

нию поражених структур, а також нормалізація імунітета і гомеостазу в цілому являється недостаточним для повного выздоровлення. Поэтому после выписки из стационара такие больные подлежат диспансерному наблюдению и возможному назначению иммуномодуляторов.

## **ДО ПРОБЛЕМИ МАЛЯРІЇ В УКРАЇНІ**

*Нечипоренко О.В., Анциферова Н.В.*

*Науковий керівник – канд. мед. наук, доц. Белкіна Е.О.*

*Харківський державний медичний університет,*

*кафедра інфекційних хвороб*

До теперішнього часу малярія залишається однією з найбільш поширених хвороб на земній кулі. В Україні ця інфекція була ліквідована ще в 1956 році, і з цього часу в країні вона реєструється в окремих випадках, як завозна хвороба. Крім цього існує і своя, місцева малярія. Проблеми, які виникають у зв'язку з малярією, по-перше стосуються питань діагностики, особливо ранньої, а потім її лікування. Під нашим наглядом знаходилося 14 хворих на малярію (*m. Vivax* - 7; *m. Falciparum* - 5; плазмодії не виявлені - 2, але клінічно і епідеміологічно вказувало на рецидив *m. Vivax*, основні прояви хвороби були за два місяці). Вік хворих коливався від 15 до 54 років, основне місце проживання: Азербайджан - 6; Індія - 2; Африка - 4; Харків - 2 (були у відрядженні у Гвінеї та Індонезії). На дошпитальному етапі прояви хвороби були різноманітні: у вигляді гастроентериту - 1, ГРВІ - 2, лихоманки - 3, загального дискомфорту - 4 випадки; самостійно лікувались жарознижувачами - 6, протималярійними - 5, зовсім не лікувались - 3 хворих. Надходження до стаціонару у більшості випадків було порівнянно пізнім: на 3-6 день - 6, 7-10 - 1, більше 10 - 4 хворих, не уточнено - у 3-х випадках. Діагноз малярія встановлений або підтверджений на 2 добу у 4 хворих, на 3 - у 1 хворого. У двох випадках плазмодій не знайдено, вдома вони лікувались протималярійними засобами. Перебіг малярії у стаціонарі характеризувався загальновідомою симптоматикою. У всіх хворих була гарячка 38-40°C, у вигляді інтермітуючої кривої - 4, гектичної - 2 випадки. В малярійному пароксизмі в 3-х випадках пітливість була відсутня. При встановленні діагнозу малярії (підтверджено товстою краплею) хворим призначалась терапія делягілом по схемі. В 5 випадках температура впала критично на 2 - 3 день після початку лікування і хворі поступово одужували, а плазмодій не знаходили. В 4 випадках (тропічна малярія - 2, *m. Vivax* - 2) пароксизми продовжувались, і лікування було доповнено фансідаром, після чого хворі почали одужувати. Хворі на *m. Vivax* - 3 і на *m. Falciparum* - 1 одержали по 2 курси лікування: 1-й делягілом, 2-й фансідаром, тому що на призначення делягілу реагували погано. Одному хворому із гіпертермією до терапії був призначений хінін за схемою, що сприяло швидкому купіруванню малярійного пароксизму. Всі хворі одужали, плазмодій в мазку і товстій краплі після терапії не знайдено. Таким чином, лікування ма-

лярії тільки одним делагілом не завжди ефективно, а потребує доповнення фансідаром, або комбінації з іншим препаратом, і це, можливо, пов'язано з делагілорезистентністю. Цьому спонукає неправильне лікування вдома, пізніє надходження до стаціонару та інше.

## **Морфологія**

### **ВАРІАНТИ ВЕНОЗНИХ СУДИН СТЕГНА**

*Базін М.Є., студ. 5-го курсу*

*Науковий керівник – доц. Устянський О.О.*

*СумДУ, медичний інститут, кафедра анатомії людини*

Для венозної системи людини характерна індивідуальна мінливість. У різних людей одна і та ж венозна сітка чи судина певної ділянки тіла може різнитися як кількістю, так і розмірами. Мова іде перш за все про поверхневі венозні судини, хоча варіанти глибоких венозних судин не є виключенням.

Методом препарування фізичного тіла чоловічої статі вивчено топографію поверхневих вен стегна. Нашу увагу привернула венозна судина значних розмірів, котра прямувала від задньої ділянки стегна через його присередню поверхню знизу догори до стегового трикутника. Вона починалась на задній поверхні стегна в підколінній ямці, мала значне з'єднання з підколінною веною, прямувала вертикально догори, з'єднуючись багаточисельними анастомозами з глибокими венами. На своєму початку вена мала діаметр 6 мм. Переходячи на передню поверхню стегна, її діаметр зменшувався до 4 мм. В ділянці стегового трикутника її діаметр знову збільшувався до 6 мм. В неї впадали дрібні вени шкіри та підшкірної клітковини від передньої та присередньої поверхні стегна. Паралельно їй проходила велика підшкірна вена. На відстані 30 мм від пахвинної зв'язки вона самостійно впадала в стегову вену, пройшовши підшкірний розтвір. На своєму протязі вона мала 3 клапани, розміщені на відстані 100 – 150 мм. Виявлений нами варіант поверхневої вени стегна повинен враховуватись хірургами при проведенні оперативних втручань на стегні.

### **ОСОБЛИВОСТІ КАЛЬЦІЙ-ФОСФОРНОГО ОБМІНУ ТРАВМОВАНОЇ КІСТКИ**

*Бончев С., студ. 3-го курсу*

*Науковий керівник – канд. мед. наук Погорслов М.В.*

*СумДУ, медичний інститут, кафедра анатомії людини*

У рамках даної роботи була спроба проаналізувати вміст кальцію і фосфору, а також їхнє співвідношення на поверхні травмованої кістки в різний термін репаративної регенерації.