему та тієнаму при стійкості до інших антибіотиків, *St. aureus* – ще чутливий до цефазоліну, оксациліну, тієнаму та левоміцетину. *Kl. pneumoniae* лишається чутливою до амікацину, тієнаму, меронему.

Виділений збудник *E. cloacae* виявився чутливим до меронему, лінкоміцину, цефотаксиму, а виділена *E. coli* зберегла чутливість до левоміцетину, амікацину, гентаміцину, меронему, тієнаму, цефтріаксону, цефтазедину, цефотаксиму.

До решти антибактеріальних препаратів виділені у хворих дітей раннього віку збудники були малочутливі або стійкі.

Одержані результати чутливості до антибіотиків виділеної із зіву та носа мікрофлори у дітей раннього віку свідчать, що лікарі мають досить мало можливостей у використанні антибактеріальної терапії. Це вимагає від них більш уважено призначати антибіотикотерапію, а в лікувальних закладах щороку проводити моніторинг чутливості мікрофлори регіону до антибактеріальних препаратів у дітей.

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МІОКАРДІОДИСТРОФІЇ У ЧАСТО ХВОРИЮЧИХ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

*Зайцев І.Е., Хитрий І.В., студ. 4-го курсу
СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

У сучасній педіатрії проблема оздоровлення часто хворіючих дітей і оцінки серцевої діяльності займає одне з провідних місць. Це обумовлено широкою поширеністю цих захворювань. Питома вага частих респіраторних інфекцій росте, досягаючи у деяких групах дітей до 60% - 80%.

Більшість авторів вважають, що при несприятливому перебігу гострих респіраторних захворювань з формуванням хронічної інфекції можуть виявлятися різні зміни серцево-судинної системи від незначних функціональних до нейродистрофічних змін міокарду.

Робота полягала їх двох етапів. На першому у 234 дітей проводився аналіз соматичного статусу матерів, протягом вагітності, розвитку плоду, новонародженого, а також стан серцево-судинної системи у дітей в перші місяці і роки життя. На другому етапі проводилося поглиблене вивчення серцевої діяльності у 114 дітей, що часто хворіють, з використанням клінічних, біохімічних і інструментальних даних в динаміці через 5-7 днів, 3-4 тижні, потім через 3-4 місяці після перенесеної респіраторної інфекції.

Виділено три групи, до першої увійшли 52 дитини без порушення серцевої діяльності, 27 – з порушеннями і 25 - міокардіодистрофією. Контрольну групу склали 25 умовно здорових дітей без частих респіраторних захворювань. Серцева діяльність оцінювалася клінічно з урахуванням сукупності анамнестичних даних, результатів ЕКГ, доплер ЕХО-КС і лабораторних даних.

На першому етапі дослідження встановлена частота несприятливих ante- постнатальних чинників у часто хворіючих дітей. Найпоширенішими захворюваннями у матерів в групі часто хворіючих дітей з'явилися анемія вагітних, дистонія, поєднання анемії і дистонії. З несприятливих чинників перебігу вагітності ведучими були фетоплацентарна недостатність і гестоз, що поєднуються з хронічною внутрішньоутробною гіпоксією і змінами серцевої діяльності плоду. Ці чинники в значній мірі визначають надалі зниження резистентності організму дітей до респіраторних захворювань. У групі дітей з порушенням серцевої діяльності з найбільшою частотою зустрічаються анемія (31,5%), дистонія у вагітних (28,5%), фетоплацентарна недостатність (25,7%), хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плоду (37,1%), асфіксія (34,3%), гіпоксично-ішемічна енцефалопатія (42,8%). У дітей з міокардіодистрофією найчастіше визначаються анемія вагітних (52,1%), дистонія (39,1%), хронічний пієлонефрит (30,4%), фетоплацентарна недостатність, хронічна внутрішньоутробна гіпоксія (65,2%), порушення серцевої діяльності плоду (39,1%).

Повторні респіраторні інфекції і несприятливі ante- і постнатальні чинники можуть сприяти в 5,6% розвитку порушень серцевої діяльності, а в 3,7% випадків виникненню міокардіодистрофії.

У ранній діагностиці міокардіодистрофії велике значення має визначення і облік клініко-анамнестичних чинників, а також визначення рівнів активності ЛДГ-1, величини зубця Т і відхиленням сегменту ST на ЕКГ. Прогностичне значення вивчених біохімічних показників по'язане, перш за все, з тим, що вони відображають навіть мінімальні пошкодження міокарду.

ОСОБЛИВОСТІ ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ

Зайцев І.Е., Загородній М.П., Богород О.В.
СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики
Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Інфекційні ураження нирок займають значне місце серед патології у дітей. Лікування пієлонефритів у дітей не завжди є ефективним. Досить часто виникають рецидиви через 3-6 місяців (Майданник В.Г. та співавт., 2003). Це вимагає ретельного вибору антибіотика та повторного проведення антибактеріальної терапії, від чого залежить ефективність лікування та прогноз захворювання.

Метою нашого дослідження було визначення збудника який частіше всього викликає пієлонефрити у дітей, що поступали на стаціонарне лікування в нефрологічне відділення Сумської обласної дитячої клінічної лікарні. Історії хвороб дітей з гострими та хронічними пієлонефритами, взяті методом випадкової вибірки. Нами проведено аналіз клінічного перебігу та даних бактеріологічних і лабораторних досліджень у 32 хворих різного віку. При цьому

встановлено, що основними клінічними симптомами були інтоксикація, абдомінальний та сечовий синдроми. Супутня хронічна патологія у вигляді хронічних тонзилітів, гастродуоденітів, вульвовагінітів спостерігалась у 21,8%. У кожній третій дитини супутнім діагнозом була залізодефіцитна анемія I ступеня. Майже у половини хворих при лабораторному обстеженні був наявний лейкоцитоз (46,9%), зрушення лейкоцитарної формули вліво у кожній п'ятій дитини, прискорена ШОЕ відмічена в 71,9% хворих. В усіх дітей спостерігалась лейкоцитурія, бактеріурія. Дітям проведено сонографічне дослідження нирок, при підозрі на вроджену патологію – рентгенологічне обстеження. В усіх випадках проведено бактеріологічне дослідження. У 2 хворих патогенна мікрофлора не виявлена. В 15 випадках (50%) була виділена E.coli, епідермальний стафілокок – в 5 випадках (16,7%), клебсієла – в 3 випадках (10%), стафілокок у 1 хворого, решта – інші збудники. Нами проаналізована чутливість E.coli до антибактеріальної терапії. Стейкими до ампіциліну, пеніциліну, гентаміцину, левоміцетину були від 3,3 до 12,7% збудників.

Більшість хворих одержували цефалоспорини 3-4 покоління (26 випадків), причому на 2-4 день лікування спостерігалась позитивна динаміка. Решта хворих, враховуючи повторну госпіталізацію у відділення, одержували макроліди, аміноглікозиди, фторхінолони, нітрофурані.

Таким чином, основним збудником пієлонефритів у дітей залишається E.coli, в більшості випадків резистентна до пеніцилінів, гентаміцину. Основною антибактеріальною терапією доцільно призначати цефалоспорини 2-4 покоління.

Важливим фактором в проведенні адекватної антибактеріальної терапії є проведення мікробіологічних досліджень з урахуванням клінічного перебігу захворювання під впливом призначеного лікування.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

*Люлько Н.В., Товчигречко С.Н.**

Науковий керівник – доц. А.М. Лобода

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

**Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Алергічні захворювання належать до найбільш поширених у дитячому віці. За даними останніх епідеміологічних досліджень на них страждають до 15% дитячого населення, причому цей показник збільшується з кожним роком. Поширеність бронхіальної астми в Україні складає 9,3 на 1000 дітей.

Чинниками, що сприяють розвитку алергії, як відомо, є спадкова схильність, несприятливий вплив навколишнього середовища, особливості харчування матері в період вагітності і харчування в дитячому віці, супутні захворювання і рівень здоров'я в цілому.

Серед вікових особливостей розвитку алергії необхідно відзначити, що діти раннього віку найчастіше страждають від харчових алергенів, особливо від білка коров'ячого молока. У більш старшому віці, при розширенні раціону харчування, підключаються інші харчові алергени, а також побутові, епідермальні (домашній пил, перо і пух подушок, шерсть тварин) і пилокві алергени.

Оскільки алергени в різні вікові періоди можуть бути різними, міняються і прояви алергії. У дітей має місце atopічний марш, тобто перехід різних форм алергії з однієї в іншу. Діти раннього віку схильні до шкірних проявів (atopічний дерматит), в більш старшому віці частіше діагностуються патології дихальної системи – алергічний риніт і бронхіальна астма.

Основним принципом лікування алергічних захворювань в будь-якому віці є елімінація алергенів. Тяжкість клінічних проявів алергії безпосередньо корелює з концентрацією алергенів, тому в комплексній терапії алергічних захворювань велика увага приділяється контролю за станом навколишнього середовища і заходам, направленим на видалення причинно-значимих алергенів. Оскільки у дітей раннього віку зустрічається переважно харчова алергія, в лікуванні таких дітей максимальне значення має корекція харчування дитини.

Якщо причиною atopічних проявів у дитини стають домашній пил, інші побутові та епідермальні алергени, пилок рослин, то повністю виключити причинно-значимий алерген неможливо, але при зменшенні експозиції алергенів спостерігаються поліпшення стану хворого, полегшення симптомів хвороби і зниження потреби в медикаментозних препаратах.

Для патогенетичної терапії застосовують великий арсенал лікарських засобів, що пригнічують розвиток алергічних реакцій. При цьому слід враховувати основну патогенетичну ланку процесу – розвиток алергічного запалення з масивним виділенням біологічно активних речовин. Саме тому, одним з елементів базисної терапії загострень алергічних захворювань є антигістамінні препарати, що визначається провідною роллю гістаміну в патогенезі більшості симптомів алергії.

МІКРОЕЛЕМЕНТОЗИ В КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ

МЕТОДИКИ ПРИГОТУВАННЯ ПРОБ ОСНОВНИХ БІОЛОГІЧНИХ ОБ'ЄКТІВ ДЛЯ ААС

Погорелов М.В., Гордієнко О.В., Гусак Є.В.

СумДУ, кафедра анатомії людини

Інститут прикладної фізики НАН України

Всі біологічні об'єкти умовно можна поділити на 3 групи – рідкі (кров, сироватка, сеча, спино-мозкова рідина), тверді (кістки, зуби) та м'які (тканини паренхіматозних та трубчастих органів). Всі існуючі методики тією чи іншою мірою враховують цей поділ. Для підвищення відтворюваності та кращої інтерпретації отриманих результатів важливо використовувати ту ж саму методику для приготування зразків під час всього експерименту. Наведені методики використовуються в Центрі морфологічних досліджень МІ СумДУ.

Сеча, плазма, СМР. В більшості випадків досить розбавити 1 мл рідкого зразка 1% розчином азотної кислоти до об'єму 10 мл В разі наявності в зразку металу вище за поріг визначення, 1 мл розчинової проби розчиняють у 9 мл 1% HNO_3 , отримуючи розведення в 100 разів. Об'єм проби може бути менше 1 мл - у такому разі необхідно точно його виміряти для подальших розрахунків. При визначення металу, який може бути зв'язаний з білками, можливе висушування плазми з подальшою мінералізацією сухого залишку в соляній і азотній кислотах. Паралельно з приготуванням проби, готуємо "холосту" пробу, яка є 1% розчином HNO_3 . При використанні кислот з різних джерел, необхідне приготування відповідної кількості "холостих" проб.

М'які і тверді тканини. Приготування зразків м'яких і твердих тканин істотно не відрізняється. Спочатку необхідно подрібнити тканину у порцеляновому тиглі. Після цього готуємо навішування зразка до 1 грама. Маса навішування має бути виміряна на аналітичних вагах з точністю до 2 знаку після коми. Навішування з відомою масою поміщаємо у порцеляновий тигель і зневоднюємо методом сушки при кімнатній температурі або в сухожаровій шафі до постійної ваги. Після цього тигель поміщається в муфельну піч для спалювання при температурі 450°C впродовж 2-14 днів залежно від виду проби. Після озолення проводиться мінералізація проби в розчинах соляної і азотної кислот (упарити 2 мл соляною і довести до кипіння в 1 мл азотної кислоти). Після охолодження мінералізат переноситься в мірну пробірку, шляхом обмивання тигля "холостим" розчином 2-3 рази і розбавляється їм же до об'єму 10 або більше мл. Всі розчини мають бути ретельно перемішані. Перемішування скляною паличкою вносить додаткові забруднення і тому небажано. Переважне перемішування розчинів струшуванням нахилених пробірок, для чого їх слід заповнювати лише на половину.

Кров і еритроцитарна маса. Кров і еритроцитарна маса відносяться до рідких біологічних об'єктів, але через наявність великої частини органічної матриці не можуть бути приготовані методом простого розбавлення. Для приготування проби необхідно висушити 1 мл крові або до 5 г еритроцитарної маси у фарфоровому тиглі з подальшим озоленням і мінералізацією як для м'яких тканин. Висушування зразків в скляному посуді (чашка Петрі) можливо але не бажано через можливість забруднення і трудомісткості процесу перенесення висушеної проби в тиглі.

ЦД-1 – ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ МІКРОЕЛЕМЕНТОЗУ У ДІТЕЙ

*Глуценко Н.В., Радченко І.П.**

Науковий керівник - проф. В.Е. Маркевич

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

**Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

При цукровому діабеті (ЦД) порушення обміну речовин поєднуються із суттєвими порушеннями мікроелементного балансу. Мікроелементоз, що супроводжує ЦД, слід віднести до факторів ризику розвитку хронічних діабетичних ускладнень. Вміст мікроелементів (МЕ), особливо заліза, хрому, міді, у дітей хворих на ЦД-1 остаточно не досліджений. Відомо, що хронічний дефіцит заліза (Fe) прискорює розвиток серцево-судинних ускладнень, недостатність хрому (Cr) маніфестує зниженням толерантності до глюкози, гіперглікемією, гіперінсулінемією, зменшенням кількості інсулінових рецепторів, підвищенням концентрації холестерину та тригліцеридів; гіперкупрумемія призводить до активації процесів перекисного окислення ліпідів і, як наслідок, сприяє прогресуванню хвороби. Тому вивчення особливостей забезпечення зазначеними МЕ дітей хворих на ЦД є актуальним.

Метою дослідження було визначення вмісту мікроелементів у сироватці крові дітей хворих на ЦД-1 залежно від рівня глікемічного контролю (ГК). Під спостереженням знаходилось 55 дітей віком 5-17 років. Стан компенсації ЦД оцінювався згідно ISPAD (Consensus for the Management of Type 1 Diabetes Mellitus in Children and Adolescents, 2000). Оптимальний рівень ГК мали 10 дітей (група I), субоптимальний – 25 (група II), із високим ризиком для життя – 20 хворих (група III). Групу порівняння склали 30 практично здорових дітей такого ж віку. Кількісне визначення МЕ (хром, мідь, залізо) проводилось методом атомно-абсорбційної спектроскопометрії.

У здорових дітей вміст хрому у сироватці крові був 0,017 мкмоль/л, заліза - 27,35 мкмоль/л, міді - 9,11 мкмоль/л.

Встановлено, що навіть при оптимальному рівні ГК спостерігався мікроелементний дисбаланс. Зокрема, суттєво знижувався вміст Fe (у 6 разів) та дещо нижчим був вміст Cr (у 1,1 разу). Слід зауважити, що рівень міді при цьому був у 2,3 разу вищим порівняно зі здоровими дітьми. Підтвердженням цього є підвищення у 11 разів коефіцієнту співвідношення Cu/Fe.

При субоптимальному рівні ГК спостерігалось зниження вмісту Cr у 2,1 разу та Fe в 2,5 разу порівняно зі здоровими дітьми, рівень Cu був стабільно високим.

У разі показника ГК з високим ризиком для життя знаходили значний дефіцит хрому. Він був у 2,5 разу меншим, ніж у здорових дітей. Разом з тим зберігалася гіперкупрумемія та феремія.

Отже, у дітей хворих на ЦД рано виникає дисбаланс мікроелементів у сироватці крові. Спостерігається зниження вмісту заліза, підвищення вмісту міді навіть при оптимальному рівні ГК та значний дефіцит вмісту хрому при показнику глікемічного контролю із високим ризиком для життя.

ОСОБЛИВОСТІ ЕКСКРЕЦІЇ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЦД-1

Монастирська Т.М.

Науковий керівник – проф. В.Е. Маркевич

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Цукровий діабет – важлива медико-соціальна проблема. Встановлено, що це захворювання супроводжується мікроелементозом. В регуляції мікроелементного обміну приймають участь багато органів, в тому числі і нирки, котрі завжди вражаються при діабеті. Визначення рівня мікроелементів (МЕ) у сечі дітей дозволить поглибити знання мікроелементного статусу у хворих на цукровий діабет 1 –го типу (ЦД-1) та у подальшому розробити шляхи корекції.

Метою дослідження було вивчення добової екскреції МЕ у хворих на ЦД-1. Під спостереженням знаходилось 30 дітей віком 5-17 років хворих на ЦД-1 із тривалістю хвороби від декількох місяців до 10 років. Групу порівняння склали 30 практично здорових дітей такого ж віку. Діагноз цукрового діабету 1-го типу встановлювався згідно з критеріями ВООЗ (1999) на підставі клінічних та лабораторних ознак. Рівень глікемічного контролю (ГК) оцінювався згідно ISPAD (Consensus for The Management of Type 1 Diabetes Mellitus in Children and Adolescents, 2000). За станом ГК пацієнти були розділені на 2 групи: хворі із субоптимальним рівнем ГК (18 дітей) та із ГК високого ризику (12 дітей). Екскрецію мікроелементів (цинку, заліза, міді) визначали в порції сечі, зібраній за добу. Вміст МЕ досліджувався методом атомно-абсорбційної спектрофотометрії на спектрофотометрі С-115М1 виробництва НВО «Selmi» (Україна).

Встановлено, що у всіх хворих на ЦД-1 виділення цинку було на 22,4 % більшим, ніж у здорових (14,9 мкмоль/л та 11,6 мкмоль/л відповідно), міді - достовірно більшим на 33% (2,52 мкмоль/л та 1,69 мкмоль/л відповідно), заліза - на 22,3% (32,43 мкмоль/л та 25,21 мкмоль/л відповідно). При рівні ГК із високим ризиком для життя достовірно збільшувалось виділення всіх досліджуваних мікроелементів: цинку – на 35,13% ($p < 0,05$), міді – на 39,6% ($p < 0,01$), заліза – на 36,5% ($p < 0,05$) порівняно зі здоровими дітьми.

Отже, у дітей хворих на ЦД-1 виявлена значна втрата есенціальних мікроелементів (цинку, міді, заліза) із сечею, котра залежить від рівня ГК.

ВМІСТ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У СИРОВАТЦІ, ЕРИТРОЦИТАХ КРОВІ ТА СЕЧІ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГІПОКСИЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦНС ВАЖКОГО СТУПЕНЮ

Тарасова І.В., Аль Таххан І.Г.

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Проблема гіпоксично-ішемічних уражень залишається в центрі уваги наукової і практичної медицини, що визначається її місцем та роллю у структурі захворюваності в період новонародженості, перинатальної смертності та значенням у формуванні психо-неврологічних порушень. В Україні кожна десята дитина народжується з проявами гіпоксії, що у більшості випадків формує ушкодження ЦНС. Оскільки гіпоксія ЦНС важкого ступеню завжди супроводжується поліорганною недостатністю, то має місце і враження нирок. Вони безпосередньо приймають участь в обміні мікроелементів, тому актуальним є дослідження порушень мікроелементного балансу у новонароджених з гіпоксичним ураженням нирок.

Вміст мікроелементів (Fe, Zn, Ni, Cu, Co, Mn) визначали в сироватці, еритроцитах крові та сечі 23 новонароджених з гіпоксичним ураженням ЦНС важкого ступеню. Групу порівняння склали 30 здорових новонароджених дітей. У новонароджених з гіпоксією вміст наступних мікроелементів у сироватці крові був більшим, ніж у контрольній групі: заліза – на 26%, цинку – на 36%, нікелю – на 43%, міді, навпаки, менше на 40%. Вміст кобальту та марганцю у сироватці новонароджених з гіпоксією ЦНС тяжкого ступеню та здорових доношених новонароджених був практично однаковим. В еритроцитах крові новонароджених з гіпоксією ЦНС тяжкого ступеню вміст цинку – майже у 3 рази, марганцю – у 1,5 рази, кобальту – на 40%, заліза – на 10% більше, а вміст міді – на 22% менше ніж в еритроцитах крові здорових новонароджених. Вміст нікелю був однаковим в обох групах.

Аналіз вмісту мікроелементів у сечі новонароджених з гіпоксією ЦНС тяжкого ступеню та здорових доношених новонароджених показав, що міді міститься на 33% більше у новонароджених з гіпоксією, ніж у контрольній групі, марганцю - у 2 рази менше.

Виходячи з наведених даних, можна зробити висновок, що для новонароджених з гіпоксією ЦНС тяжкого ступеню характерний мікроелементний дисбаланс в сироватці, еритроцитах крові та сечі. Дана проблема потребує подальшого вивчення для розробки ефективних методів корекції мікроелементних порушень у новонароджених з гіпоксією.

ОСОБЛИВОСТІ НИРКОВОЇ ЕКСКРЕЦІЇ ЗАЛІЗА У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Тарасова І.В., Ковтуненко А.В.

Науковий керівник – проф. В.Е. Маркевич

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Залізо - один з найбільш розповсюджених в організмі людини мікроелементів. Воно активно приймає участь у процесах окислення, синтезі білків, впливає на кількість та функціональні властивості Т- лімфоцитів, входить до складу нервових клітин. Вміст у сечі недоношених новонароджених цього МЕ в літературі не висвітлено.

Мета роботи: за показниками концентрації у сечі та добової екскреції дослідити стан ниркової регуляції вмісту заліза в організмі новонароджених із різним ступенем недоношеності.

Матеріали і методи: концентрацію та добову екскрецію заліза в сечі визначали у 92 здорових доношених новонароджених (група порівняння) та 94 умовно здорових недоношених дітей на 1-7-у, 8-14-у та 30-у добу життя, які залежно від ступеня недоношеності були поділені на три групи: I група - 42 дитини з недоношеністю I ступеня (маса тіла при народженні – 2286,5±47 г, гестаційний вік 35,5±0,13 тижнів), II група - 31 дитина з недоношеністю II ступеня (маса тіла при народженні – 1968,4±45,2 г, гестаційний вік - 32,6 ±0,13 тижнів), III група - 21 дитина з недоношеністю III ступеня (маса тіла при народженні – 1391,42±76,6 г, гестаційний вік - 29,6±0,5 тижнів).

При визначенні рівня заліза у сечі новонароджених дітей залежно від ступеня недоношеності у ранньому неонатальному періоді виявлено, що концентрація цього МЕ була тим більшою, чим меншим був гестаційний вік новонароджених ($0,923 \pm 0,11$ мкмоль/л при недоношеності I ступеня та $3,681 \pm 0,49$ мкмоль/л у глибоконедоношених) та була достовірно більшою ($p < 0,001$), ніж у здорових доношених новонароджених (ЗДН). Протягом неонатального періоду концентрація заліза в сечі дещо збільшувалася у недоношених I-II ступеня, але мала тенденцію до зниження у недоношених III ступеня. Наприкінці неонатального періоду концентрація заліза у сечі була утричі більшою у глибоконедоношених малюків порівняно із ЗДН та недоношеними новонародженими I ступеня.

Добова екскреція заліза збільшувалася залежно від ступеня недоношеності і складала 8,26 мкг/добу при недоношеності I ступеня та 16,4 мкг/добу при недоношеності III ступеня. Крім того, добова екскреція заліза та екскреція заліза на кг/добу протягом неонатального періоду у недоношених новонароджених I-II ступеня збільшувалась на 45%, але не змінювалась у глибоконедоношених новонароджених. Екскреція заліза на кг/добу на 30-у добу життя у недоношених новонароджених III ступеня була у 4 рази більшою, ніж у ЗДН, у 2 рази більшою, ніж у недоношених II ступеня та у 2,5 рази більшою, ніж у недоношених новонароджених I ступеня.

Отже, для передчасно народжених малюків характерними є високі показники концентрації заліза протягом усього неонатального періоду та висока втрата цього МЕ з сечею, що може призводити до виникнення його дефіциту і дисбалансу та потребувати корекції.

ОСОБЛИВОСТІ НИРКОВОЇ ЕКСКРЕЦІЇ МІДІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ РІЗНОГО ГЕСТАЦІЙНОГО ВІКУ

Тарасова І.В., Панченко О.О.

Науковий керівник – проф. В.Е. Маркевич

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Мідь є незамінним мікроелементом для будь-якого живого організму. В організмі людини мідь зустрічається, головним чином, у вигляді комплексних органічних сполучень та відіграє важливу роль у процесах кровотворення, пігментації та кератинізації волосся, остеогенезу, формування мієліну, функції ендокринних залоз. Вміст у сечі недоношених новонароджених цього МЕ в літературі не висвітлено.

Мета роботи: за показниками концентрації у сечі та добової екскреції дослідити стан ниркової регуляції вмісту заліза в організмі новонароджених із різним ступенем недоношеності.

Матеріали і методи: концентрацію та добову екскрецію міді в сечі визначали у 92 здорових доношених новонароджених (група порівняння) та 94 умовно здорових недоношених дітей на 1-7-у, 8-14-у та 30-у добу життя, які залежно від ступеня недоношеності були поділені на три групи: I група - 42 дитини з недоношеністю I ступеня (маса тіла при народженні – 2286,5±47 г, гестаційний вік 35,5±0,13 тижнів), II група - 31 дитина з недоношеністю II ступеня (маса тіла при народженні – 1968,4±45,2 г, гестаційний вік - 32,6 ±0,13 тижнів), III група - 21 дитина з недоношеністю III ступеня (маса тіла при народженні – 1391,42±76,6 г, гестаційний вік - 29,6±0,5 тижнів).

Концентрація міді у сечі недоношених, особливо глибоконедоношених дітей, у ранньому неонатальному періоді була значно більшою, ніж у здорових доношених новонароджених ($6,61 \pm 0,4$ та $3,76 \pm 0,04$ мкмоль/л відповідно). Протягом неонатального періоду цей показник у недоношених новонароджених залишався сталим. Разом із тим, слід зауважити, що у доношених новонароджених до кінця неонатального періоду концентрація міді у сечі зменшувалась майже на 15%. У недоношених новонароджених добова екскреція міді суттєво не мінялася, визначалася лише тенденція до її збільшення до кінця неонатального періоду. У недоношених III ступеня добова екскреція міді була майже удвічі меншою, ніж у ЗДН ($33,9 \pm 2,2$ та $62,6 \pm 0,7$ мкг/добу відповідно).

Екскреція міді на кг/добу, навпаки, у недоношених новонароджених була більшою, ніж у ЗДН протягом усього періоду новонародженості ($25,3 \pm 1,3$; $22,3 \pm 1,5$; $33,8 \pm 2,4$ та $17,8 \pm 0,9$ мкг/кг/добу відповідно).

Так, у недоношених III ступеня вона була майже у 2 рази більшою, ніж у здорових та у 1,3 рази більше, ніж у недоношених I-II ступеня.

Отже, для передчасно народжених малюків характерними є високі показники концентрації міді протягом усього неонатального періоду та висока втрата цього МЕ з сечею, що може призводити до виникнення його дефіциту і дисбалансу та потребувати корекції.

ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ХРОМОМ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Тарасова І.В., Петрашенко В.О.

Науковий керівник - проф. В.Е. Маркевич

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Біологічна роль хрому пов'язана з його участю у регуляції вуглеводного та жирового обміну. Він є каталізатором, що позитивно впливає на процеси кровотворення, діяльність багатьох ферментів. Вміст у сироватці крові недоношених новонароджених хрому в літературі не висвітлено.

Мета роботи: за показником концентрації у сироватці крові дослідити забезпеченість організму недоношених новонароджених хромом залежно від строку гестації протягом неонатального періоду.

Матеріали і методи: концентрацію хрому у сироватці крові визначали у 30 здорових доношених новонароджених (ЗДН) - група порівняння та у 99 недоношених дітей на 1-у, 8-у, 30-у добу життя, які залежно від ступеня недоношеності були поділені на 3 групи: I група - 42 дитини з недоношеністю 1 ст., II група – 31 дитина з недоношеністю 2 ст., III група - 26 глибоконедоношених новонароджених 3-4 ступеня.

Вміст хрому у сироватці крові при народженні у малюків усіх груп був достовірно нижчим, ніж у ЗДН ($0,74 \pm 0,06 \cdot 10^{-3}$ мкмоль/л) та становив $0,260 \pm 0,02$; $0,205 \pm 0,01$; $0,157 \pm 0,01 \cdot 10^{-3}$ мкмоль/л відповідно до груп ($p < 0,05$; $p < 0,001$; $p < 0,001$). Протягом неонатального періоду концентрація хрому у сироватці крові дітей I, II групи достовірно не змінювалася, спостерігалася лише тенденція до її збільшення ($0,280 \pm 0,01$; $0,240 \pm 0,02 \cdot 10^{-3}$ мкмоль/л відповідно). Так, у малюків I групи цей показник на кінець 30-ї доби збільшився на 7%, а у дітей II групи – на 17% порівняно з 1-ю добою життя. У глибоконедоношених малюків рівень хрому у сироватці був майже у 5 разів меншим порівняно зі ЗДН та залишався сталим протягом усього неонатального періоду ($0,157 \pm 0,01 \cdot 10^{-3}$ мкмоль/л).

Насиченість організму новонародженої дитини хромом залежить від проникнення його через плаценту, тому недостатня тривалість періоду внутрішньоутробного розвитку у недоношених малюків призводить до зменшення кількості накопиченого хрому в організмі.

Недоношені діти мають низькі показники концентрації хрому в сироватці крові протягом усього неонатального періоду. Вміст хрому у передчасно народжених суттєво залежить від ступеня недоношеності.

ПЛАЦЕНТАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ ТА СИНДРОМ ЗАТРИМКИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ПЛОДА ВНАСЛІДОК ДІЇ СВИНЦЮ

Турова Л.О., Василюшин Х.І.

Науковий керівник – проф. В.Е. Маркевич

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Вивчення перинатального періоду розвитку дітей є однією з важливих проблем сучасної медицини. В структурі дитячої смертності провідне місце посідає перинатальна патологія, яка складає 35-38% серед причин дитячої смертності в Україні. Незважаючи на численні дослідження, присвячені етіології та патогенезу фетоплацентарної недостатності, одним із наслідків якої є ЗВУР плода, пошкоджуючі фактори, які обумовлюють дану патологію, остаточно не встановлені.

Мета роботи – вивчити особливості трансплацентарної міграції свинцю до плода та його дію на фетоплацентарну систему у разі розвитку ЗВУР.

Визначення свинцю проведено у сироватці крові та еритроцитах 30 жінок, що народили дітей з ознаками ЗВУР, зразках плаценти цих жінок, а також у сироватці та еритроцитах 30 їх новонароджених із ЗВУР. Групу порівняння склали 30 здорових жінок та їхні 30 здорових доношених новонароджених (ЗН).

Розраховували індекс проникнення свинцю у пуповинну кров (співвідношення вмісту МЕ в сироватці пуповинної крові до його концентрації в сироватці материнської крові, виражене у відсотках) та індекс накопичення його у плаценті (співвідношення вмісту МЕ в еритроцитах дитини до його вмісту у плаценті, виражене у відсотках).

Для визначення вмісту МЕ у біосубстратах застосовували атомно-абсорбційний спектрофотометр С-115МІ виробництва НВО Selmi (Україна).

Встановлено, що у матерів, які народили дітей зі ЗВУР вміст свинцю у сироватці крові був підвищений ($p < 0,001$) і складав $0,208 \pm 0,02$ мкмоль/л проти $0,08 \pm 0,004$ мкмоль/л у сироватці крові жінок, які народили ЗН. В еритроцитах крові матерів обох груп достовірної різниці вмісту свинцю не знайдено. У сироватці крові новонароджених із ЗВУР вміст свинцю був вищим ($p_1 < 0,001$) і складав $0,224 \pm 0,02$ мкмоль/л проти $0,1 \pm 0,01$ мкмоль/л у ЗН. Середній рівень свинцю в еритроцитах новонароджених зі ЗВУР був майже на 60% більшим від такого у ЗН. Концентрація свинцю в плацентах жінок, які народили дітей з проявами ЗВУР була дещо більшою порівняно із такою у жінок, що народили ЗН, а саме $0,65 \pm 0,04$ мкг/мг золи проти $0,51 \pm 0,06$ мкг/мг золи. Індекс проникнення у жінок що народили дітей зі ЗВУР через плаценту був дещо нижчим, ніж при фізіологічній вагітності, і становив 107,7% проти 125%. Індекс накопичення був низьким у разі розвитку ЗВУР – 163,7% проти 204%. Отже, бар'єрна функція плаценти відносно токсичного свинцю є низькою, що призводить до проникнення та накопичення його в організмі плода, і обумовлює розвиток ЗВУР.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МІДІЮ ТА ЗАЛІЗОМ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ПІЄЛОНЕФРИТ

Зайцева І.І.

Науковий керівник – проф. В.Е. Маркевич

СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Особливість мікроелементного балансу у разі пієлонефриту у дітей досліджена недостатньо. Баланс міді та заліза при нирковій патології вивчений мало. Метою дослідження було визначення вмісту міді та заліза в сироватці крові у дітей хворих на пієлонефрит (ПН) на різних етапах запального процесу (загострення, ремісія).

Обстежено 77 дітей віком від 1 до 17 років (26 – у період активної стадії гострого пієлонефриту та 31 під час загострення хронічного пієлонефриту; 20 – в стані клініко-лабораторної ремісії). Групу порівняння склали 30 здорових дітей. Визначення міді та заліза у сироватці крові проводилось методом атомно-абсорбційної спектроскопії.

За результатами дослідження виявлено, що в активну фазу гострого пієлонефриту рівень міді підвищувався у 2,9 разів ($38,94 \pm 2,281$ мкмоль/л), при загостренні хронічного пієлонефриту у 2,3 рази ($30,68 \pm 1,649$ мкмоль/л), тоді як в період ремісії показники повертались до норми ($21,06 \pm 2,381$ мкмоль/л та $18,75 \pm 2,06$ мкмоль/л відповідно).

Це підтверджує дані Сафіної (2005), Кузнецової (2007), які відзначають що рівень міді в сироватці крові у дітей хворих на пієлонефрит зростає, оскільки мідь має виражену протизапальну властивість та входить до складу аміноксидази, цитохромоксидази, які відповідають за окислення та клітинне дихання.

У дітей у разі активної фази гострого пієлонефриту та під час загострення хронічного пієлонефриту рівень заліза в сироватці крові знижується у 1,6 ($6,58 \pm 0,779$ мкмоль/л) та 2,3 ($4,47 \pm 0,179$ мкмоль/л) рази відповідно, а в ремісії хронічного пієлонефриту в 3 рази ($3,39 \pm 0,271$ мкмоль/л).

Таким чином, у разі гострого пієлонефриту та загостренні хронічного пієлонефриту у дітей виникає дисбаланс заліза та міді. Спостерігається значне підвищення міді та дефіцит заліза. При зниженні активності запального процесу відбувається відновлення пулу міді.

Виявлений мікроелементний дисбаланс потребує подальшого дослідження ролі мікроелементів при запальних захворюваннях нирок в інших середовищах, зокрема в еритроцитах, сечі з урахуванням їх взаємодії.

ВМІСТ МІДІ ТА ЦИНКУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ

Слива В.В.

Науковий керівник – д.м.н., проф. О.І. Сміян

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Гострий бронхіт є найпоширенішою патологією серед гострих і рецидивуючих захворювань нижніх дихальних шляхів у дітей - 250 випадків на 1000 дітей, і характеризується стабільним ростом кількості хворих за останні роки. Проте, на сьогоднішній день залишається багато невирішених питань, пов'язаних з етіологією, патогенезом та раціональним лікуванням цього захворювання.

Важливу роль в патогенезі багатьох захворювань відіграє вміст біоелементів. Загально визнано, що порушення елементного складу плазми крові та зміни в імунній системі є взаємопов'язаними та призводять до порушень метаболічного характеру в організмі, ускладнюючи перебіг основної патології. Зміни вмісту окремих хімічних елементів в організмі дітей є поширеним явищем, яке обумовлює розвиток низки патологічних станів, зокрема повторних респіраторних захворювань.

З огляду на дану проблему, з метою вивчення деяких ланок патогенезу, нами було проведено визначення вмісту в сироватці крові міді та цинку у 55 дітей віком від 1 місяця до 3 років, хворих на гострий обструктивний бронхіт, що отримували лікування в інфекційному відділенні Сумської міської дитячої клінічної лікарні. Групу порівняння склали 15 практично здорових дітей.

За результатами проведеного дослідження був виявлений дисбаланс макро- та мікроелементного складу, що проявлявся достовірним підвищенням концентрації міді та зниженням вмісту цинку в сироватці крові в порівнянні з аналогічними показниками у здорових дітей.

Мідь входить до складу окисних ферментів. На висоті захворювання, коли підвищується інтенсивність процесів вільно- радикального окислення, необхідність у цих ферментах значно зростає. Можливо, це й призводить до значного викиду міді з депо і активного її використання в обмінних процесах.

Оскільки цинк є основним елементом, що регулює активність імунної системи, він є фактором неспецифічного імунного захисту, необхідним для дозрівання специфічних імунних клітин і вироблення цитокінів, то можна опосередковано судити про імунологічні порушення та зниження резистентності організму в обстежених дітей.

Отже, встановлений дисбаланс міді та цинку, який потребує подальшого уточнення ролі фізіологічних та патофізіологічних механізмів дії біоелементів, що надалі дозволить не тільки розширити знання про патогенез, але й виявити діагностичні і прогностичні маркери розвитку обструктивних бронхітів у дітей раннього віку.

ВПЛИВ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ СУЛЬФАТУ ЦИНКУ ТА РЕЦЕПТИВНОЇ МУЗИКОТЕРАПІЇ НА ПЕРЕБІГ ВЕГЕТОСУДИННОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ-НАЩАДКІВ ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Савельєва-Кулик Н.О.

Науковий керівник – д.м.н., проф. О.І. Сміян

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Вегетативні дисфункції визначають більшість неінфекційних захворювань в педіатричній практиці та зумовлюють формування психосоматичної патології зрілого віку. За даними літератури, висока коморбідність вегетативних та емоційних порушень пояснюється множинним нейрохімічним дефектом серотонінергічних, адренергічних, глутаматергічних та інших систем, функціонування яких залежить від обміну протеїнів, які зв'язані з мікроелементами (МЕ), та виконують функцію каталізаторів. Найбільш важливими МЕ в реакціях адаптації вважають мідь (Cu), цинк (Zn) і селен.

Метою дослідження було вивчити ефективність корекції змін мікроелементного забезпечення при комплексному лікуванні вегетативно-судинних дисфункцій (ВСД) у дітей-нащадків ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС (ЛНА на ЧАЕС) із використанням сульфату цинку та залученням рецептивної музикотерапії (РМТ).

Пацієнти I групи (30 дітей) протягом 14 днів отримували стандартну терапію (вегетостабілізуючі, вазотропні, кардіотропні, нейрометаболичні препарати, фізіотерапія). Спираючись на результати попередніх досліджень та виявлену недостатність Zn у дітей-нащадків ЛНА на ЧАЕС з ВСД, пацієнтам II групи (39 дітей) в комплексному лікуванні було призначено сульфат цинку по 1 таблетці (0,124 г) 3 рази на день після їжі протягом 14 днів. В III групі (35 пацієнтів), зважаючи на виявлені зміни у психоемоційному реагуванні, на фоні стандартної терапії і призначення сульфату цинку було проведено сеанси РМТ за регулятивною методикою. Контрольну групу склали 27 практично здорових дітей відповідного віку (13-17 років). Вплив проведеного лікування досліджували на підставі атомно-абсорбційної спектрофотометрії сироватки крові з визначенням концентрацій Cu, марганцю (Mn), Zn, кадмію (Cd) та нікелю (Ni).

Аналіз мікроелементного забезпечення наприкінці терапії в II і III групах виявив вірогідні позитивні зміни порівняно з показниками дітей, що отримували стандартне лікування. Вміст Cu ($19,68 \pm 0,951$ мкмоль/л та $19,7 \pm 0,83$ – II і III групи відповідно) та Cd ($1,13 \pm 0,064$ мкмоль/л та $1,12 \pm 0,049$ мкмоль/л – II і III групи відповідно) був вірогідно нижчим відносно значень на початку терапії ($p < 0,05$) та показників в групі стандартного лікування на момент виписки (Cu – $22,5 \pm 0,91$ мкмоль/л, Cd – $1,30 \pm 0,058$ мкмоль/л). Однак зберігалась різниця з контролем ($p < 0,05$). Вміст Zn, на відміну від I групи ($0,006 \pm 0,0012$ мкмоль/л), у дітей II ($0,0094 \pm 0,00141$ мкмоль/л) і III групи ($0,0092 \pm 0,00121$ мкмоль/л) вірогідно збільшувався ($p < 0,05$) але не досягав контрольних значень. Вірогідних відмінностей між рівнем Ni у дітей I, II і III груп в кінці терапії не виявлено, вміст вказаного МЕ зменшувався ($p < 0,05$), але залишався вищим відносно групи контролю ($p < 0,05$). Концентрація Mn у пацієнтів II і III груп знижувалась та досягала показників контролю, що співпадало з ситуацією в групі пацієнтів, які отримували стандартне лікування. В цілому вірогідної різниці між мікроелементним забезпеченням дітей II та III груп в кінці терапії не зафіксовано ($p > 0,05$).

Отже, лікування ВСД із використанням сульфату цинку та залученням РМТ сприяло позитивній корекції мікроелементного забезпечення пацієнтів-нащадків ЛНА на ЧАЕС. Відсутність вірогідних статистичних відмінностей між показниками мікроелементного статусу в групах диференційованого лікування не зменшує значення акустично-резонансних відновлювальних методик, але підкреслює м'який модулюючий характер впливу останніх, що потребує нестандартних підходів до діагностики та комплексної оцінки результатів терапії.

ВМІСТ ЦИНКУ ТА МІДІ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Сміян О.І., Курганська В.О.

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

В структурі алергічної захворюваності проблема бронхіальної астми (БА) у дітей займає одно з провідних місць. Це пов'язано зі збільшенням частоти захворюваності та більш тяжким перебігом цієї форми респіраторного алергоза. Незважаючи на те, що збереження здоров'я громадян України визначено стратегічним напрямом розвитку охорони здоров'я, спостерігається зниження якості здоров'я школярів і підлітків. В останні роки розробляються та впроваджуються нові технології лікування цієї патології. Перспективним в цьому напрямку є вивчення мікроелементного стану крові таких дітей з метою його подальшої корекції, що може сприяти досягненню довготривалої ремісії захворювання.

Метою даної роботи є вивчення мікроелементного балансу у дітей з БА віком від 6 до 18 років. Обстежено 52 хворі дитини з даним діагнозом, які знаходились на лікуванні у СОДКЛ і 20 умовно здорових дітей відповідного віку. В якості матеріалу дослідження була взята кров із вени об'ємом 3-5 мл на момент госпіталізації і на 10-14 день перебування у стаціонарі після проведення відповідної базисної терапії.

Для вимірювання вмісту мікроелементів (Zn, Cu та ін.) використовували атомно-абсорбційний метод з графітовим електротермічним атонізатором.

Результати досліджень свідчать про те, що у дітей всіх вікових груп відбувається дисбаланс мікроелементів. Вміст цинку в сироватці крові у дітей з БА був достовірно вищим у порівнянні з групою контролю ($p < 0,01$). Зниження Zn одночасно супроводжувалося підвищенням рівнем у сироватці крові хворих на БА міді на 10-14 день перебування у стаціонарі.

Отже, вказані зміни свідчать про активність алергічного запального процесу в організмі при БА та диктують необхідність включення в терапію хворих на астму препаратів, які мають у своєму складі мікроелемент цинк.

ЗМІНИ ДЕЯКИХ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ ПРИ ГОСТРОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ БРОНХІТІ В ДІТЕЙ

Северіна О.С., Пищик В.Б.

Науковій керівник – д.м.н., проф. О.І. Сміян

СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти

КУ Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди

Серед захворювань дихальної системи в дитячому віці значне місце займає гострий обструктивний бронхіт (ГОБ). В умовах сучасності перебіг гострих обструктивних бронхітів дещо змінився та потребує особливої уваги. Залишаються маловивченими питання порушення макро – та мікроелементного гомеостазу в умовах розвитку гострої обструкції легеневої системи. При цьому рівень захворюваності гострим обструктивним бронхітом щорічно зростає, що потребує розробки нових підходів до комплексного лікування, з урахуванням змін мікроелементного гомеостазу організму.

На базі СМДКЛ нами були проведені дослідження мікроелементів в сироватці крові 68 дітей, що захворіли на гострий обструктивний бронхіт в 2008-2009 рр. Встановлено, що найбільша захворюваність на гострий обструктивний бронхіт серед дітей раннього віку спостерігається у осінньо-зимовий період (листопаді – грудні). ГОБ, як правило, супроводжувався дефіцитною анемією, тимомегалією, залишковими явищами перинатального враження ЦНС, алергічними захворюваннями. В загальному аналізі крові спостерігалось зниження рівня лейкоцитів, еритроцитів і гемоглобіну. У дітей обстеженої групи в гострий період захворювання в сироватці крові відбувалося достовірне зменшення Mn та Zn ($p < 0,05$), в той же час концентрація Cu в сироватці крові достовірно збільшувалась ($p < 0,05$), а в період реконвалесценції рівень Zn та Cu в сироватці крові достовірно нормалізувались ($p < 0,05$).

Таким чином, у дітей з ГОБ спостерігається виражений дисбаланс мікроелементів в сироватці крові. Отримані дані свідчать про необхідність проведення подальшого дослідження в цьому напрямку для встановлення ролі біоелементів в патогенезі гострого обструктивного бронхіту та методів їх відповідної корекції.

ВПЛИВ ВМІСТУ ЙОДУ ТА СЕЛЕНУ В ОРГАНІЗМІ НА ПЕРЕБІГ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ

Цюра О.М.

Науковий керівник – д.м.н., проф. Г.С. Сенаторова

Харківський національний медичний університет, кафедра педіатрії №1 і неонатології

Метою даної роботи було прогнозування перебігу обструктивного бронхіту у дітей на підставі вивчення вмісту селену та йоду, функціонального стану щитоподібної залози та стану імунітету.

Матеріали та методи дослідження. Проведено дворазове обстеження 81 дитини віком від 6 місяців до 4 років хворих на обструктивний бронхіт, в гострому періоді та у періоді ремісії, котрі знаходились на лікуванні в пульмонологічному відділенні ОДКЛ м. Харкова Група контролю- 19 умовно здорових дітей.

Результати та їх обговорення. Серед обстежених дітей переважали хлопчики — 59%. Тяжкий перебіг хвороби спостерігався у 59,2 ± 6,62% дітей і 63±6,51% з них перші 1-2 доби проходили лікування в умовах відділення реанімації. Знижений рівень селену у гострому періоді спостерігався у 92,6 % дітей, середнє значення дорівнювало 0,46± 0,16 мкг/г (при нормі 0,7-1,5 мкг/г) та лишався зниженим у 50 % обстежених пацієнтів у періоді ремісії захворювання (середнє значення - 0,69 ± 0,14 мкг/г) ($p < 0,001$). Йодне забезпечення дітей при обструктивному бронхіті характеризувалось різноманітністю даних. У гострому періоді дисбаланс вмісту йоду виявлено у 69,9% обстежених (із них у 35,4% - легкий йодний дефіцит і у 30,2 % - підвищена медіана йодурії). У дітей із важким перебігом захворювання і у дітей, які вже перенесли два та більше епізодів обструктивного бронхіту спостерігалась тенденція до збільшення медіани вище норми (42,2% та 40,5 %). У періоді ремісії у половини дітей медіана йодурії повертається до норми, але у 37,2 % вона знижена. При проведенні системного аналізу кореляційних структур ми виявили, що функціональний стан гіпофізарно-тиреоїдної системи, якщо розглядати у поєднанні з рівнем йоду і селену, стає більш збалансованим, але виявлене напруження системи зберігається і в періоді ремісії та носить компенсаторний характер. Тобто достатній вміст в організмі селену і йоду сприяє злагодженій роботі гіпофізарно-тиреоїдної системи, що в свою чергу підвищує адаптаційні можливості організму дитини і сприяє адекватній відповіді на вплив зовнішніх чинників.

МІКРОЕЛЕМЕНТОЗ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ РОСТУ

Воронцова Т.О., Федорців О.Є., Сміян О.І. , Багірян І.О., Кінаш М.І., Шульгай Л.М., Романюк О.К.**

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, кафедра педіатрії з дитячою хірургією №1,

**СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти*

Досліджуючи стан здоров'я дітей з низькорослістю, було виявлено, що в більшості дітей із затримкою росту є порушення процесів всмоктування в ШКТ, що сприяє порушенню обміну мікроелементів, вітамінів.

У дітей із недостатньо фінансово забезпечених сімей переважало вуглеводно-жирове харчування (картопля, макарони, олія, смалець), з недостатньою кількістю тваринного білку, дефіцитом вітамінів і мікроелементів.

Для дослідження порушення мікроелементного гомеостазу було проведено визначення вмісту основних есенціальних (Cu, Zn, Mg, Mn, Si, Ca, Se, Fe) та умовно-токсичних (Pb, Cr, Ni, Mo, Al) мікроелементів у волоссі дітей

з низькорослістю в Центрі Біотичної Медицини професора Скального А.В. (Росія, м. Москва) методом аналізу вмісту хімічних елементів в волоссі людини атомно-емісійною та мас-спектрометрією з індуктивно зв'язаною аргонною плазмою. При аналізі мінерального складу волосся була встановлена однонаправленість мікроелементних порушень у хворих із затримкою росту. Так, у більшості дітей (94 %) із низькорослістю, незалежно від супутньої патології, було виявлено виражений дефіцит цинку і селену, помірний дефіцит йоду. При відсутності лабораторних ознак анемії в загальному аналізі крові, в половині дітей було виявлено дефіцит заліза. В 12 % дітей виявлено дефіцит магнію і міді.

Отже, у дітей із затримкою росту було виявлено дефіцит есенціальних мікроелементів в складі волосся, що говорить про сформований мікроелементоз, який поряд з виявленими негативними факторами забезпечує зменшення темпів росту у дітей.

ACTUAL PROBLEMS OF FUNDAMENTAL AND CLINICAL MEDICINE (IN ENGLISH)

СЕКЦІЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

ACE GENE AND PHYSICAL ACTIVITY

Obukhova O.A., Sheikh K.M., 3rd year student

Sumy State University, Department of physiology and patophysiology with med. biology cours

Human physical performance is strongly influenced by genetic factors. Research focused on exercise at the genetic or genomic level has typically involved investigations of genes that affect quantitative measures known to be directly influenced by exercise (e.g., muscle mass, bone density, and so forth). No gene has yet been identified for physical activity level, although genes related to metabolic rate might predispose an individual to be active or inactive. One of that genes is ANGIOTENSIN CONVERTING ENZYME (ACE).

A variation in the structure of the human angiotensin I-converting enzyme (ACE) gene has been reported in which the insertion (I) variant is associated with lower ACE levels than the deletion (D) gene. The deletion (D) allele of the gene for angiotensin-converting enzyme (ACE) is associated with higher plasma and tissue levels of the enzyme and has also been related to a variety of cardiovascular complications, particularly myocardial infarction. ANGIOTENSIN I-CONVERTING ENZYME (ACE) is a widely expressed enzyme whose physiological function is to convert angiotensin I to angiotensin II and to inactivate bradykinin and tachykinins. There is a 287-bp insertion (I)/deletion (D) polymorphism in intron 16 of the ACE gene that occurs commonly and that accounts for a substantial portion of the variance in serum ACE levels, with the highest mean levels of serum ACE occurring in subjects with genotype DD and the lowest in subjects with genotype II.

Epidemiological research has shown that regular physical activity has protective effects for several chronic diseases, including coronary heart disease (CHD), hypertension (HT), non-insulin-dependent diabetes mellitus, and osteoporosis, whereas low levels of physical fitness are associated with increased all-causes mortality rates. The angiotensin-converting enzyme (ACE) plays an important role in cardiovascular homeostasis through angiotensin II formation and bradykinin inactivation. It has been shown that an insertion (I)/deletion (D) polymorphism of the ACE gene (ACE I/D) accounts for half of the phenotypic variance of serum ACE and that the ACE/DD genotype, which is associated with higher levels of serum ACE, is also a risk factor for myocardial infarction, especially in subjects normally considered to be at low risk. Recent reports additionally suggest that the ACE I/D may be associated to the anabolic response and the left ventricular growth induced by physical training, maximal oxygen consumption, and elite athletic performance.

ACTUALITY OF PROBLEM OF HIV/AIDS IN NIGERIA

Emeka Obiora, student of 5th course

Scientific leader - S.V. Pavlicheva

Sumy State University, Department of social medicine

In 2008, the Nigerian population was 123.9 million while HIV Prevalence was 5.0% of the population. Estimated HIV burden was 3.47 million, while estimated AIDS burden was 1.2 million. Estimates using the 2008 HIV seroprevalence sentinel survey of women attending ante-natal clinics indicated that more than 3.5 million Nigerians were infected with the virus in 2008. The epidemic has extended beyond the commonly classified high-risk groups to the general population.

As at the end of 2005, at least three and a half million people were living with HIV/AIDS, which was expected to rise to well over four million in 2008. Cumulative deaths in 2008 are predicted to be between 3.6 to 4.2 million. Out of this, between 300,000 to 700,000 people are in urgent need of treatment. Percentage of young people 15-24 years who correctly identify two major ways of preventing the sexual transmission of HIV (using condoms and limiting sex to one faithful, uninfected partner), who reject the two most common local misconceptions about HIV transmission, and who know that a healthy looking person can transmit 15-24 years).

Nigeria has a severe and rapidly growing HIV/AIDS epidemic, characterized by an adult prevalence rate in the range of 3.6%–8.0%. The epidemic is generalized and driven primarily by heterosexual transmission. Since the first cases of AIDS were diagnosed in Nigeria in 1986, adult HIV prevalence increased from 1.8% in 1991 to 5.8% in 2006 and declined to 5.0% in 2008. Women are believed to be more severely affected than men. Young people, especially women 20–24 years old, are increasingly vulnerable. Other affected groups include sex workers and people with tuberculosis. Low levels of condom use, especially among mobile populations, a high prevalence of untreated sexually transmitted infections, poverty, stigma and discrimination, low rates of literacy, poor health status, low status of women, and prevalence of polygamy and low perceptions of risk among vulnerable groups have contributed to the rapid spread of the epidemic.

In 2001, the government announced a programme to provide antiretroviral therapy at subsidized rates to 10 000 adults and 5000 children living with HIV/AIDS, within the context of the National HIV/AIDS Emergency Action Plan and the National Health Sector Plan for HIV/AIDS. Under the National Health Sector Plan for HIV/AIDS, the government will commit to ensuring that everyone has access to quality health care and adequate treatment or management of their conditions, including the provision of antiretroviral therapy. Antiretroviral therapy must be medically supervised and governed by established effective guidelines that are regularly updated with findings from research. Lists of cost-effective drugs will be developed and incorporated into Nigeria's Essential Drugs List. Antiretroviral drugs must be sold under strict medical supervision.

ACTUALITY OF PROBLEM OF HIV/AIDS IN MALAYSIA

Nurul Syuhada Mazlan, student of 5th course

Scientific leader - S.V. Pavlicheva

Sumy State University, Department of social medicine

Human immunodeficiency virus (HIV) is a lentivirus (a member of the retrovirus family) that causes acquired immune deficiency syndrome (AIDS), a condition in human in which the immune system begins to fail, leading threatening opportunistic infection. Mode of transmission is usually by unsafe sex, contaminated needle, breast milk, vertical ways (from mother to her baby at birth), blood or blood product.

In 2008, the Malaysian population was 24,821,286; the age structure is 0-14 years - 32.2% (male 4,118,086; female 3,884,403), 15-64 years - 62.9% (male 7,838,166; female 7,785,833), 65 years and over - 4.8% (male 526,967; female 667,831). Birth rate is 22.65 births/1,000 population while death rate is 5.05 deaths/1,000 population.

Malaysia is home to one of the fastest growing AIDS epidemics in the East Asia and Pacific region. Between the first detected case in 1986 and 2008, 84,630 men, women and children have been notified infected with HIV; while 11,234 have died of AIDS. According to the National Drug Agency (ADK) 2008, 3,692 new HIV infections notified, 900 death AIDS related with average 10 new daily infections. According to the National Drug Agency (ADK), 12,352 drug users were detected between January and December 2008, 6,413 of whom were repeat offenders. A majority of drug users are male (98%). According to the ADK's survey, 55% of cases detected in 2008 used drugs as a result of peer influence, while 21% used drugs for fun. Another 15% of users were curious about drugs. Heroin remains the preferred choice of drugs for users in Malaysia at 40%, while users of Amphetamine-Type-Stimulants (ATS) account for 14% of total detected cases in 2008.

According to WHO data of epidemic estimation 2003 stated that 0.4% adult prevalence rate, 52,000 people living with HIV/AIDS and 2,000 death causes by HIV/AIDS.

In conclusion to faced with a rising HIV epidemic among injecting drug users, harm reduction policies and programs were introduced in Malaysia in 2005. The positive impact seen since the introduction of these programs comprise the inclusion of the health aspects of illicit drug use in the country's drug policies; better access to antiretroviral therapy for injecting drug users who are HIV infected; reduction in HIV-risk behavior; and greater social benefits, including increased employment.

BENEFITS AND RISKS OF CHILDHOOD IMMUNIZATION

Tverdokhlib V., student of 2th course

EL adviser - N.G. Horobchenko

Sumy State University, Chair of Foreign Languages

Vaccines are a safe and effective way to give children immunity against a number of potentially serious diseases. Babies are born with a certain amount of natural protection against disease, which comes in the form of antibodies they get from their mothers. However, the natural protection does not last past the first year of life and young children are at risk for a number of diseases that can be serious, and even fatal.

Childhood immunization helps the immune system build up resistance to disease. It works by giving children vaccines containing tiny amounts of viruses or bacteria that are dead, weakened, or purified components. The vaccines prompt the child's immune system to produce antibodies that will attack the virus or bacteria to prevent disease. The child's immune system stores the information about how to produce those particular antibodies, and responds if the child is exposed to that same virus or bacteria in the future.

The question of vaccine-related damage provokes tremendous controversy. Conventional opinion holds that vaccines are good, and that those who question vaccination are bad. Two potentially conflicting values operate in this controversy – first, the desire to eliminate disease, and, second, the desire of patients to protect their children from damage. No vaccine is perfectly safe. An adverse event can be said to be caused by a vaccine if it is associated with a specific laboratory finding and a specific clinical syndrome or both. Alternatively, a clinical or epidemiological study is needed to find out whether the rate of a given syndrome in vaccinated individuals exceeds that expected among unvaccinated controls. Vaccination may damage children in several ways. Live or attenuated virus vaccination can actually produce the infection that the vaccine is supposed to prevent. For example, live polio should never be administered to a child who comes in contact with an HIV patient, for the attenuated virus can “leap” to the HIV patient and produce polio. Reports exist of normal parents who have developed polio from the viral vaccine given to their children. A second mechanism of damage comes from neurotoxic materials found sometimes in vaccines. Thimerosal is the most widely discussed, since it contains mercury. The third, and probably the most important theory of vaccine damage, relates to allergic reactions and the development of an auto-immune response, stimulated by the vaccine and its adjuvant.

A statement that vaccination is a medical procedure which carries a risk or injury or death can be made about any medical procedure. As a parent, it is your responsibility to become educated about the benefits and risks of vaccines in order to make the most informed, responsible vaccination decisions.

BURN WOUND HEALING IN RATS WITH CHITOSAN GEL

Collins Orluwosu, Dennis Miriti, 2^d year student

Scientific adviser - associate prof. M.V. Pogorelov

Sumy State University, Human Anatomy Department of Medical Institute

Burn injuries are frequent and are disabling problem in most parts of the world; resulting in approximately 1 million emergency department visits, 50,000 hospital admissions, and a 5% mortality rate in the United States. The skin is the largest

organ in humans and accounts for 15% of body weight and 10–25% of whole-body protein turnover in animals. Burns involving more than 20% of the body surface area, results in extensive inflammatory, endocrine, metabolic, and immune responses. These lead to substantial changes in body composition and tissue function. Tissue repair and wound closure may last for weeks and usually requires extensive surgery and skin grafting.

Tissue engineering is emerging as an interdisciplinary field in biomedical engineering, which aims at regenerating new biological material for replacing diseased or damaged tissues or organs. To achieve this, not only is a source of cells required, but also an artificial extracellular matrix upon which the cells can be supported. In humans, skin represents approximately one-tenth of the body mass. Damage such as trauma, disease, burn or surgery to a part of this major organ has dramatic consequences. Engineering skin substitutes represent a prospective source of advanced therapy in combating acute and chronic skin wounds.

At present, there are no models of bioengineered skin that completely replicate the anatomy, physiology, biological stability or aesthetic nature of uninjured skin. Skin substitutes should have some essential characteristics which include: being easy to handle and apply to the wound site of the skin, provide vital barrier function with appropriate water flux, be readily adherent, have appropriate physical and mechanical properties, undergo controlled degradation, be sterile, non-toxic, non-antigenic, and evoke minimal inflammatory reactivity. Additionally, they should incorporate into the host with minimal scar formation and pain. More so, must facilitate angiogenesis, while still being cost effective.

In this study, chitosan gel and miramistin gel was selected for construction of wound dressing. Two percent chitosan acetic solution and 0.05% miramistin aqueous solution were prepared.

Infrared analyses, morphology (SEM), water uptake ability, biodegradation of porous wound dressing scaffolds were studied in the used compound. In-vitro study showed that scaffolds have good bioactive properties that allow its usage in wound healing. The compound used had small pores that prevented loss of proteins from wounded surface. Water-retaining capacity suggested that chitosan scaffolds played a major role in the maintenance of the extracellular space, facilitated the transport of iron solutes and nutrients, and preserved tissue hydration. After 24 hours, in-vitro degradation and loss in mass was observed in more than 60% of the scaffolds. These show good biodegradation properties.

24, 3-month-old male rats were used for the in-vivo study. The burn wounds were made by using boiled water (95°C). After the formation of standard second-degree burn wound, the chitosan gel were applied two times in a day to the burned areas for 14 days. The animals were divided into three groups; 1st – standard wound healing, 2nd – simple chitosan gel, the 3rd – chitosan and miramistin gel. Each day, materials from surface of wounds were taken for microbiology studies. Full skin biopsies were collected at the 3rd, 6th and 14th days after wound formation for the histological studies.

The histological results indicated that in 2nd and 3rd groups, healing was better and more rapid when compared with the standard group. The amount of pathogenic bacteria was also less than that of the standard group. Therefore, the use of Chitosan and mirastimin gel can be of great help in the treatment of burns and other wounds of the skin.

HEALTHY LIFE STYLE

Antsibor I., student of the 2nd course

EL adviser - S.I. Ochtema

Sumy State University, Chair of Foreign Languages

It's common knowledge that health is extremely important for every person. Since ancient times the words "happy" and "healthy" have very often been used as synonyms. Rich people were ready to give all their fortune for health. Possessing good health is rather a precious thing but many factors can destroy it. Nowadays our life is getting more and more tense. People live under the press of different problems, such as social, ecological, economic and others. They constantly suffer from stress, noise and dust in big cities, diseases and instability. People need not experience events directly to feel stress. Television, newspapers, and other means of mass communication flood people with information about upsetting events throughout the world. All these things may be harmful to our health. There are many hazards to our health but they could be easily avoided if we followed the Golden Rules of ethics and lived in accord with Nature.

Our inner balance alone can withstand many illnesses which otherwise turn dangerous. A person should be strong and healthy in order to overcome all difficulties. To achieve this aim people ought to take care of their physical and mental health. There are several ways to do it. The state of your body depends on how much time you spend doing sports. At least everybody must do morning exercises every day. The most healthy kinds of sports are swimming, running and cycling. Healthy food is also a very important factor. Overeating causes many dangerous diseases. Our bodies are apt to be our autobiographies. The daily menu should include meat, fruit and vegetables, milk product, which are rich in vitamins, fat, proteins and etc. On the other hand modern diets are very popular especially among women. Diets may be harmful, if they are used in the wrong way.

Taking into consideration all these aspects we can state that health alone is a victory. It's necessary to consider the term „health“ in its broader sense - not only physical but spiritual as well. An ancient proverb says, „A sound mind in a sound body.“ If we want to preserve our health we should be persistent. The motto- „lead a healthy life“-is rather suitable in this case. To be healthy, people should get rid of their bad habits. It's necessary to stop smoking and drinking much. We must be kind and tolerant to others. No one can do it for us and only then will the heavens help those who help themselves. Everyone should remember that cigarettes, alcohol and drugs destroy both body and brain. Besides according to statistics most of crimes are committed by people under the influence of drugs and alcohol. In addition it is recommended to watch TV less, avoid anxiety and observe daily routine. Certainly it's hard to follow all these recommendations, but every person have to choose between healthy life style and numerous illnesses. Use three physicians' skills: first Dr Quiet, then Dr Merriman, and Dr Diet. Health is the thing that makes you feel that now is the best time of the year. Lack of health deprives our life of its vividness.

HIPPOCRATES – FATHER OF MEDICINE

Obewu-Onwuka Lovina, Ogunkoya Janet, 2nd year student

Scientific adviser - associate prof. V.I Bumeister

Sumy State University, Human Anatomy Department of Medical Institute

Historians accept that Hippocrates was born around the year 460 BC on the Greek island of Kos (Cos), and became a famous physician and teacher of medicine. Soranus wrote that Hippocrates' father was Heraclides, a physician; his mother was Praxitela, daughter of Tizane. The two sons of Hippocrates, Thessalus and Draco, and his son-in-law, Polybus, were his students. According to Galen, a later physician, Polybus was Hippocrates' true successor, while Thessalus and Draco each had a son named Hippocrates.

Soranus said that Hippocrates learned medicine from his father and grandfather, and studied other subjects with Democritus and Gorgias. Hippocrates was probably trained at the asklepieion of Kos, and took lessons from the Thracian physician Herodicus of Selymbria. The only contemporaneous mention of Hippocrates is in Plato's dialogue Protagoras, where Plato describes Hippocrates as "Hippocrates of Kos, the Asclepiad". Hippocrates taught and practiced medicine throughout his life, traveling at least as far as Thessaly, Thrace, and the Sea of Marmara. He probably died in Larissa at the age of 83 or 90, though some accounts say he lived to be well over 100; several different accounts of his death exist.

The Hippocratic Corpus contains textbooks, lectures, research, notes and philosophical essays on various subjects in medicine, in no particular order. These works were written for different audiences, both specialists and laymen, and were sometimes written from opposing view points; significant contradictions can be found between works in the Corpus. Notable among the treatises of the Corpus are The Hippocratic Oath; The Book of Prognostics; On Regimen in Acute Diseases; Aphorisms; On Airs, Waters and Places; Instruments of Reduction; On The Sacred Disease; etc.

The Hippocratic Oath, a seminal document on the ethics of medical practice, was attributed to Hippocrates in antiquity although new information shows it may have been written after his death. This is probably the most famous document of the Hippocratic Corpus. Recently the authenticity of the document's author has come under scrutiny. While the Oath is rarely used in its original form today, it serves as a foundation for other, similar oath and laws that define good medical practice and morals. Such derivatives are regularly taken today by medical graduates about to enter medical practice.

Some clinical symptoms and signs have been named after Hippocrates as he is believed to be the first person to describe those. Hippocratic face is the change produced in the countenance by death, or long sickness, excessive evacuations, excessive hunger, and the like. Clubbing, a deformity of the fingers and fingernails, is also known as Hippocratic fingers. Hippocratic succussion is the internal splashing noise of hydropneumothorax or pyopneumothorax. Hippocratic bench (a device which uses tension to aid in setting bones) and Hippocratic cap-shape bandage are two devices named after Hippocrates.

In the modern age, a lunar crater has been named Hippocrates. The Hippocratic Museum, a museum on the Greek island of Kos is dedicated to him.

ACE GENE AND PHYSICAL ACTIVITY

Obukhova O.A., Sheikh K.M., 3rd year student

Sumy State University, Department of physiology and patophysiology with med. biology cours

Human physical performance is strongly influenced by genetic factors. Research focused on exercise at the genetic or genomic level has typically involved investigations of genes that affect quantitative measures known to be directly influenced by exercise (e.g., muscle mass, bone density, and so forth). No gene has yet been identified for physical activity level, although genes related to metabolic rate might predispose an individual to be active or inactive. One of that genes is ANGIOTENSIN CONVERTING ENZYME (ACE).

A variation in the structure of the human angiotensin I-converting enzyme (ACE) gene has been reported in which the insertion (I) variant is associated with lower ACE levels than the deletion (D) gene. The deletion (D) allele of the gene for angiotensin-converting enzyme (ACE) is associated with higher plasma and tissue levels of the enzyme and has also been related to a variety of cardiovascular complications, particularly myocardial infarction. ANGIOTENSIN I-CONVERTING ENZYME (ACE) is a widely expressed enzyme whose physiological function is to convert angiotensin I to angiotensin II and to inactivate bradykinin and tachykinins. There is a 287-bp insertion (I)/deletion (D) polymorphism in intron 16 of the ACE gene that occurs commonly and that accounts for a substantial portion of the variance in serum ACE levels, with the highest mean levels of serum ACE occurring in subjects with genotype DD and the lowest in subjects with genotype II.

Epidemiological research has shown that regular physical activity has protective effects for several chronic diseases, including coronary heart disease (CHD), hypertension (HT), non-insulin-dependent diabetes mellitus, and osteoporosis, whereas low levels of physical fitness are associated with increased all-causes mortality rates. The angiotensin-converting enzyme (ACE) plays an important role in cardiovascular homeostasis through angiotensin II formation and bradykinin inactivation. It has been shown that an insertion (I)/deletion (D) polymorphism of the ACE gene (ACE I/D) accounts for half of the phenotypic variance of serum ACE and that the ACE/DD genotype, which is associated with higher levels of serum ACE, is also a risk factor for myocardial infarction, especially in subjects normally considered to be at low risk. Recent reports additionally suggest that the ACE I/D may be associated to the anabolic response and the left ventricular growth induced by physical training, maximal oxygen consumption, and elite athletic performance.

THE LIFE OF THE FOREMOST ANATOMIST WILLIAM HARVEY

Devis Sarah Ekuu, student of the 2nd course

Scientific supervisor - L.G. Sulim

Sumy State University, Human anatomy chair

William Harvey was born in 1578 in Kent, England. He was a voracious student, earning his bachelor's degree in 1597 from Cambridge University. He continued his schooling at the University of Padua, the foremost medical school of the time, where he studied under the esteemed scientist and surgeon, Hieronymus Fabricius. Harvey graduated with honors in 1602 and returned to England where he earned yet another medical degree from Cambridge University. He then settled down to begin practicing medicine. Harvey was fascinated by the way blood flowed through the human body. Most people of the day believed that food was converted into blood by the liver. Harvey knew this was untrue through his firsthand observations of human and animal dissections. In 1628 Harvey published "EXERCITATIO ANATOMYCA DE MOTU CORDIS ET SANGUINIS IN ANIMALIBUS", which explained how blood was pumped from the heart throughout the body, then returned to the heart and recirculated. Harvey's elucidation of blood circulation overturned the work of Galen and advanced that of A. Vesalius and Fabricius. It clarified the function of heart valves, proved that blood did not pass through the septum in the heart, explained the purpose of valves in the veins and of the pulmonary circulation, showed that blood is pumped from the atria into the ventricles and then into the rest of the circulatory system, and proved that the pulse reflected heart contractions. The views this book expressed were very controversial and lost Harvey many patients, but it became the basis for all modern research on the heart and blood vessels.

A second ground-breaking book published by Harvey in 1651, 'ESSEYS ON THE GENERATION OF ANIMALS', is considered the basis for modern embryology. He speculated that humans and other mammals must reproduce through the joining of an egg and sperm. It was 200 years before a mammal's egg was finally observed, but Harvey's theory was so compelling and so well thought out that the world assumed he was right long before the discovery was finally made. Harvey was doctor to King Charles I of England and was appointed doctor of physic at Oxford. Harvey's medical and scientific genius were celebrated throughout the European medical community. In 1609, he was appointed to St. Bartholemew's Hospital.

Until the early 17th century Claudius Galen's books were still being used in some medical schools and Galen's explanation of the heart was still preferred by most doctors. It was William Harvey who proved that Galen was wrong and so made one of the most famous of medical discoveries.

EVALUATION OF NUTRIENT MEDIA FOR PRIMARY ISOLATION OF H. PYLORI FROM PATIENTS WITH DUODENAL AND GASTRIC ULCERS AND CHRONIC GASTRITIS

Kostyuk O.V.

Research supervisor – prof. V.P. Shyrobokov

*O.O. Bogomolets National medical university microbiology,
virology and immunology department*

Helicobacter pylori is probably the most common chronic bacterial infection of humankind, associated with duodenal and gastric ulcer and chronic gastritis, MALT-lymphoma and cancer of stomach. Isolation of *H. pylori* culture is the gold standard for diagnosis in a patient with suspected infection. Although not currently recommended for routine use, culture allows testing for susceptibility to antimicrobials, especially in populations with a high prevalence of drug resistance.

The aim of the present study was to compare four media, two nonselective and two selective media, to determine the best combination of media for the primary isolation of *Helicobacter pylori*. Mucosal antral biopsy specimens were obtained from 51 patients with duodenal and gastric ulcer and chronic gastritis (department of the hospitals therapy №2 NMU). For tissue sample transportation we used Stuart's transport medium (Merck, USA). Prior inoculation, material was homogenized in 0,5 ml of sterile saline or brain heart infusion broth during 1 min. Typing of bacterial culture was performed using cultural, morphological, tinctorial and fermentative criteria. Selected cultures of *H. pylori* were subcultivated on Columbia agar with 10% of the horse blood and Chocolate agar in microaerophilic condition at 37°C during the 48-72 hours. After treatment specimens were plated in parallel on all four media-Agar *pylori* (Bio Merieux, France), Columbia agar supplemented with blood and Skirrow's antibiotic supplement were used as selective media; Columbia blood agar and Chocolate agar *pylori* (Bio Merieux, France) were used as nonselective media. Overall 37 strains of *H. pylori* were isolated from biopsy specimens of 51 patients, providing an isolation rate of 72%. Comparison of all possible combinations of the four media showed that the highest rate of isolation of *H. pylori* was 100% (37 of 37) with combination of Agar *Pylori*- Chocolate agar. Combination of Columbia selective and nonselective blood agar was provided 64, 8% of isolation rate (24 of 37). The maximum isolation rate using selective media alone was 100%, which was achieved with Agar *pylori*. This media revealed colonies of *H. pylori* on 2 day of cultivation and showed the greatest inhibition effect on co-plated contaminants. Conversely, it was found that none of other media -nonselective media (Columbia blood agar and Chocolate agar) and selective Columbia agar, used alone, provided a 100% rate of isolation. The growth of *H. pylori* on nonselective media was slow, as 5 to 7 days were needed for the colonies to appear. There were many colonies of contaminants that complicated finding of separated *H. pylori* colonies.

These results indicate that for primary isolation of *Helicobacter pylori* using selective media is critical. Agar *pylori* can be recommended for using alone. On the other hand, Columbia blood selective agar should be used only in combination with nonselective (Chocolate agar) for first inoculation of specimens. For subcultivation both nonselective media are available.

THEODOR SCHWANN

Zhukova S.V., Heblo Ahmed, 3^d years student

Sumy State University, Department of Pathomorphology with course Histology, Cytology and Embryology

German physiologist who founded modern histology by defining the cell as the basic unit of animal structure.

Theodor Schwann was born at Neuss near Düsseldorf on Dec. 7, 1810. At the University of Bonn, which he entered in 1829, he met Johannes Müller, the physiologist, whom he assisted in his experiments. Schwann continued his medical studies at the University of Würzburg and later at the University of Berlin, from which he graduated in 1834. His doctoral dissertation dealt with the respiration of the chick embryo.

At the University of Berlin, Schwann again came into contact with Müller, who convinced him that he should follow a scientific career. Very soon after he began to work under Müller, he had his first success. From extracts which he made of stomach lining, Schwann demonstrated that a factor other than hydrochloric acid was operating in digestion. Two years later, in 1836, he succeeded in isolating the active principle, which he named pepsin, the first enzyme prepared from animal tissue.

Between 1834 and 1838 Schwann undertook a series of experiments designed to settle the question of the truth or falsity of the concept of spontaneous generation. His method was to expose sterilized (boiled) broth only to heated air in a glass tube, the result being that no micro-organisms were detectable and no chemical change (putre-faction) occurred in the broth. He was convinced that the idea of spontaneous generation was false.

While professor of physiology at the Catholic University of Leuven (Louvain), Belg. (1839–48), he observed the formation of yeast spores and concluded that the fermentation of sugar and starch was the result of life processes. He coined the word metabolism to define the chemical changes that take place in cells and he demonstrated that yeast organisms cause fermentation of sugar solutions.

At Müller's suggestion, Schwann also began research on muscle contraction and discovered striated muscles in the upper portion of the esophagus. He also identified the delicate sheath of cells surrounding peripheral nerve fibers, which is now named the sheath of Schwann.

In 1838 Schwann became familiar with Matthias Schleiden's microscopic research on plants. Schleiden described plant cells and proposed a cell theory which he was certain was the key to plant anatomy and growth. Pursuing this line of research on animal tissues, Schwann not only verified the existence of cells, but he traced the development of many adult tissues from early embryo stages.

Schwann proposed three generalizations concerning the nature of cells: First, animals and plants consist of cells plus the secretions of cells. Second, these cells have independent lives, which, third, are subject to the organism's life. Furthermore, he realized that the phenomena of individual cells can be placed into two classes: "those which relate to the combination of the molecules to form a cell. These may be called plastic phenomena," and "those which result from chemical changes either in the component particles of the cell itself, or in the surrounding cytotlastema [the modern cytoplasm]. These may be called metabolic phenomena." Thus Schwann coined the term "metabolism," which became generally adopted for the sum total of chemical processes by which energy changes occur in living things.

Schwann also contributed to the understanding and classification of adult animal tissues. He classified tissues into five groups: separate independent cells, such as blood; compacted independent cells, such as skin; cells whose walls have coalesced, such as cartilage, bones, and teeth; elongated cells which have formed fibers, such as tendons and ligaments; and finally, cells formed by the fusion of walls and cavities, such as muscles and tendons. His conclusions were also basic to the modern concept of embryology, for he described embryonic development as a succession of cell divisions.

Death came to Schwann on Jan. 11, 1882, 2 years after his retirement, in Cologne.

ACTION OF EPEC AND ANTIBIOTICS ON MICROFLORA OF INTESTINE OF CHILDREN WITH INTESTINAL ESCHERICHIOSIS

Ahmed Heblo, 3-th year student

Scientific supervisor – candidate of medical science V.V. Lipovskaya

Sumy State University, chair of infectious diseases and epidemiology with course of microbiology, virology, immunology

Change of qualitative and quantitative structure contents of the microflora of intestines under influence Enteropathogenic *E. coli* (EPEC) and antibiotic therapy on 98 children Sumy in the age 2 months till 8 years is investigated. The contents of microflora in excrements was investigated according to methodical recommendations "Laboratory diagnostics of dysbacterioses".

Such statistically authentic changes autochthonous microflora of intestines at children. Have been revealed: *Bifidobacterium spp.* at all surveyed children their amount changed within the limits of 10^5 - 10^7 CFO/1g feces, that considerably below norm. 55.1% of children the contents *Bifidobacteria* has made 10^6 CFO/1g feces and only 22.4% of patients their amount reached some 10^7 CFO/1g feces. Decrease in the contents of *Lactobacteria* up to a parameter of 10^3 - 10^6 CFO/1g feces is revealed also. 46.9% of children the amount *Lactobacteria* has made 10^3 CFO/1g feces and 34.7% of children their contents reached some 10^5 CFO/1g feces. The contents *Bacteriodes* at all patients has been lowered, did not exceed a parameter of 10^6 CFO/1g feces. Significant changes have been revealed in qualitative and quantitative structure of contents *E. coli*. At 72.2% of patients dysbiotic changes were characterized by total high-grade decrease in fermentation attitude of *E. coli*. Its contents was less than 10^6 CFO/1g feces. 28.6% of patients are revealed lactose negative serotypes Escherichia and 41.9% of patients – serotype *E. coli* with lowered fermentation activity. The quantity of lactose negative *E. coli* has made 10^7 CFO/1g feces, and the contents *E. coli* with lowered fermentation activity made 10^5 CFO/1g feces. Of all serotypes of *E. coli* 68% serotype showed lytic and hemolytic effect on donor specific bacteriophage MS2. It is found out, that *Bifidobacteria* and

Lactobacteria deficiency was connected with 100 % hemolytic activity of *E. coli*. The contents of conditional-pathogenic bacteria has been raised and also bacteria formed associations.

Analyzing the received results, it is possible to approve powerful influences of EPEC and antibiotic therapy on qualitative and the quantitative structural contents of children intestinal microflora.

EVALUATION OF THE SENSITIVITY CANDIDA SPP. ISOLATED FROM PREGNANT WOMEN AND NEWBORNS TO ANTIFUNGAL DRUGS

Inna Zakorko, Ann Masko, 2-th year student

Scientific adviser - candidate of medical science V.N. Golubnichaya

Sumy State University, chair of infectious diseases and epidemiology with course of microbiology, virology, immunology

Recently observed steady increase in diseases caused by pathogenic microflora, including yeast fungi of the genus *Candida*. It is associated with the spread of immunodeficiency of various origins and use of antibiotics, immunosuppressant and hormones.

The aim of this work was to research flushing of the skin and mucous for the presence *Candida* spp. and assess the sensitivity of selected strains to antimycotics.

To fulfill the objectives for the period 2008-2009, microbiological examinations of pregnant women and mothers after delivery who were at the hospital or registered at women's consultation of Sumy Regional Center of Obstetrics, Gynecology, Reproduction and their newborns was conducted. Authors have studied the sensitivity of 214 isolates of fungi *Candida*, of which *C. albicans* - 204 strains, *C. tropicalis* - 3 strains, *C. kefyr* - 7.

Sensitivity of selected fungi to antimycotic drugs in different species varied. It is found that the largest number of sensitive strains of *C. albicans* was to micosin, econazol, ketoconazole, flucytosine (100 %), nystatin (92,3 %), amphotericin (88,2 %). Use of paper disks with nystatin or amphotericin B (antibiotic production Institute, St. Petersburg) when testing type *C. albicans* to obtain reliable (with probability 95 %) results, compared with the reference method. Sensitivity of strains isolated from newborns and their mothers did not differ statistically significantly, indicating contamination of newborns mainly parents' strains. Fungi isolated from carriers and patients did not differ in their sensitivity, which indicates that the form candidiasis infection does not depend on the types and strains of fungi, as a consequence of specific immunological changes in macroorganisms and violations biocenoses.

EXPERIMENTAL MODEL TO EXPLORE AMELOGENESIS

Kuzenko Y.V., MD, Sievu, stud.

Supervisor – prof. A.M. Pomanyuk

Sumy State University, Department of Pathomorphology

To breed 20 male rats of by 3 months of age. Results of histological studies give grounds to assert that during amelogenesis in rats can be identified five areas of synthesis and maturation of enamel: stem, secreting of enamel, transitional, and mineralization maturation zone.

Our research found and that during amelogenesis in rat the intact enamel layer thickness is increased. So in the secretory zone of amelogenesis its size is $5.03 \pm 0.52 \mu\text{m}$ and has the smallest weight among all zones. The biggest indicator of enamel thickness observed in the zone of maturation and is $119.021 \pm 3.21 \mu\text{m}$. In the transition zone and the zone of mineralization of enamel in accordance with the size of $105.51 \pm 2.14 \mu\text{m}$ and $114.28 \pm 3.16 \mu\text{m}$. Thickness enameloblasts during amelogenesis reduced from $51.58 \pm 2.19 \mu\text{m}$ in the secretory zone to $40.91 \pm 1.25 \mu\text{m}$ transition zone. There is a slight increase in size enameloblasts zone of mineralization to $42.26 \pm 1.91 \mu\text{m}$. We can assume that the increase anameloblasts layer in the zone of mineralization associated with intensive mineralization function of these cells. In the maturation zone thickness anameloblasts reached $5.76 \pm 0.31 \mu\text{m}$. The thickness of the intermediate cells in the secretory zone of amelogenesis is $13.41 \pm 0.27 \mu\text{m}$ which is the lowest level among all zones. It should be noted that the thickness of the intermediate cells of the largest in the transition zone and reaches $50.78 \pm 1.19 \mu\text{m}$. In the area of mineralization amelogenesis thickness of intermediate cells is $40.89 \pm 2.16 \mu\text{m}$. Intermediate layer cells in the zone of maturation is not observed. Gingival layer of cells appears in the zone of mineralization and amelogenesis in size $32.25 \pm 1.07 \mu\text{m}$. In the maturation zone thickness gingival cells remains constant and equal to $32.16 \pm 0.71 \mu\text{m}$

Conclusions 1. In rats identified five areas of synthesis and maturation of enamel. 2. Each zone has a typical structure and size.

PHYSICAL ACTIVITY IS IMPORTANT FOR HEALTH

Piddubna T., the student of the 2nd course

EL adviser – N.O. Symonenko

Sumy State University, Chair of Foreign Languages

The article describes the main aspects of physical activity as an important determinant of health and a form of activity that has a great influence upon people. Physical inactivity is associated with the development of major non-communicable diseases. It has become increasingly clear that physical inactivity is a global health issue.

Physical activity is defined as any bodily movement produced by skeletal muscles that result in energy expenditure above resting level. Health Enhancing Physical Activity is defined as any form of physical activity that benefits health and fitness without undue harm or risk. In Europe, about one third of the population is sufficiently physically active. For EU Member States, the results of the Eurobarometer 2002 indicate that 29% of the population has sufficient physical activity. Beyond this

survey, data on levels of physical activity in the European countries are difficult to compare. Harmonized measures and indicators are still in development.

Physical activity can reduce the risk on several chronic diseases and it has beneficial effects on onset and progression of several chronic diseases and conditions. Among others, it reduces the risk of heart disease, stroke, overweight and obesity, type 2 diabetes, colon cancer, breast cancer and depression. It promotes musculoskeletal health and psychological condition.

The World Health Report of 2002 estimated the prevalence of physical inactivity among adults worldwide as being 17%. A range of 11% to 24% between WHO's subregions has been reported. An annual 1.9 million deaths were estimated to be associated with insufficient physical activity, via ischemic heart disease, stroke, type 2 diabetes, colon cancer and breast cancer as the specified causes of death.

The urban built environment and transport patterns are important barriers or promoters of daily physical activity. Furthermore, socioeconomic factors, workplace conditions and personal factors influence levels of daily physical activity.

The WHO's Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health has formulated the most comprehensive recommendations for physical activity. It recommends that individuals engage in adequate levels of physical activity throughout their lives. Different types and amounts of physical activity are required for different health outcomes.

The White Paper A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues outlines an integrated approach for Europe to improve healthy nutrition and physical activity. It was published in 2007. Additionally, the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health describes in more detail actions and policies to be implemented at member state level. European and International Networks promote physical activity by summarizing further evidence and examples of best practice on interventions and policies.

SMOKING AMONG MINORS AND THEIR EFFECTS ON ORGANISM

S. Romanyuk 1-year student, Otesanya Olamide O., 3-year student

Scientific supervisor – assist. of prof. O. Romanyuk

Sumy State University, Pediatrics Department

The relevance of the problem. The research shows the relevance of smoking among youths and its consequences. Statistics show that the large spread of tobacco smoking, consumption of psychoactive substances in different regions of the world is too high as the development of epidemic infections.

The aim of this work To Study characteristic distribution of tobacco use among students and establishing the patterns in the formation of dependence and changes in the body.

Materials and methods. Analysis of literary information about the problem under study. An anonymous survey of 240 students in secondary and gymnasium schools in Sumy was conducted using questionnaires.

The results of study Tobacco smoking - one of the most popular harmful habits in our society, since it is known that in the world 1 / 3 of men and 1 / 4 of female population smokes. Every day the percentage of adolescents who are not supposed to join in smoking rises. The main reasons of smoking among youth and adolescents are not the economic situation, and not lack of stability in communication, but rather of peer influence (and especially the reference group). Our results showed that smoking in secondary schools is most common among 10-11 grade students. The average age of smoking is 11.7 years. The average age at which boys studying in schools and gymnasiums make their first attempt to smoke virtually indistinguishable (respectively 9.9 and 9.7 years). In girls, the average age of smoking is early: 10.2 years, students of secondary schools and 10 years, students of high schools. The peculiarity of the situation in gymnasiums is that the girls here start smoking earlier than boys. Therefore, in class 9, where most smokers are also dominated by women. On average, smoking in school students is 50.8% (48.1% boys and 54.9% girls). Accordingly, in schools almost half of students smokes - 49.6% (55.9% boys and 44.1% girls). According to the questionnaire for older children (16-17 years) was observed their attempts to change the mental state of communicative dialogue to hedonistic- enjoy new experiences. With age, the general attitude to smoking changes. Yet, almost 80% of adolescents in eighth grades why negatively perceived advertising of cigarettes on the streets, on television, condemned peers who smoke. In senior classes the percentage of actively negative attitude to smoking in adolescents in 10th grade falls to 32%, 11th grade- up to 26%. 68% of young smokers believe that they may need to throw oneself at this harmful habit, and therefore, smoking, according to their opinion, is not a problem for them personally. But overall, most pupils perceive smoking as an important medical and social problem.

Conclusion: Thus, our analysis results shows that existing programs should be implemented- antinicotine in the seventh - eighth grade (age 11-13 years) and probably in elementary school, giving the factors and reasons that led to cigarette smoking at first phase. Therefore, prevention of smoking among minors is extremely urgent problem for all services and organizations that work with teenagers and students.

ALCOHOL ABUSE AMONG MINORS AND THEIR EFFECTS ON ORGANISM

Ahmed Heblo, Ossein Amed, 3 ro. year student

Scientific supervisor – assist. of prof. O. Romanyuk

Sumy State University, Pediatrics Department

The relevance of the problem. We now live in an environment where substance abuse has become epidemic in many countries and led to a number of new social, economic, medical and legal issues. Of particular concern is the spread of smoking, alcoholism and drug abuse among adolescents. It is very dangerous in that today's drug addiction appears often early. High official figures do not reflect the true picture of teenage drug addiction.

The aim of this work To Study characteristic distribution of alcohol use among students and establishing the patterns in the formation of dependence and changes in the body.

Materials and methods. The survey is carried out among teenagers in Sumy region. By making of questionnaires, different age groups, gender and children from different types of background were considered.

The results of study Negative attitude of students to alcoholism and drug addiction was observed. Among children in this category its relations to the people who use alcohol and drugs dominated by fear - 48%, contempt - 34%, sympathy - 28%. In compares with ideas of younger, high school relate to people with bad habits with indifference. With age, knowledge about toxic effects of psychoactive substances is increasing, but the perception of additional information from the older generation is reduced. Most children in both age groups first started to use alcohol at the age of 13 - 14 years. The reason for consumption of alcoholic beverages is often pointed out to the influence of friends (15.8% - A group of children and 23.4% - among high school adolescents who drink alcohol). Relationship between alcohol and recreational activities can also be noted. Teens are more likely to use beer while walking with friends: boys 34% girls 31%. Quite often, girls do take beer during disco nights (24% and 17% respectively). Students of the second group more often started drinking alcohol to receive negative mood. Almost equally children of both groups use alcohol to facilitate communication with their peers. Such deceptive demand for alcohol does not correspond to the real impact of harmful substances in the human body. To this end, we've provided some morphological evidence of the negative effect of alcohol on the body of an adult.

Conclusion: As discussed above, the research has showed that alcohol abuse among teenagers, starts at an early age. Perhaps the key statistics along this line is that teens that began drinking before the age of 15 are four times more likely to develop a dependency on alcohol than those who begin drinking at the age of 21. Given the results of our research, we believe that with the support of the President, government, certain legislatives, initiatives aimed at promoting healthy life styles, on tobacco, alcohol and drug abuse, can have positive outcome.

СЕКЦІЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

RESEARCH OF IMMUNE RESPONSE DYNAMICS IN PATIENTS WITH ACUTE HEMATOGENOUS OSTEOMYELITIS DEPENDING ON FORM OF DISEASE

*Ovechkin D.V., Zaitsev I.E., Agyiri B.N., student of 5th course
Sumy State University, chair of surgery with children surgery and course of oncology*

Research of immune response dynamics in patients with acute hematogenous osteomyelitis depending on form of the disease

Analysis of 244 patients in age from 2 weeks to 14 years with acute hematogenous osteomyelitis (AHO) was conducted. Males predominated– (58,6%) and children older than 6 years (56,1%) were more often affected. Long tubular bones of lower limbs were mainly affected. Based upon their weighting, we classified the diseases on 3 forms: Local (light) form (LF); Septicopyemic (Septicopyogenic) form (SF); Toxic (adynamic) form (TF). Determination of level of CD99, CD64, CD45 and CD4 conducted at 120 patients of the affected group of children. Characteristic of immunological disturbances is completed with quantitative assay of degree of immune disturbances of the indexes and their diagnostic value (Kj). Monoclonal antibodies to the studied proteins were detected by the method of immunofluorescence with “Beckman” set, USA.

Most expressed disturbances of immunological indexes of qualitative and quantitative character in patients with TF-AHO were detected. In this group of patients, insufficiency of cellular immunity was accompanied by the relative increase of B - lymphocytes, that can attest to the activating and ineffectiveness of humoral response during a acute hematogenous osteomyelitis. Also changes of indexes CD64+ and CD99 which were certainly higher than at patients with LF-AHO that can attest to the changes in the morphologic and functional state of tissue of bone.

Progress character of immunological disturbances from the local stage of LF-AHO to TF-AHO specifies on forming of the second cellular immunodeficiency during acute hematogenous osteomyelitis and dependence on the activation of the pathological process from expressiveness of immune insufficiency.

COMPLICATIONS OF PULMONARY TUBERCULOSIS

*Macharia, C.N., student of 4th course
Scientific Supervisor - asst. V.V. Madiar
Sumy State University, Department of General Surgery*

Tuberculosis (TB) is a leading infectious cause of morbidity and mortality in adults worldwide, killing about 1.5 million people every year. Tuberculosis is a chronic, progressive infection with a period of latency following initial infection. It occurs most commonly in the lungs. Pulmonary symptoms include productive cough, chest pain, and dyspnea. Complications of pulmonary tuberculosis includes respiratory failure, hemoptysis and pulmonary hemorrhage, spontaneous pneumothorax, atelectasis, bronchial and thoracic fistulas, congestive heart failure and amyloidosis.

Respiratory failure is nearly any condition that affects breathing function or the lungs themselves and can result in failure of the lungs to function properly. Respiratory failure often is divided into two main types: hypoxemic respiratory failure, occurs when something interferes with normal gas exchange and ventilator failure, occurring when, for any reason, breathing is not strong enough to rid the body of CO₂.

Hemoptysis is the coughing up of blood or bloody sputum from the lungs or airway. Haemoptysis can be divided into the following groups: Pseudohaemoptysis, haemoptysis without lung illness, haemoptysis at non tuberculosis lung illness and haemoptysis at lung tuberculosis. It may occur at any form and phase of the process, but more often at destructive forms of tuberculosis, it is rare in post-tuberculous pneumosclerosis with bronchoectases. Causes of pulmonary haemoptysis and

haemorrhage in are is as a result of rupture of blood vessel wall of (bronchial/pulmonary artery) or their anastomoses, pulmonary hypertension, coagulopathies, vessel wall hyperpermeability.

A pneumothorax refers to a collection of gas in the pleural space resulting in collapse of the lung on the affected side. A spontaneous pneumothorax, also referred to as a primary pneumothorax, occurs in the absence of a traumatic injury to the chest or a known lung disease. A secondary (also termed complicated) pneumothorax occurs as a result of an underlying condition. Spontaneous pneumothorax is caused by a rupture of a cyst/bulla or a small sac (bleb) on the surface of the lung. In TB, it can also be caused by a cavern rupture into the pleural cavity.

Atelectasis is defined as diminished volume affecting all or part of a lung. Atelectasis is divided physiologically into obstructive and nonobstructive causes. Obstructive atelectasis is caused by obstruction of the the main bronchus by foreign body, tumor, and mucous plugging. Forms of obstructive atelectasis include lobar and segmental. These also happen to be more characteristic of tuberculosis.

DIAGNOSTIC PERITONEAL LAVAGE FOR THE EVALUATION OF BLUNT ABDOMINAL TRAUMA

Shakin Ali, Amedu Ossein, student of 3rd course

Superviso - Doc. V.P. Shevtchenko

Sumy State University, Department of General Surgery

DPL was introduced by Root in 1965 as a rapid and accurate method to identify the presence of intra abdominal hemorrhage following trauma. Subsequent studies have confirmed the efficacy of DPL in diagnosing abdominal hemorrhage as well as its superiority over physical examination alone.

The accuracy of DPL has been reported between 92% and 98%. The high sensitivity of DPL is due to the significant false positive rate of the technique. Several authors have highlighted the importance of interpreting DPL results in the context of the overall clinical condition of the patient. A positive DPL does not necessarily mandate immediate laparotomy in the hemodynamically stable patient. DPL has been shown to be more efficient than CT scan in identifying patients that require surgical exploration.

The complication rate associated with DPL is quite low. The incidence for complication is quite lower for open DPL compared with the closed technique. However, closed DPL can be performed more rapidly. Studies designed to examine the ability of physicians to estimate the red blood cell (RBC) count in DPL fluid have demonstrated the poor sensitivity of visual inspection. A positive DPL, based on microscopic analysis of lavage fluid, has been defined as >1000000 RBC/mm³. It has been recommended that patients with RBC counts in the equivocal range (i.e, 25,000-75,000 RBC/mm³) undergo additional diagnostic testing, such as CT scanning. The false positive rate for DPL is increased in patients with pelvic fracture. In other to avoid sampling the retroperitoneal hematoma, a supra- umbilical approach has been recommended, theoretically reducing the chances of a false positive result. The advantages of DPL for detection of hollow visceral injuries have been clearly demonstrated. By investigations of fluid for amylase and alkaline phosphatase, consistent with enteric injuries. Similarly, the utility of the DPL white blood cell (WBC) count has been questioned. DPL is sensitive for mesenteric injuries and, in fact, has been shown to be more superior than CT for the diagnosis of this injury.

Thus, DPL is a safe, rapid and accurate method for determining the presence of intra peritoneal blood in victims of BAT. It is more accurate than CT for the early diagnosis of hollow visceral and mesenteric injuries, but it does not reliably exclude significant injuries to retro peritoneal structures. False positive results may occur in the presence of pelvic fractures. Hemodynamically stable patients with equivocal results are best managed by additional diagnostic testing to avoid unnecessary laparatomies.

TUBERCULOMA OF THE LUNGS

Obwaigwa E.B., student of 4th course

Scientific Supervisor - V.V. Madiar

Sumy State University, Department of General Surgery

The term tuberculoma of the lungs is used here to describe a rounded, homogeneous radiographic opacity, with well-defined borders, one centimetre or more in diameter, of a tuberculous nature; no histological pattern is inferred. In the past such shadows have been called Assmann's foci, solitary or round foci, coin lesions, nodular tuberculosis, and localized caseous pneumonias, but none of these terms has come into general use.

PATHOLOGY When the bronchus is blocked, caseous material can no longer drain, the contained air is absorbed, and on the radiograph a rounded homogeneous tuberculoma replaces cavitation. A further seldom-appreciated possibility is that a primary tuberculous lung focus may occur in rounded form and come within the radiological definition. Two cases in this series and possibly a third were primary lesions. Clinically, when a patient presents with a tuberculoma, there is no means of determining whether it is a post-primary pneumonic focus or an inspissated cavity. Even recognition of a primary lesion may be impossible in the absence of evidence of hilar gland enlargement, lung calcification, or recent Mantoux conversion. The only points on which reliance can be placed are: (1) a caseous pneumonic focus before liquefaction has a homogeneous centre firmly adherent to its wall, and this cannot be washed away with water; (2) microscopic examination of a caseous pneumonic focus stained for elastic fibres may show large portions of intact elastic structure, while in an inspissated cavity only disorganized elastic elements may be seen; (3) cartilaginous remnants may traverse a pre-cavitary focus.

CLINICAL ASPECTS Lung tuberculomata are easily confused with other conditions of similar appearance, but they have many distinctive features. The silent nature of many of these lesions is well known, routine radiography being the reason for their reference. Haemoptysis and pleural pain are the most frequent presenting symptoms, and may occur alone or together with other complaints commonly associated with an early tuberculous infection. The duration of symptoms is always of

importance and may help in differentiating from malignant and acute inflammatory conditions. A careful search of the sputum for tubercle bacilli should be made with liberal use of cultures and, where necessary, the examination of laryngeal swabs or gastric contents. The erythrocyte sedimentation rate (E.S.R.) rarely rises above normal except in a proportion of active cases.

Radiographic Features -Tuberculomata may be single or multiple, from 1 to 5 cm. or more in diameter, and appear in any part of the lung. Their density is variable; occasionally the presence of an enveloping capsule can be inferred. When a tuberculoma cavitates, the typical picture is that of single or multiple translucencies, rarely circular but of smooth outline and often eccentric in situation, within the homogeneous mass of the lesion.

Diagnosis and Differential Diagnosis - The following are some of the many diseases which produce rounded shadows in chest radiographs and may have to be considered in the differential diagnosis: bronchogenic carcinoma, neoplastic metastases, lung abscess, pneumonia, encapsulated pleural effusion or empyema, congenital and acquired cysts, pulmonary hydatid cysts, coccidioidomycosis, gumma, adenoma, haemangioma, lipoma, hamartoma, pleural fibroma, and neurofibroma.

Course and Prognosis - The processes by which the lesions heal are similar to those of other forms of tuberculosis; namely, by resolution, fibrosis, and calcification. Radiographically a tuberculoma may demonstrate activity by enlargement, cavitation, or the appearance of tuberculosis elsewhere in the lungs or pleura. Enlargement, which may take place slowly over many months or rapidly, is commonly followed by cavitation, a positive sputum, or the spread of disease.

ENERGY SUPPLY OF THE KIDNEYS IN CHILDREN WITH PYELONEPHRITIS

A. Loboda

Sumy State University, Department of Pediatrics with Medical Genetics

The study is devoted the estimation of the energetic providing of the kidneys after the index of activity of lactate dehydrogenase (LDH) in the serum of blood and urine of children with a pyelonephritis (PN).

Activity of LDH was probed by a kinetic method after speed of decrease of absorbency of NADH₂.

There were inspected 60 children with acute PN, 30 patients with chronic PN in the period of exacerbation and 15 - with chronic PN in the period of remission. Comparison group included 30 children without kidney pathology.

LDH activity in serum of healthy children was in the standard definition of parameters for this method (225-450 Units/l). It is set that in children with acute PN the concentration of LDH in the serum of blood grew almost in 4,5 times, at exacerbation of chronic PN increased in 2,6 times in relation to healthy children.

LDH activity in urine of healthy children was 2,59±0,71 Units/l. Activity of LDH in urine of patients with acute and exacerbation of chronic PN almost in 5 times exceeded the index of comparison group. Contents of the enzyme in the serum and urine in the period of remission did not differ from a value specific for healthy children.

In the case of pyelonephritis occur significant violation of the energy supply of the kidneys, as evidenced by the high level of LDH in serum and urine.

THE IMPORTANCE OF HEAVY METALS IN INTRAUTERINE FETAL GROWTH

L. Turova, E. Mohova, 5-year student., T. Yaschenko, 5-year student

Scientific chief – M.D., prof. V. Markevich

Sumy State University, Department of Pediatrics with Medical Genetics

Among the factors that cause perinatal morbidity and mortality, intrauterine growth retardation of the fetus (IGR) is a priority. However, despite of numerical studies of the etiology and pathogenesis of IGR, damaged factors that act on the fetus finally not established.

Metabolic microelements (ME) significantly affect the growth and development of the placenta and fetus. Toxic effect of heavy metals on the fetoplacental system is considered by many authors as one factor in violation of children's health.

So, it's necessary to examine the role of the placenta in ensuring the microelement balance of the fetus. We investigated the features transplacental migration to the fetus ME in the case of IGR.

Determination of ME (nickel, chromium and lead) carried out in samples of placenta 30 women who gave children with signs of IGR. Group comparisons were placenta samples from 30 healthy women who gave children without clinical manifestations of IGR.

Was calculated as the ratio ME in the placenta, the index of penetration of metals in umbilical cord blood (the ratio of ME content in the serum of umbilical cord blood to its concentration in maternal blood serum, expressed in a percentage) and the index of accumulation in the placenta (the ratio of ME content in the erythrocytes of the child to its content in the placenta, expressed in a percentage).

To determine the contents of ME in biosubstrates used atomic absorptive spectrophotometer C-115MI manufacturing by joint-stock company "Selmi" (Ukraine).

We found that the level of toxic ME in the placenta of women from IGR had higher values than women who gave healthy newborns (HN).

Placental content of nickel in women who gave children with the manifestations of IGR was 5 times higher ($p < 0,001$) than in healthy parturients, and the index of penetration - lower, while the index of the accumulation - much higher. Index of penetration was 56,6% against 83,3%, and the accumulation of 766,7% against 275,8%, respectively.

The content of chromium was greater ($p < 0,001$) in 2,5 times in the placenta of women who gave children with IGR. The index entry for chromium was 94,1% versus 78,7%, and the index of accumulation - 113,2% against 100% of comparison group.

The concentration of lead in the placenta of women who gave children with manifestations IGR, had a tendency to increase, in comparison with the placenta of women who gave HN. Index of lead penetration through the placenta was lower

than in physiological pregnancy and was 107,7% versus 125%, the index of accumulation also decreased in the case of IGR-163,7% against 204%.

The effectiveness of the placental barrier against such toxic ME as nickel and chromium, is low, which leads to the accumulation of heavy metals in the body and causes development of IGR.

STUDYING OF THE INTESTINAL MICROBIOCOENOSIS IN CASE OF ACUTE ENTERIC INFECTION

Dytko V., 5-th year student

Scientific adviser - candidate of medical science V.V. Zahlebaeva

Sumy State University, chair of infectious diseases and epidemiology with course of microbiology, virology, immunology

Nowadays the acute enteric infections (AEI) are one of the most urgent medical problems, caused by the aggregate of ecological and social-economic factors that influenced on the general health of population. Every year morbidity of the AEI increases in the all age groups. The question of reasonable etyotropic AEI therapy is one of pressing problems. The purposely usage of antibiotics does not reach the necessary result, while the new biological bacterial preparations and enterosorbents invokes an undoubted interest.

According this, the purpose of this scientific research was to study the intestinal microbiocoenosis condition at the patients with AEI before the treatment and at 5-6th day after hospitalization on the background of the usage of "Bifi-form" by 1 capsule 2 times a day and the influence of antibacterial preparations.

116 patients with AEI were examined. The first group (40 patients) got synbiotic "Bifi-form" and the basic therapy. Second group – 18 patients, got norfloxacyne, "Bifi-form" and basic therapy. The groups of comparison were made by patients which did not get "Bifi-form". The third group of 37 patients got only basic therapy. The fourth group of 21 patients got norfloxacyne and the basic therapy.

In comparison of the patients of the 1st and 3rd groups with the patients of the 2nd and 4th groups disappearance of the stomach-ache, diarrhea, fever was faster in case of the 1st and 3rd groups. So the use of the antibacterial preparations in the AEI treatment prolongs duration of fever, pain and diarrhea symptom, that's why it is necessary to narrow their prescription indications maximally.

The opportunistic AEI origin can be the reason of different levels of difficulty of the violation of the colon microflora even at the persons without accompanying gastrointestinal tract pathology or it can appear on a background of the compensated dysbiotic changes. The study of intestinal microbiocoenosis state before the treatment proves the necessity of combined probiotics ("Bifi-form") introduction to the complex AEI therapy beginning from the acute disease period.

"Bifi-form" can become the recommended preparation for intestinal microflora normalization, especially on the background of usage of the antibacterial preparations.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF DIPHTHERIA

Khilko A.S., Chemych O.M., 5-th year student

Supervisor of studies – D.M., prof. the Head of infectious diseases and epidemiology department M.D. Chemych

Sumy State University, chair of infectious diseases and epidemiology with course of microbiology, virology, immunology

Actuality. Gradual decline of morbidity on diphtheria in XX century it was it is interrupted in 1991-1992 sharp getting up, that put under a doubt efficiency specific prophylaxis this disease. It became actual study of modern clinical and epidemiological features of given infections.

Purpose of work - study clinical and epidemiological features of modern to diphtheria in terms North-eastern, boundary region of Ukraine (Sumy region).

Research object - medical maps of patients with diphtheria from 1987 to 2008 years. Epidemiology maps of patients for the same period.

Cardinal the feature of epidemic was predominance adult population among patients on diphtheria. Amount of adults presented 488 (81,33 %) from 600 diseased, children it was in 4,35 time less than are 112 cases (18,67 %). For adults illness ran across heavier - for period a supervision was it is registered 19,88 % heavy to the flow of disease adult population and only 3,74 % - for children. Patients, instilled, have illness against diphtheria ran across in to the easy form; happened although cases middling-heavy and heavy flow of illness, that can testify to the defects inoculation or inopportuneness revaccination.

Thus, these researches show that on modern diphtheria are ill more frequent adults, illness has thus more heavy motion in patients of this group. Vaccination of population against diphtheria high enough but development is in instilled medium severity and heavy forms testifies to violation inoculation or absence timely revaccination. Data of researches shows that at proper prophylactic measures, it is possible not only to stop distribution diphtheria infection, but also to stop her.

STUDY OF INCIDENCE ON ASCARIASIS IN THE SUMY REGION IN 2000-2009 YEARS

Darwich Muhammad, Menon Gowri Kalyani, 5-th year student

Scientific adviser – assist. K.S. Polov'yan

Sumy State University, chair of infectious diseases and epidemiology with course of microbiology, virology, immunology

Changing social-economic situation in Ukraine, the migration processes in the past 10 years have affected the health of the population, the nature of supply and sanitary living conditions. In turn, these changes could have an impact on the level of helminthic invasion of children and adults.

The aim of this study was the analysis of the incidence of the population of Sumy region on ascariasis for 2000-2009 years.

A study of morbidity ascariasis according to accounting reports of urban and regional sanitary-epidemiological stations for the 2000-2009 years. Among the registered cases in the rural population constituted 40,7 - 44,6 %. In the dynamics of the maximum number identifying ascariasis was in 2001 (1435 cases) in 2002 began reducing morbidity (1349), which reached a minimum (862) in 2009.

Proportion of children up to 14 years in relation to the adult population in different years varied from 50,1 % to 70,6 %. Among rural residents, this indicator ranged from 50,1 - 77,3 %. The dynamics for 10 years, a tendency to reduce child morbidity with lift in 2008 (564 persons) compared with 2007 (519 people). In the study of age-grading of the child population for the entire analyzed period revealed the prevalence of children aged 7 to 14 years inclusive among the registered cases. In the group of 0 to 2 years including a minimum level of cases of ascariasis was in 2005-2006 (53), the maximum - in 2002 (106). Among children aged 3 to 6 years the minimum number of cases was in 2009 (143), and the maximum - in 2000 (317). Among children aged 7 to 14 years, in 2009 fixed the minimum number of identified ascariasis - 241 cases, the maximum observed in 2000 (586).

In Sumy in the past 10 years, the maximum number of ascariasis was identified in 2001 (61 cases), minimal - in 2009 (21). About half were children under 14 years inclusive. In 2007, children accounted for 52% of children from 0 to 2 years in the period from 2001 to 2006 and in 2009 the number of reported cases of ascariasis among children 0-2 years and 3-6 years was the same. Among children aged 7-14 years, an increase in reported cases of ascariasis in 2002, retaining a high level until 2005 (12 and 18, respectively), declining from 2006 (3). In 2009, registered 2 cases of ascariasis in this group.

Based on this analysis it is possible to conclude the feasibility study of different age groups on ascariasis, routine deworming in children, improving health and preventive work among the population, especially in rural areas.

USE OF THE OZONIZED SOLUTIONS IN COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH SHARP VIRAL HEPATITIS A AND B

Ponor O.B., 5-th year student

Scientific adviser - candidate of medical science V.V. Zahlebaeva

Sumy State University, chair of infectious diseases and epidemiology with course of microbiology, virology, immunology

Presently morbidity is on viral hepatitis is one of the most actuality medical problems. Every year morbidity of the viral hepatitis increases in all age groups. Application of medicinal facilities which on the nature are xenobiotic strengthens loading on the microsomal systems of liver. In the conditions of hepatocellular insufficiency the selection of adequate therapeutic doses of medications (at a cirrhosis biotavailability of preparations is increased with a high hepatic hovergap) is complicated. All of it becomes precondition for consideration unmedicinal methods of treatment of, one of it is a ozonotherapy. Purpose of work – to probe influence of the ozonized solutions on clinical motion of viral hepatitis, integrative indexes of endogenous intoxication, haematological indexes. For achievement of purpose patients with sharp viral hepatitis A and B, which a complex clinical-epidemiologic and laboratory inspection was conducted, were inspected. It was inspected 102 patients which passed treatment in Sumy regional clinical infectious hospital of Z.Y. Krasovizkogo from October 2004 for September, 2006. It is discovered that for patients which got ozonized solution, quick there was an improvement of general feel, diminishing of level of icterus, and normalization of biochemical and general clinical laboratory indexes of blood. The received results the results by conducted a research recommend introduction of ozonized solution for the complex therapy of a sharp viral hepatitis A and B.

STUDY OF INCIDENCE ON MUMPS IN THE SUMY REGION IN 2000-2009 YEARS

Omolade Apata Ester, Odigo Ubani Patrick, 5-th year student

Scientific adviser – assist. K.S. Polov'yan

Sumy State University, chair of infectious diseases and epidemiology with course of microbiology, virology, immunology

Infectious diseases remain to this day one of the major causes of morbidity, disability and mortality of the planet. According to WHO 24,7 % lethal cases among the population due to infectious diseases and their consequences, while among children the figure reaches 63,0 %. Carrying out mass vaccination in Ukraine from 1982, and the introduction of vaccinations against mumps vaccine on the calendar in 2000 helped to reduce the incidence among children and adolescents. Monitoring the incidence of mumps epidemic in Ukraine shows typical cyclical disease with periodic ups every 4-5 years.

The purpose of this study was the analysis of the incidence of mumps in the Sumy region in the 2000-2009 years.

A study of morbidity on mumps according to accounting reports of urban and regional sanitary-epidemiological stations for the 2000-2009 years. Maximum patients with mumps in the Sumy region was in 2002 and amounted to 256 persons (19,5 per 100 thousand population), by children aged 10-14 years (92,0 per 100 thousand) and 15-19 years (85,8 to 100 thousand). Since 2003 the incidence has decreased significantly - 131 persons (10,4 per 100 thousand), progressively decreased to a minimum in 2009 - 25 people (2,15 per 100 thousand). During the period studied in children under 1 year only in 2000, 2001 and 2006 recorded diseases: under 2 (23,7 per 100 thousand), 1 (8,5 per 100 thousand) 2 persons (22,07 per 100 thousand). Analyzing the incidence of mumps in the Sumy region among children of different age groups observed increased incidence approximately doubled from 10-14 years compared with a group of 7-9 years. Maximum disease incidence among persons 20 years and over was in 2007 - 41 persons (4,28 per 100 thousand).

In Sumy maximum incidence of mumps was in 2001 - 90 persons (30,7 per 100 thousand), including 23 people (10,3 per 100 thousand) age 20 years and older. Illness decline began in 2002 and reached a minimum in 2009 - 6 persons (2,2 per 100 thousand). Over the entire period were 1 case of mumps (40,48 per 100 thousand) in children under 1 year in 2006. In 2007 also happened to increase the number of cases of mumps in children aged 10-14 years. Since 2002 the group aged 20 years and

older was a progressive decline from the peak increase in 2007 - 28 people (12,19 per 100 thousand) compared with 2006 (2,61 per 100 thousand).

The results indicate the need for epidemiological control of mumps vaccination according to the plan of preventive vaccinations, the study of post-level immunity after vaccine. Necessary to investigate the incidence of epidemic mumps among vaccinated persons of all ages.

CLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH POSTERIOR WALL MYOCARDIAL INFARCTION, COMPLICATED BY THE RIGHT VENTRICLE INJURY

Brezme O., 3rd year student

Scientific supervisor - assist. Y. Ataman

Sumy State University, department of the internal medicine

According to the literature the frequency of expansion of posterior wall myocardial infarction (MI) to the right ventricle reaches 25%. At the same, the relevance of timely diagnosis of this clinical condition is due to the complexity of its implementation and the fact that treatment of right ventricle MI has a number of significant features (significantly limiting the indications of nitropreparates, ACE inhibitors and other vasodilators, particularly relevant reperfusion therapy and efforts to reduce complications). The object of our research was to study clinical and functional characteristics of patients with posterior wall MI complicated by the right ventricle injury.

The case histories of 83 patients who were admitted to the intensive therapy wards of the Sumy city hospital №1 in the 2007-2009 years were analyzed. Refining the localization, the process was established on the basis of an electrocardiography (using additional rights leads), echocardiography and autopsy of the deceased. All the patients were divided into two groups: main - patients with MI and spread of the process involving the right ventricle (42 persons), and control - patients with only (true) posterior wall MI (41 persons). Patients of both groups were representative for age, sex, period of previous unstable angina and the presence of concomitant diseases.

The study showed that patients in the main group were characterized by increasingly atypical (nonanginal) variant manifestation of the disease, 26% in the main group (MG), against 17% in the control group (CG)). The course of the disease in some patients was accompanied by the development of early and late complications, including acute cardiovascular failure (Killip III-IV) in the MG in 14 (33%) patients and in 9 (22%) patients of the CG, paroxysmal tachycardias and AV-blocks in 6 (14%) patients of MG against 4 (9%) patients of the CG, pulmonary artery thromboembolism in 6 (14%) patients of the MG and in 2 (5%) patients of the CG. In 8 (19%) patients of the MG and in 5 (12%) patients of the CG fatal were registered.

Thus, extending necrosis in the right ventricle is accompanied by increased probability of atypical manifestation of the disease, increasing the frequency of common complications and higher CFR. Revealed facts make it necessary for an adequate therapeutic treatment.

BRONCHIAL ASTHMA AND OBESITY ASSOCIATION: PATHOGENETIC MECHANISM OF HARMFUL INFLUENCE REALIZATION AND QUALITY OF LIFE

Dytko Vladyslava

Science chief - M.D., L.N. Prystupa

Sumy State University, department of the internal medicine

The goal of the research was the comparative study of the level of inflammation markers during the isolated cases of bronchial asthma (BA) and when it was accompanied with visceral obesity (VO) and quality of life (LQ)

Materials and methods of investigation. The diagnostics of VO was conducted according to the recommendations of WHO. The investigation of inflammation markers was conducted for 71 patients with BA, among which: Group 1 included 35 BA patients with normal body weight, and Group 2 had 36 VO patients. The Control Group consisted of 22 practically healthy people. The level of interleukins (IL) IL-6, IL-8 and the tumor necrosis factors- α (TNF- α) in blood serum was determined using immunofluorescent method, the antigenic composition of the membrane of mononuclears in peripheral blood was determined using indirect immunofluorescent method, the level of α_1 -inhibitor proteinase (α_1 -IP) and α_2 -macroglobulin (α_2 -MG) was determined using spectrophotometric method. Quality of life were measured with the help of Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ). The achieved results were analyzed using the methods of variance statistics. The correctness of the difference in the average measurements was evaluated using Student's t-criterion.

Results of investigation. Group 1 patients had 3x and Group 2 patients 8x the level of FNP- α , and IL-6 level was elevated by 2,5 and 5,6, respectively. The level of IL-6 in blood serum was abnormal for both patient groups compared to the Controls, while its level for VO patients was evidently higher compared to Group 1 patients ($p < 0,05$).

Group 2 patients had levels of CD3, CD4, CD8 and CD16 evidently lower compared to Group 1 patients ($p < 0,05$). The levels of adhesive molecules (CD11b, CD54), expression of receptor to IgE (CD23), activation markers of lymphocytes (receptors to IL-2, HLA-DR) were evidently higher for patients of both groups compared to the Control, and higher for Group 2 patients compared to Group 1. It was observed that α_1 -IP and α_2 -MG were elevated by 2x and 2,6x respectively compared to healthy individuals.

Results of investigation convey that the presence of VO in BA patients leads to: hyperproduction of proinflammation cytokines (IL-6, IL-8, TNF- α); increase of T-lymphopenia, deficiency of cytotoxic cells, increased expression of activation markers, adhesive molecules, receptors to IgE, HLA-DR; increased level of α_1 -IP and α_2 -MG proteins.

Study of LQ showed that in patients with obesity the level of physical activity ($p < 0.05$) and emotional status ($p < 0.05$) were lower along with a more pronounced influence of the environment ($p < 0.05$). Overall rating of LQ were in patients of I group ($4,5 \pm 0,4$) points against ($3,4 \pm 0,3$) points in II group ($p < 0.05$).

Conclusions

These changes, along with known negative impacts of obesity on the process of BA (bronchial hyperactivity, increased frequency of gastroesophageal reflux, aggravation of pulmonary deficiency), represent one more pathogenetic mechanism – the exacerbation of inflammatory process. Presence of obesity complicated BA duration, entailing a more pronounced reduction LQ that dictates new conditions of including in their

ESTIMATE OF LOVASTATIN EFFICIENCY AT OLD PATIENTS WITH CHRONIC CARDIAC FAILURE AND TYPE 2 DIABETES

*H.jeva Deogrtras, Allabaid Bassam, the student of the 3rd course
Sumy State University, Department of internal medicine
Scientific supervisor - Candidate of medical science N.V Demikhova*

Dislipoproteinemia is the risk factor of coronary heart disease and other diseases, conditioned by atherosclerosis. That's why medicinal correction is important for practical cardiology. Due to present conception, inhibitors of GOMK-reductase (statines) are the necessary chain in coronary heart disease, complicated by chronic cardiac failure.

Results of great number of multicenter researches during the last 15 years are evidence of statines efficiency (WOSCOP, MAAS, MARS, AFCAPS, 4S researches). It was proved that regular usage of statines leads to decrease of frequency of myocardium infarction development and death caused by coronary vessels pathology on 40%.

The object of our research was to study lovastatin influence on indexes of lipid metabolism and clinical course of concomitant chronic cardiac failure and type II diabetes patients.

Materials and Methods. We observed 47 patients with type II diabetes, cardiac heart (CHD) complicated by chronic cardiac failure in age from 67 to 87 years (27 men and 20 women). Lovastatin was prescribed side by side with basic therapy in dose 20 mg one time a day in the evening white eating. Each patient was examined before treatment and in three weeks of lovastatin intake 38 patients were examined for the second time in 6 months after discharge from the hospital. Each of them confirmed that they had taken lovastatin regularly. Control group included 15 patients with CHD complicated by chronic cardiac failure without type II diabetes.

Side-effects development, lovastatin influence on biochemical indexes and blood cells were estimated in our research. Side-effects were noted at 4 patients of 47: abdominal pain and dry mouth. Lovastatin influence on bilirubin, creatinin, urea haemoglobin levels, ESR, content of leucocytes and erythrocytes in blood. Clinical tolerance to lovastatin was satisfactory.

Conclusion. Conducted research showed that prolonged course of treatment by lovastatin during 6 months at patients with CHD, complicated by CF at type 2 diabetes was accompanied by reliable decrease of level of general cholesterol (on 15,74%) and triglycerides (on 17,92%). Lovastatin shows antiischemic effect at patients with CHD and diabetes mellitus of the II type, which is conditioned by direct influence on lipid exchange and also by endothelium protector effect. Even after therapy by lovastatin in dose 20 mg a day during 3 weeks tendency to decrease of number of CHD attacks and to increase of tolerance to physical loading at patients with chronic cardiac failure and type 2 diabetes was noted, at conducting of 6-minutes walk test prevalence of normotonic reaction after treatment in comparison with results before treatment. Lovastatin is characterized by high tolerance by the patients with chronic cardiac failure and type 2 diabetes, it almost doesn't cause side effects and complications.

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИХ КОНФЕРЕНЦІЙ
СТУДЕНТІВ, МОЛОДИХ ВЧЕНИХ, ЛІКАРІВ ТА ВИКЛАДАЧІВ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»,
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ»,
«МІКРОЕЛЕМЕНТОЗИ В КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ»**

(Суми, 21-23 квітня 2010 року),

**«ACTUAL PROBLEMS OF FUNDAMENTAL AND CLINICAL MEDICINE
(IN ENGLISH)»**

(Суми, 22-23 квітня 2010 року)

Відповідальний за випуск Л.Н. Приступа
Комп'ютерне верстання І.М. Колесник

Стиль та орфографія авторів збережені.

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 30,23 Обл.-вид. арк. 35,45. Тираж 100 пр. Зам. №

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.