

УДК 616.71-018.46-002-089.844

А.Н.Гаврилов, Е.В.Перова
**ВАРИАНТ АУТОГЕННОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО
 ОСТЕОМИЕЛИТА ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ**

*Кафедра общей хирургии (научный руководитель — проф. И.С.Стрелков)
 Ижевской государственной медицинской академии, Россия*

Выбор способа пластики остаточной костной полости (ОКП) остается актуальным и дискутируемым вопросом. При аутогенной костной пластике современные авторы используют костную ткань гребня подвздошной кости и ребра, малоберцовой кости, что увеличивает инвазивность оперативного лечения, а последнее с их применением трудоемко и зачастую многомоментно.

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных хроническим остеомиелитом длинных трубчатых костей (ХОДТК) путем применения способа пластики ОКП аутогенной костной тканью перифокальной области (АКТПО).

Объектом исследования явились 89 больных с хроническим остеомиелитом длинных трубчатых костей, из которых 48 пациентам проведена пластика ОКП АКТПО, вошедших в группу наблюдения. Группу сравнения (ГС) составили 41 больной, из которых 31-му была проведена мышечная пластика на проксимальной «питающей» ножке; 8-ми больным — комбинированная костно-мышечная пластика; 2-м применили клеевую композицию МК-9.

У больных группы наблюдения применили оригинальный способ пластического замещения остаточных костных полостей, при которой в качестве пластического материала использовали АКТПО в форме «стружки» (патент РФ на изобретение № 2241402 от 10 декабря 2004 года), забор которой проводили из перифокальной области, находящейся непосредственно за секвестральной капсулой и примыкающую к ней, размерами ~ 8×10×0,3–0,6 мм долотом до вскрытия остеомиелитического очага с последующим, после радикальной некрэксектомии, выполнением ею ОКП.

Сроки лечения в стационаре больных группы наблюдения составили 27,3±2,1 койко-дней — по сравнению с группой сравнения (35,8±2,4 койко-дней) различия достоверны ($t>2$; $p<0,05$). Развитие рецидива в сроки от раннего послеоперационного периода до 5 лет наблюдения констатировано у 4 больных (8,3%) в группе наблюдения против 10 (24,4%) в группе сравнения, что является статистически достоверным различием ($t>2$; $p<0,05$).

Таким образом, результаты исследований демонстрируют целесообразность широкого использования при лечении ХОДТК пластики ОКП аутогенной костной «стружкой» из перифокальной области.

УДК 616.831

А.В.Гаврилов, В.Н.Козько, О.В.Мотлохова
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПРИРОДЫ

*Кафедра инфекционных болезней (научный руководитель — проф. В.П.Козько)
 Харьковского государственного медицинского университета*

В последние годы во всем мире отмечается рост заболеваемости нейроинфекциями бактериальной и вирусной этиологии, удельный вес которых составляет около половины в структуре общей патологии нервной системы. В последние годы в Украине данная патология характеризуется стабильно высоким уровнем заболеваемости и летальности с развитием тяжелых поражений центральной нервной системы, которые заканчиваются летально в 8-26% случаев. Такая тенденция обусловлена изменением свойств циркулирующих возбудителей и реактивности организма больного. Данные факторы существенно сказываются на характере течения инфекционного процесса. С одной стороны, антибиотикорезистентность доминирующих микроорганизмов снижает эффективность терапии, а с другой стороны, угнетение иммунологических реакций не позволяет элиминировать патоген из организма больного. Целью нашего исследования явилось изучение динамики показателей фагоцитарных реакций, клеточного и гуморального звеньев иммунитета у больных бактериальными менингитами и менингоэнцефалитами менингококковой и пневмококковой природы в зависимости от этиологии и степени тяжести патологического процесса. В динамике заболевания определялись количественные показатели клеточных и гуморальных звеньев иммунитета (основные популяции и субпопуляции Т- и В-лимфоцитов с помощью моноклональных антител к CD-структурам мембраны: CD3, CD4, CD8, CD16, CD72; а также Ig A, G, M, циркулирующие иммунные комплексы, комплемент, фагоцитарные реакции). Нами обследовано 94 больных бактериальными менингитами и менингоэнцефалитами менингококковой (42,6%) и пневмококковой (57,4%) природы. Пневмококковые поражения головного мозга характеризуются более тяжелым течением. Степень нарушения сознания является одним из ведущих клинических признаков тяжести состояния больного и возможного неблагоприятного исхода заболевания. При тяжелом течении заболеваний у больных менингококковыми и пневмококковыми менингитами и менингоэнцефалитами отмечается угнетение механизмов адаптации в виде значительного нарушения Т-клеточного и гуморального звеньев иммунитета, а также показателей фагоцитарной активности нейтрофилов, что более выражено при пневмококковой этиологии заболевания. В

періоді ранньої реконвалесценції у больних со среднетяжелым течением заболевания большинство показателей иммунограммы достигает нормальных значений, в то время как при тяжелом течении сохраняются достоверно выраженные изменения иммунного статуса, что поднимает вопрос о необходимости применения иммуномодуляторов.

УДК 616-053.31-06:574 (477.85)(-21)

О.В.Гайворонська, О.С.Жук

ВПЛИВ ЗАБРУДНЕННЯ ПОВІТРЯ

НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ м. ЧЕРНІВЦІ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб (науковий керівник – доц. О.К.Колоскова)
Буковинського державного медичного університету, Чернівці*

Методом ретроспективної когорти вивчено особливості стану здоров'я та захворюваності новонароджених, які впродовж 1997-2001 рр. мешкали в екологічно контрастних регіонах м.Чернівці. Основну групу дослідження склали діти, що проживали на територіях, віднесених до регіонів підвищеного ризику формування екозалежної патології через забруднення повітря аерополітантами (зокрема, пилом, СО, NO, NO₂, SO₂, HCl, HF, фенолом, формальдегідом), а групу порівняння – діти, що народилися в екологічно сприятливіших районах. Середньорічна чисельність представників основної групи склала 7513,9±210,5 пацієнтів, а групи порівняння - 6382,0±191,9 дітей. За основними показниками групи були зіставлені.

Встановлено, що проживання у промислових регіонах міста супроводжується вищими темпами абсолютного приросту захворювань (180,1±87,5‰ в основній та 140,5±37,1‰ у групі порівняння, P>0,05), формуванням більшої когорти дітей груп ризику (відповідно 79,2±4,8% та 64,2±9,8%, P=0,05), а за допомогою кореляційного та багатофакторного регресійного аналізу визначено роль екологічних стимулів у формуванні первинної захворюваності новонароджених.

Зокрема, показники забруднення повітря промислової частини міста як компоненти багатофакторного аналізу захворюваності новонароджених даних районів, хоча і не формували визначальні фактори, проте мали такі статистично вірогідні кореляції із нею: забруднення повітря хлоридом та фторидом водню (r=0,9), бенз(а)піреном (r=0,9), діоксидом сірки (r=0,9); забруднення фенолом (r=0,8) та пилом (r=-0,8).

Таким чином, стан забруднення повітря основними політантами має негативний вплив на стан здоров'я дітей вже у періоді новонародженості, що відбивається на швидких темпах зростання їх захворюваності, переважному формуванні груп ризику, та вимагає розробки системи профілактичних заходів ще на антенатальному етапі.

УДК 611.367.013

Л.І.Гайдич, С.І.Рябий, І.В.Баранецька

ОСОБЛИВОСТІ КРОВОПОСТАЧАННЯ СПІЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ У ПЛОДІВ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ ЛЮДИНИ

*Кафедра загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією
(науковий керівник – проф. Ф.Г.Кулачек)*

Буковинського державного медичного університету, Чернівці

Вивчено будову артеріального русла спільної жовчної протоки (СЖП) у 32 плодів та 6 новонароджених людини за допомогою методів ін'єкції з подальшими мікропрепаруванням, просвітленням, рентгенографією та корозією. Встановлено, що наприкінці плодового періоду та в новонароджених артеріальне русло СЖП складається із зовнішнього та внутрішньостінкового судинних сплетень. Зовнішнє судинне сплетення СЖП утворене вертикально орієнтованими анастомотичними судинними петлями, які розміщені у її сполучнотканинній оболонці і частково занурюються в її м'язовий шар. Внутрішньостінкове судинне сплетення СЖП представлене міжм'язовим та субепітеліальним сплетеннями. Причому останнє більш виражене і складається з великої кількості дрібних судин, що утворюють густу дрібнопетлисту сіточку у підслизовому шарі стінки протоки, анастомозуючи між собою по осі СЖП. Тоді як міжм'язове сплетення СЖП утворене окремими судинами, які розміщені у радіальному та спіральному напрямках по окружності СЖП.

Таким чином, наприкінці пренатального періоду розвитку СЖП має добре розвинене внутрішньоорганне артеріальне русло. Виявлені особливості анастомозування артеріальних судин СЖП покладені в основу розробки оригінального способу моделювання структури СЖП (Декл. пат. на винахід № 59126 А).

УДК 616.85

А.С.Галичева

ПОДХОДЫ К ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, РАЗВИВАЮЩИХСЯ НА ФОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ИЛИ ДИСФУНКЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии (научный руководитель – проф. В.Л.Гавенко)
Харьковского государственного медицинского университета*

В ходе работы нами с целью разработки патогенетически обоснованной системы терапии непсихотических депрессивных расстройств, развивающихся на фоне поражения или дисфункции головного мозга, проведено исследование 40 больных с диагнозом органическое аффективное (депрессивное) расстройство.