



Ректор КМАПО ім. П.Л.Шупика
доктор медичних наук, професор,
Заслужений діяч науки і техніки України,
лауреат Державної премії України в галузі
науки та техніки,

академік АН ВШ України

**Юрій Васильович
Вороненко**

ВЕЛЬМИШАНОВНІ КОЛЕГИ!

Сердечно вітаю Вас зі світлим ювілеєм нашої академії – 85-річчям з дня її заснування! Академія (колишній Київський державний інститут удосконалення лікарів) була створена в буремні роки проголошення української державності, в роки створення науково-освітніх, культурних, державних та громадських закладів.

Великим надбанням академії завжди були і залишаються її співробітники, вчені, організатори охорони здоров'я, які на різних етапах її розвитку створювали матеріально-технічну базу, удосконалювали навчальний процес, розвивали наукові дослідження, формували наукові школи і напрямки. Все це дало змогу КМАПО ім. П.Л. Шупика стати провідним в Україні закладом післядипломної медичної освіти і потужним науковим центром.

Щиро дякую Вам за плідну працю, вагомий внесок до скарбниці нашої медичної науки і практики, підготовку висококваліфікованих спеціалістів.

Зичу кожному з Вас, шановні колеги, доброго здоров'я, особистого щастя, блискучого творчого наснаги, успіхів в роботі на благо нашої академії, зміцнення здоров'я українського народу!

Ректор
професор

Ю. В. Вороненко

59thbK

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЦЕНТРАЛЬНИЙ МЕТОДИЧНИЙ КАБІНЕТ
З ВИЩОЇ МЕДИЦИНСЬКОЇ ОСВІТИ

КИЇВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ім. П.Л. ШУПИКА

ЗБІРНИК
ІВАЖКОВИХ ПРАЦЬ
СПІВРОБІТНИКІВ КМАПО
ІМ. П.Л. ШУПИКА

ВИПУСК 12
КНИГА 2

Київ - 2003

вання на ревматизм до біологічно активних речовин (БАР) і інфекційних агентів мають практично всі основні сироваткові імуноглобуліни. Але зв'язуюча здатність IgG-AT значно вища за IgA-AT і IgM-AT.

Низьку зв'язуючу здатність сироваткових імуноглобулінів при неревматичному кардиті можна і потрібно використовувати в плані діагностики і диференціальної діагностики ревматичного і неревматичного кардиту у дітей.

ВИСНОВКИ

При ревмокардиті на тлі підвищення кількості сироваткових імуноглобулінів одночасно збільшена їх зв'язуюча здатність до майже всіх вивчаємих антигенів, що значно менше або іноді зовсім не виявляється при неревматичному кардиті у дітей. Серед вивчаємих основних класів імуноглобулінів найбільше при ревматизмі підвищуються IgG-AT.

Вважаємо раціональним для диференціальної діагностики визначати IgG-AT до загального стрептококового АГ і РНК-ази, тому що з цими АГ не підвищуються взагалі IgG-AT при неревматичному кардиті відносно норми, на 41% підвищуються з загальним стрептококовим АГ, на 39% — з РНК-азою при ревматизмі навіть з латентним перебігом захворювання у дітей.

Метод рідкофазового імуноаналізу є перспективним для проведення ранньої достовірної діагностики ревматичної і неревматичної природи патології серця.

ЛІТЕРАТУРА

1. Грицюк А.И., Федорич В.Н., Гаевская А.В., Бульда И.Д. Способ определения иммуноглобулин-антител в биологических объектах. // АС СССР № 1196005. Булл. Открытия. Изобретения. — 1985. — № 45 — С. 17.
2. Федорич А.В., Федорич П.В., Яременко И.Н. Модификация метода жидкофазового иммуноанализа с использованием лазерной нефелометрии. // Проблемы экспериментальной легочно-сердечной недостаточности. — Киев — 1997 — С. 44—45.
3. Федорич В.Н., Федорич А.В. Доказательства существования стресс-антител и их композитного состава. // Врачебное дело — 1994 — № 3—4 — С. 124—132.
4. Федорич В.Н., Федорич А.В. Энергоиммунология — Киев — 2001 — 86 с.
5. Федорич О.В. Антиаутооксична імунотерапія термінальних станів при променевої та опікової патології в експерименті. // Автореферат дисертації к.м.н. — Київ — 1996 — 21 с.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЧЕСКОГО И НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА У ДЕТЕЙ

Мошчич П.С., Марушко Ю.В., Гаевская А.В., Федорич А.В., Писоцкая С.А., Марушко Т.В., Гишак Т.В.

Резюме. Современное развитие иммунологии позволяет проводить дифференциальную диагностику ревматизма и неревматического кардита у детей по определению IgG-антител к общему стрептококковому антигену и РНК-азе с первых дней заболевания. Эти антитела не повышаются относительно нормы при неревматическом кардите, а при ревматизме даже с латентным течением заболевания на 41% повышаются к общему стрептококковому антигену и на 39% — к РНК-азе.

Ключевые слова: ревматизм, неревматический кардит, гуморальный иммунитет, дифференциальная диагностика, антиген, антитело, стресс-антитела.

NEW POSSIBILITIES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF RHEUMATISM AND NON-RHEUMATIC CARDITIS IN CHILDREN

P. S. Moshchych, Yu. V. Marushko, A. V. Gaevskaya, A. V. Fedorych, S. A. Peesotska, T. V. Marushko, T. V. Gishak

Summary. The modern development of immunology allows us to carry out the differential diagnosis of rheumatism and non-rheumatic carditis in children for defining IgG-antibodies to common streptococcal antigen and RNA-ase since the first days of the disease. These antibodies are not increased in non-rheumatic carditis, and in rheumatism even with latent course of the disease they increase by 41% raise to common streptococcal antigen and by 39% — to RNA-ase.

Key words: rheumatism, non-rheumatic carditis, humoral immunity, differential diagnosis, antigen, antibody, stress-antibodies.

ЗАСТОСУВАННЯ ЛОКАЛЬНОГО НЕГАТИВНОГО ТИСКУ У ДІТЕЙ З ДЕЯКОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Ніколаєва Н.Г., Мельниченко М.Г., Карабенюк О.В.

Одеський державний медичний університет

Резюме. Показана доцільність використання локального негативного тиску (ЛНТ) у дітей з апендикулярним перитонітом, хворобою Пертеса та внутрішньокубітальними переломами як засобу активного впливу на мікроциркуляцію та трофіку пошкоджених тканин, відновлення фізіологічної рухливості (кишечнику, суглобів).

Ключові слова: локальний негативний тиск, діти, хірургічна патологія.

Дія негативного тиску на людину в цілому опосередкована рядом місцевих та системних реакцій організму: змінами центральної та периферичної гемодинаміки, метаболізму тканин у зоні дії локального негативного тиску, перерозподілом напруги вегетативної нервової системи, активацією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи та ін. (1-4).

Лікувальна дія локального негативного тиску (ЛНТ) зокрема пов'язана не тільки з локальним впливом на окремі тканини та органи, але і з впливом на периферичний кровообіг та лімфообіг, що створює передумову для підвищення площі транскапілярного обміну газів та поживних речовин, поліпшення функції плазматичних мембран та транспорту кисню у міжкаплярний простір (1,2).

Що ж до безпосередніх локальних феноменів, то за даними В.М.Астахова (1), Jacobsen T.N. (4) та ін. головний локальний ефект дії ЛНТ — збільшення інтенсивності кровотоку, зростання трансмурального тиску у венозній та капілярній частині судинного русла і, як наслідок цього — покращення трофіки, підвищення працездатності м'язів, їх скорочувальної спроможності.

Метою нашої роботи було вивчення можливостей застосування ЛНТ при хірургічній патології у дітей.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Об'єктами клінічних досліджень були 121 хворий (67 пацієнтів з апендикулярним перитонітом у післяопераційному періоді, 28 — з хворобою Пертеса II стадії, 26 — з внутрішньокубітальними переломами (черезвиросткові переломи плечової кістки)). Усі хворі були поділені на референтну та контрольну групи за нозологіями. Референтну групу (47 дітей з апендикулярним перитонітом, 16 хворих з хворобою Пертеса, 14 — з внутрішньокубітальними пошкодженнями) склали діти, у яких в комплексному лікуванні застосовано локальний негативний тиск. Контрольну групу склали аналогічні за віком, патологією пацієнти, у яких ЛНТ не використовувалось (відповідно: 20, 12, 12 хворих). Проводились загальноклінічні, рентгенологічні, сонографічні, доплерографічні, цитологічні, біохімічні, мікробіологічні дослідження за загальноприйнятими методиками. Одержані результати піддавалися порівняльному аналізу та статистичній обробці.

Для створення ЛНТ використовувалась камера зональної декомпресії КЗДМ-АК, яка забезпечувала впорядковане за трапецієдальним законом розрідження у зоні лікування, а також дію магнітним полем (для магнітотерапії застосовувався змінний магніт частотою 50 Гц з максимальною

індукцією 5 мТл, глибиною модуляції 50 %). КЗДМ-АК в автоматичному режимі забезпечувала спрямованість та коректування значень параметрів процедури з блоку управління та від ЕОМ, припинення процедури після закінчення заданого терміну або сигналами "стоп", термінову зупинку процедури за сигналом "пауза" та продовження її за сигналом "пуск", видачу інформації за ходом процедури на блок управління та ЕОМ. Діапазон розрідження повітря складав від 2 до 20 кПа; діапазон магнітної індукції — від 0 до 5 мТл.

Безпека пацієнта забезпечувалась передохоронними клапанами, які діють при підвищенні допустимого розрідження. Завдання необхідного режиму роботи КЗДМ-АК виконувалось у відповідності до інструкції з експлуатації (паспорт 785.30.00.000.ОПС). Для призначення курсу ЛНТ розроблена програма реалізована на ЕОМ типа IBM PC.

Пацієнт розміщувався у горизонтальному положенні у вакуумну камеру, яка герметизувалась.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дітей з апендикулярним перитонітом в післяопераційному періоді після купірування запального інтраабдомінального процесу з 10—12 доби за встановленою програмою впливу ЛНТ піддавалась кругова зона, обмежена зверху реберними дугами, знизу — верхньою частиною стегон.

У дітей при II стадії хвороби Пертеса впливу ЛНТ піддавалась кругова зона обмежена зверху крилами клубових кісток, знизу — середньою частиною стегон при умовах щільної герметизації.

У дітей з інтракубітальними пошкодженнями, які уявляють собою найбільш складні і супроводжуються артрогенними контрактурами, для створення локального негативного тиску пошкоджену кінцівку розміщували у камері зональної декомпресії при умовах щільної герметизації (один край камери може герметизуватися спеціальним ущільненням), ЛНТ проводили не раніше ніж через 2 тижні після травми. ЛНТ застосовувався у переривчастому режимі — термін виходу на максимум негативного тиску — до 10 секунд, термін знаходження на максимумі — 20 сек., термін повернення тиску до атмосферного — 10 сек., термін паузи між циклами розрідження — 20 сек. Тиск у дітей 4—7 років — 5—7 кПа, у дітей 7—14 років — 7—12 кПа в залежності від патології.

Курс лікування становив 10 процедур, тривалість процедури — 10 хвилин. При необхідності курс повторювався через 1—2 місяці.

Ефективність проведених лікувальних заходів оцінювали за динамікою перебігу захворювання, враховуючи самопочуття пацієнтів, клінічні показники (купірування больового синдрому, відновлення самостійного регуляр-

ного випорожнення, відновлення руху суглобів, їх амплітуда), дані ультранезвукового сканування та доплерографії, рентгенологічну динаміку, показники лабораторних досліджень, строки перебування хворих у стаціонарі та загальні строки реабілітації.

Аналіз результатів показав перевагу використання ЛНТ у комплексному лікуванні дітей з апендикулярним перитонітом в післяопераційному періоді. Так, при порушенні функції кишечника у дітей референтної групи моторно-евакуаторна функція повністю відновлювалась та відповідала фізіологічній (випорожнення 2–3 добу), застосування ЛНТ зменшило кількість спайкової непрохідності кишечника у 3 рази у порівнянні з контрольною групою. Аналіз результатів у строки до 3-х років підтвердив ефективність проведення лікування – порушень функції кишечника в референтній групі не спостерігалось, тоді як в контрольній групі у 3-х хворих виникла спайкова непрохідність.

Порівняльний аналіз застосування ЛНТ у дітей при хвороби Пертеса показав, що в референтній групі швидше ліквідувалися контрактири у кульшовому суглобі (на 0,5–1 місяці) і результати у референтній групі були суттєво кращими у порівнянні до контрольної групи і через 1 рік: швидше відбувалося відновлення структури голівки стегнової кістки (на 2 місяці).

У дітей після інтракубітальних пошкоджень порівняльний аналіз застосування ЛНТ показав значне покращення трофіки тканин у референтній групі, про що свідчило зникнення потовщення капсули суглобу, скоріше відновлення кровопостачання зони ліктьового суглобу та передпліччя, поліпшення співвідношень структур суглобів, скорочення строків відновлення функції на 1–1,5 місяці у відмінності від контрольної групи.

Таким чином, використання ЛНТ بلاگرіємно впливало на перебіг захворювань, поліпшувало результати лікування дітей з апендикулярним перитонітом, хворобою Пертеса та внутрішньокубітальними переломами.

Резолюючи викладене, вважаємо можливим розцінити використання локального негативного тиску у комплексному лікуванні деяких хірургічних захворювань у дітей як засіб активного впливу на мікроциркуляцію та трофіку пошкоджених тканин, відновлення фізіологічної рухливості (кишечника, суглобів) і рекомендувати локальний негативний тиск для застосування у педіатричній хірургії за показаннями.

ЛІТЕРАТУРА

1. Астахов В.М. Применение декомпрессионных воздействий в акушерской гинекологической практике // Донецк: Новый мир, 1996. — 122 с.
2. Длигач Д.Л., Иоффе Л.А., Локальная декомпрессия и работоспособность. — Ленинград: Наука, 1982. — 86 с.

3. Зайцев И.А., Герасимов И.Г., Тедеева Т.А., Минович Д.Ю. Влияние локального отрицательного давления на некоторые показатели сердечно-сосудистой системы // Архив клинической и экспериментальной медицины. — 1995. — № 4.
4. Jacobsen T.M., Nielsen H.V., Amtorp O. Subcutaneous and skeletal muscle vascular responses in human limbs to lower body negative pressure // Acta Physiol. Scand. — 1992. — V. 144, № 3. — P. 247–252.
5. Андрияко Л.Я., Бубеев Ю.А., Дегтярев М.А. и др. Реакция сосудистых регионов внутренних органов на создание пониженного давления над нижней половиной тела // Косм.биология и авиакосм.медицина. — 1988. — т.22, №5. — с.90–91.
6. Sander-Jensen K., Mehlsen J., Stadeager C. Et al. Increase in vagal activity during hypotensivez lower-body negative pressure in humans // Am. J. Physiol. — 1988, V. 255. — № 1. — P. 149–156.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

У ДЕТЕЙ С НЕКОТОРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Николаева Н.Г., Мельниченко М.Г., Карабеньюк А.В.

Резюме. Показана целесообразность использования локального отрицательного давления (ЛОД) у детей с апендикулярным перитонитом, болезнью Пертеса и интракубитальными переломами как способа активного влияния на микроциркуляцию и трофику поврежденных тканей, восстановления физиологической подвижности (кишечника, суставов).

Ключевые слова: локальное отрицательное давление, дети, хирургическая патология.

APPLICATION OF LOCAL NEGATIVE PRESSURE IN CHILDREN WITH SOME SURGICAL PATHOLOGY

M.G. Nikolayeva, M.G. Melnichenko, A.V. Karabenyuk

Summary. The expediency of use of local negative pressure (LNP) in children with appendicular peritonitis, Perthes' disease and elbow fractures as way of active influence on microcirculation and trophism of damaged tissues restoration of physiological mobility (intestines, joints) is shown.

Key words: local negative pressure, children, surgical pathology.