



ТАРТУСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ

ТЕЗИСЫ СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ ПО ГУМАНИТАРНЫМ
И ЕСТЕСТВЕННЫМ НАУКАМ

1981

Медицина

ТАРТУ 1982

ТАРТУСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Студенческое научное общество

ТЕЗИСЫ СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ ПО ГУМАНИТАРНЫМ
И ЕСТЕСТВЕННЫМ НАУКАМ

1981

Медицина



ТАРТУ 1982

KUSTUTATUD

Arh.
Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu

7449

АНАТОМИЯ

К ИЗУЧЕНИЮ АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПЕЧЕНИ

А. Хаберман, Э. Хоне, А. Арак, I курс
 Научн. рук.: доц. Э. П. Когерман-Леш

Весовая характеристика органов по С.С. Шварц является важным анатомо-физиологическим индикатором. Нами взвешивались печени некоторых представителей позвоночных животных и человека (50), а также отдельные доли и вычислялся средний вес и отношение отдельных весовых показателей. У мелких животных относительный вес печени был больше, чем у крупных. Исключением был налим, у которого вес печени большой (из-за обильного содержания жира). Печень млекопитающих животных расчленена на отдельные доли. Расщепление обусловлено дыхательными экскурсиями и подвижностью тела особи. С расщепленностью коррелирует внутривенное ветвление кровеносных сосудов и желчных протоков. У млекопитающих животных доли левой половины печени превосходят такие же правой половины. У человека же правая половина печени и ее единицы больше аналогичных в левой половине. Значительный объем правой половины печени человека объясняется т.н. транспозицией вены 5-го сегмента и самим сегментом направо, т.е. вена отходит от правой ветви воротной вены, и 5-й сегмент расположен в правой доле печени, в то время как у животных вена 5-го сегмента отходит от левой ветви воротной вены.

Вес доли от веса печени (%)

Lobus	мышь	крыса	морская свинка	заяц	собака	свинья	скот	за-ро-дыш	че-ло-век
I	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Visc.s.	46,8	33,1	30,3	27,2	36,1	29,1	36,8	23,1	12,6
Diaphr.s.	16,2	12,4	19,8	21,5	11,2	10,7	12,5	14,1	14,4
Quadr.	9,7	7,4	16,6	3,6	11,7	12,4	10,9	16,7	13,3
Diaphr.d.	16,9	22,9	18,1	22,9	12,0	12,4	11,2	19,2	24,4
Visc.d.	7,8	14,6	9,2	22,2	18,3	21,5	15,4	14,1	17,1
Caudatus	2,6	9,6	6,0	2,8	10,7	13,9	13,2	12,8	18,2

Правая и левая половина веса печени (%)

S	72	55	65	52	61	54	65	53	39
D	28	45	35	48	39	46	35	47	61

Вес печени от веса тела (%)

налим	лещ	мышь	крыса	мор- ская свинка	заяц	со- бака	свинья	скот	за- ро- дыш	че- ло- век
5,8	2,1	6,9	4,3	4,1	4,6	4,1	1,1	1,2	4,2	2,1

У человека отчетливо наблюдается концентрация печеночной ткани между порталными и кавальными воротами, что влияло на конфигурацию печени (укорочение каудальных отделов). Названное явление следует рассматривать как филогенетическую адаптацию.

О ФОРМИРОВАНИИ И ТОПОГРАФИИ ВЕН ЛЕГКИХ

П.Арак, М.Хейнпалу, I курс
Научн. рук.: доц. А.Лийгант

Топография и территория разветвления вен легких по сравнению с артериями более разнообразна. Поэтому приводимые в литературе данные о вариантах соединения и о территориях ветвления вен очень разноречивы.

В настоящем исследовании были изучены топография, территория разветвления и варианты соединения вен на 20 левых легких человека в виде коррозионных препаратов.

По международной анатомической номенклатуре в верхней доле левого легкого различают четыре вены, названные по сегментам: *v. apicoposterior*, *v. anterior*, *v. lingularis superior*, *v. lingularis inferior*; ими главным образом совершается венозный отток из соответствующих сегментов.

V. apicoposterior отводит кровь в основном из одноименного, но и из переднего и верхнего лингулярного сегмента. Она формируется из 4-5 ветвей, расположенных внутри- и межсегмен-

тарно. Ее ветви могут иногда вливаться и в другие стволы (например, в *v. anterior*).

Топография *v. apicoposterior* в отношении одноименного бронха переменна: в большинстве случаев вена располагается медиально от бронха, но иногда имеет глубокое, т.н. боковое положение, проходя от бронха латеральнее.

v. anterior формируется при слиянии 3 ветвей (верхней, нижней, боковой). Она ветвится в основном в переднем сегменте, но частично отводит кровь и из верхнего лингулярного сегмента. Ее ветви могут соединяться с ветвями *v. apicoposterior*, *v. lingularis superior* или влиться отдельно в верхнюю легочную вену.

В нижней доле, по международной анатомической номенклатуре, различают только 2 сегментарные вены: *v. apicalis*, *v. basalis anterior*, но 5 сегментарных бронхов. По нашему мнению, эта номенклатура вен нижней доли мало детализирована. Мы различаем в нижней доле левого легкого следующие вены: *v. apicalis*, *v. basalis anterior*, *v. basalis medialis*, *v. basalis lateralis*, *v. basalis posterior*. Базальные вены обычно формируются при слиянии 2-3 ветвей, которые располагаются внутри- и межсегментарно.

Следует, что название "сегментарная вена" - только конвенциональный анатомический термин, потому что территория разветвления вен не соответствует данным сегментам. Нередко общий ствол сегментарной вены даже не формируется. Венозный отток из одного сегмента совершается ветвями вен разных сегментов.

МОРФОЛОГИЯ

РЕАКТИВНЫЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ КРЫСЫ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ ТРАВМЕ И ВВЕДЕНИИ ПРОСТАГЛАНДИНА E_2

А.Левит, III курс

Научн. рук.: проф. А.Ю.Труушльд, к.м.н. Т.Н.Труушльд

В работе изучено влияние одного из универсальных биологических регуляторов - простагландина E_2 ($ПГЕ_2$) - на морфофункциональные показатели щитовидной железы у крыс в условиях комбинированной операционной травмы (двусторонняя энуклеация надпочечников + нанесение термического ожога печени). Всего было прооперировано 30 крыс, из которых 14-ти вводили ежедневно после операций $ПГЕ_2$ в дозе 100 мкг на 1 кг массы животного. Остальные 16 крыс служили контролем. Материал фиксировали через 3, 6 и 12 суток после оперативных вмешательств и обрабатывали общепринятыми гистологическими методами.

Для характеристики функционального состояния щитовидной железы использовали два показателя: 1) среднюю высоту фолликулярного эпителия (ВФЭ) в мкм и 2) среднюю площадь просвета фолликулов (ПФ) в $мкм^2$, которые вычисляли на основе измерений 100 случайно выбранных фолликулов в каждом препарате.

Установлено, что как у контрольных крыс, так и у крыс, которым вводили $ПГЕ_2$, индивидуальные колебания показателей менее выражены для ВФЭ, чем для ПФ. При сравнении показателей ВФЭ и ПФ у контрольных и опытных ($ПГЕ_2$) крыс статистически достоверных изменений, кроме одного исключения, не выявлено. Так, через 12 суток после операций у контрольных крыс ВФЭ составляет $7,35 \pm 0,35$ мкм, а у опытных - $6,47 \pm 0,22$ мкм ($p < 0,05$). При анализе удельного веса фолликулов с различной величиной площади просвета достоверных изменений в разные сроки опыта между контрольными и опытными ($ПГЕ_2$) животными не отмечено.

Таким образом, $ПГЕ_2$ в примененной нами дозе не оказывает какого-либо существенного влияния на морфологию щитовидной

железы у предварительно оперированных крыс. Тем не менее, учитывая результаты работы в 12-суточный срок опыта, можно говорить о некотором понижении функциональной активности щитовидной железы под влиянием примененного простагландина.

МИТОТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И СИНТЕЗ ДНК В ЯДРАХ
ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК ПИЩЕВОДА ПРИ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У КРЫС

И.Писарев, IV курс

Научн. рук.: проф. А.Ю.Труушпыльд

Работа является фрагментом планового экспериментального исследования, выполняемого на кафедрах патологической анатомии и гистологии ТГУ по изучению физиологической и репаративной регенерации различных эпителиальных и соединительных тканей. В ней изучена пролиферативная активность эпителиальных клеток пищевода у крыс в двух сериях опытов: 1) после двусторонней энуклеации надпочечников (I серия) и 2) после энуклеации надпочечников и нанесения раны печени (II серия). Материал (кусочек пищевода из средней трети органа) фиксировали через 3, 6 и 12 суток после оперативных вмешательств в одно и то же время суток (от II до 13 час.). Части крыс за 1 час до забоя вводили тимидин- H^3 из расчета 1 мкюри на 1 г массы животного. Гистологическую и гистоавтордиографическую обработку материала производили общепринятыми методами. Митотический коэффициент (МК) и индекс мечения ядер (ИМ) эпителиальных клеток пищевода вычисляли в промилле.

Установлено, что у интактных крыс средний МК составляет $11,94 \pm 1,76^0/00$, а средний ИМ - $30,77 \pm 3,77^0/00$.

В I серии опытов через 3 суток МК эпителиальных клеток пищевода повышается до $16,32 \pm 1,12^0/00$ ($p < 0,05$), а ИМ - до $56,67 \pm 4,78^0/00$ ($p < 0,01$). В дальнейшие сроки показатели МК и ИМ понижаются, причем это падение статистически достоверно для МК через 12 суток ($6,81 \pm 0,88^0/00$, $p < 0,01$), а для ИМ - через 6 суток ($7,06 \pm 2,17^0/00$, $p < 0,002$).

Во II серии опытов каких-либо достоверных изменений МК и ИМ по сравнению с контролем не выявлено.

Таким образом, повреждения организма, сопровождающиеся сдвигами гомеостаза, обуславливают существенные изменения пролиферативной активности в интактной ткани — эпителии неповрежденного пищевода. Эти изменения неодинаковы в разных условиях опыта, причем может отсутствовать и параллелизм между сдвигами митотической активности и синтеза ДНК в ядрах клеток.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА
ЗА 15 ЛЕТ (1966 — 1980 ГГ.)

В.Волк, Х.Сыстра, А.Унт, III курс
Научн. рук.: доц. В.Силласту

В данной работе проанализированы врожденные пороки развития центральной нервной системы (ЦНС) у детей в возрасте до 6 лет на основе секционного материала прозектуры г. Тарту. Всего за 15 лет было обнаружено III случаев пороков ЦНС. Анализ по пятилетиям показывает непрерывное увеличение пороков ЦНС — 3I в I, 34 во II и 46 в III пятилетии. Об общего количества пороков развития пороки ЦНС составляют I/3. Возрастает и значение пороков развития ЦНС среди всех вскрытий умерших детей (от 6,3 до 8,4 %). Большинство детей (46 из III) с пороками ЦНС родились мертвыми. На перинатальный период в целом падает 58 %. С увеличением возраста количество случаев постоянно уменьшается. Дольше I года жило I7 детей, дольше 2-х лет — 5. Девочек встречается больше (58 %), чем мальчиков.

Пороки развития ЦНС делятся на 5 групп: I) гидроцефалия (изолированная), 2) мозговые грыжи, 3) расщепление позвоночника, 4) анэнцефалия, 5) другие пороки (микроцефалия микрогирия, гипоплазия мозга, порэнцефалия). Из этих пороков чаще всего встречается гидроцефалия (3I,5%), следуют мозговые грыжи и анэнцефалия (20,7 %). В течение 5 лет отмечалось увеличение случаев анэнцефалий. За первые 5 лет — 5; затем — 7, за последние 5 лет — II. В случаях гидроцефалии и расщепления позвоночника преобладают девочки. При мозговых грыжах и ан-

энцефалии различия полов отсутствуют.

В 40 случаях пороков ЦНС сопутствует другой порок развития. Чаще сопутствуют пороки развития конечностей, лица, почек. Чаще всего встречаются другие пороки при расщеплении позвоночника и мозговых грыжах.

ПРОСТАГЛАНДИН E_2 И Ca-АТРАЗЫ МОЗГА

М.Вайну, М.Вийгимаа, У курс

Научн. рук.: к.м.н. Э.Й.Карелсон,

д.м.н. проф. Л.Л.Тяхешпыльд

Механизм действия простагландинов (ПГ) тесно связан с их мембранотропностью, в том числе с влиянием на мембранные ферменты. ПГ регулируют активность аденилатциклазы и Na, K-АТРАЗы (Ажгихин, 1978; Вайну, Вийгимаа, 1980). Однако не известно о действии ПГ на Ca, Mg- АТРАЗу. Данный фермент обеспечивает активный трансмембранный транспорт Ca^{2+} и имеет особое значение в синаптической передаче нервных импульсов. В последнем процессе участвует и актомиозиноподобная АТРаза (Ca-АТРаза), обеспечивающая высвобождение медиаторов из синаптических пузырьков. В данной работе изучалось влияние ПГ E_2 на Ca, Mg- и Ca-АТРАЗы мозга.

Опыты проводились *in vitro*. Ферментным препаратом служила богатая синаптическими структурами фракция неочищенных митохондрий коры больших полушарий крыс (Крыжановский и др., 1976). Удельные активности Ca-АТРАЗ выражались в единицах (в мкмольх Фн за мин.) на мг белка. Фн определяли по модифицированному методу Fiske и Subbarow, количество белка - по Lowry и др. (1951).

Выяснилось, что ПГ E_2 в концентрациях 0,1 - 1,0 мМ активирует Ca, Mg-АТРАЗу мозга на 0,3-2,8 %. Активность же актомиозиноподобной АТРАЗы под действием ПГ E_2 (0,5-2,0 мМ) угнетается (на 4,2-16,0 %). При этом Ca-АТРАЗы мозга менее чувствительны к регулирующему влиянию ПГ, чем аденилатциклаза или Na, K-АТРаза.

Приведенные результаты позволяют предполагать определенное значение Ca-АТРАЗ синаптических структур в механизмах модулирующего действия ПГ E_2 на нейромедиаторную трансмиссию.

ГИГИЕНА

ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОЧИХ ТАРТУСКОГО ОПЫТНОГО ЗАВОДА ПЛАСТМАССОВЫХ ИЗДЕЛИЙ

Т.Саке, К.Туттелберг, С.Вяли, IV курс
Научн. рук.: доц. М.Уйбо, асс. Л.Таннинг

При изучении заболеваемости рабочих были использованы следующие материалы: 1) индивидуальные карты рабочих для регистрации временной нетрудоспособности; 2) сводные данные временной нетрудоспособности (учетная форма № I6); 3) амбулаторные карты пациентов в Тартуской городской поликлинике для выяснения общей заболеваемости рабочих; 4) данные профосмотров рабочих в 1978-1980 гг.; 5) данные о возрастной, половой и стажевой структуре рабочих.

Выяснилось, что количество случаев и дней временной нетрудоспособности на 100 рабочих в 1978 и 1979 гг. на Тартуском опытном заводе пластмассовых изделий превышало аналогичные показатели по республике, хотя и на заводе имеется тенденция к уменьшению этих показателей.

Сравнение уровня заболеваемости рабочих между отдельными цехами показало, что прямой корреляции между заболеваемостью рабочих и условиями труда не существует. Однако очень важную роль играют возраст, пол, стаж рабочих и некоторые субъективные факторы.

Следовательно, в перспективном плане уменьшения уровня заболеваемости рабочих наряду с улучшением условий труда необходимо обратить более серьезное внимание на качественную структуру рабочего контингента.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ 3-ГО И 4-ГО КУРСОВ МЕДФАКУЛЬТЕТА В ВЕСЕННИЙ И ОСЕННИЙ ПЕРИОДЫ ГОДА

Х.Тороп, И.Ванари, М.Варрик, Х.Тийслер, IУ курс
Научн. рук.: асс. Л.Таннинг, доц. М.Уйбо

Целью нашего исследования было изучить фактическое питание анкетно-весовым методом у студентов 3-го и 4-го курсов медфака. Под нашим наблюдением находилось 59 мужчин и 168 женщин.

Анализ суточных рационов студентов показал, что средне-суточная калорийность у мужчин составляла осенью 3066 ккал, или 93 % от нормы, весной - 2951 ккал, или 89 % от нормы, у женщин осенью - 2355 ккал (84 %), весной - 2132 ккал (76 %). Содержание жиров и углеводов в рационах составляло в среднем от 80 до 100 % от нормы. Наибольший дефицит среди питательных веществ оказался в содержании белков. Общее количество белков равнялось у мужчин осенью 81 % от нормы, а весной - 76 %. У женщин эти показатели соответствовали 76 и 65 % от нормы.

Витаминный состав рационов не соответствовал рекомендуемым нормам. У мужчин нехватка витаминов осенью колебалась в пределах 10 %, а дефицит витаминов у женщин составлял 13-26%. Весной дефицит витаминов еще больше увеличивается, в среднем на 10-20 %. Содержание кальция и фосфора в рационах находилось в пределах от 80 до 90 % от нормы.

В результате можно сказать, что питание студентов не соответствует требованиям рационального питания. Самый большой недостаток в рационах был в белках и витаминах, которые являются особенно важными компонентами в пище людей, занимающихся умственной работой.

Для улучшения питания студентов нужно составить более рациональное расписание занятий и лучше организовать общественное питание студентов.

УЧЕНИЕ АБУ АЛИ ИБН СИНЫ О СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

М.Вейнберга, II курс

Научн. рук.: ст. препод. В.Калинин, асс. Л.Таннинг

Настоящая работа посвящена многостороннему изучению учения о здоровье Абу Али Ибн Сины, его тематическому и систематическому анализу, а также оценке его с точки зрения истории медицины.

Учение Ибн Сины о сохранении здоровья имеет не только историческое значение, в нем много актуального, правильного и рационального также с точки зрения науки наших дней. Это в частности разделы о гигиене новорожденного и ребенка, о роли физического воспитания, массажа и сна, о гигиене питания, о способах профилактики инфекционных болезней, наблюдения о чистоте, закаливании тела и т.п. Кроме того, очень ценны общие, методологические взгляды Ибн Сины на сохранение здоровья человека, отчасти сформулированные им самим, отчасти вытекающие из его рассуждений. Важным в этом отношении представляется его подход к вопросу, исходящий из самого здоровья: пока есть здоровье, необходимо его беречь и хранить, а когда оно потеряно — восстанавливать. Другой важной особенностью учения о здоровье является учет возраста людей, а также многих других факторов, влияющих на здоровье человека, как, например, место жительства, чередование сезонов или изменения образа жизни и т.п. В-третьих, учение о здоровье призывает к умеренности во всех видах человеческой деятельности, как, например, питание, сон, физические упражнения и т.п., а в случае вынужденного изменения их — к постепенному переходу от предыдущего режима к новому (закаливание тела, уменьшение пищевого рациона, повышение физической нагрузки и т.п.).

На основе изученного становится ясным, что великий ученый прошлого Абу Али Ибн Сина внес огромный вклад в науку о сохранении здоровья нового времени.

О РАЗВИТИИ КОРОНАРНОЙ ХИРУРГИИ В ЭСТОНСКОЙ ССР

А.Талихярм, II курс

Научн. рук.: ст. препод. М.Нийт

В ТГУ в отделении сосудистой хирургии Тартуской клинической больницы с 1959 года занимаются диагностикой и хирургическим лечением атеросклеротических повреждений сосудов. Накопленный опыт позволил приступить к изучению проблем, связанных с хирургическим лечением коронарной недостаточности. Перспективной в лечении больных с атеросклеротическими поражениями коронарных артерий оказалась операция аорто-коронарного обходного шунтирования. Первичным диагностическим методом при этом стала коронарография. Так как точное знание ангиографической картины коронарного атеросклероза позволяет критически относиться и к другим методам исследования ишемической болезни сердца, коронарография как единственный метод прижизненного исследования венечных сосудов получила в диагностике вышеуказанного заболевания широкое применение.

Первая операция аорто-коронарного шунтирования была проведена 7 мая 1974 г. в отделении сосудистой хирургии Тартуской клинической больницы. Операция прошла удачно. К настоящему времени в Эстонской ССР создана хорошая база для дальнейшего развития коронарной хирургии.

МИКРОБИОЛОГИЯ

О ЛИЗОЦИМОУСТОЙЧИВЫХ МУТАНТАХ ЛАКТОБАЦИЛЛ

Л.Левков, IУ курс

Научн. рук.: проф. А.Ленцнер, с.н.с. Х.Ленцнер

В начале века P.Laschtschenko (1909) и A. Fleming (1922) показали, что чувствительность различных микроорганизмов к лизоциму не одинакова. Недавно F.Wasserfall и M.Tauber (1979) на штаммах *Clostridium tyrobutyrium* определили неодинаковую лизоцимочувствительность отдельных особей микробной культуры.

В 1978 г. А.А.Ленцнер и Х.П.Ленцнер опубликовали первые данные о межвидовых особенностях лизоцимочувствительности лактобацилл. Продолжая указанные исследования, мы обратили внимание на поредение роста некоторых штаммов под влиянием лизоцима, свидетельствующее о наличии лизоцимоустойчивых мутантов в лизоцимочувствительной культуре лактобацилл (Л.Левков и К.Осмокеску, 1980).

Цель настоящего сообщения - выделение лизоцимоустойчивых мутантов лактобацилл и изучение их биологических свойств в сравнении с исходными штаммами.

Опыты проводились с 5 штаммами *Lactobacillus plantarum*. Пользовались отечественным лизоцимом из яичного белка. Пересевы субкультур проводились последовательно на среду МРС-I, содержащую 10, 15, 20, 25, 30, 50 и 100 мг/мл препарата. Из биологических свойств определялись физиолого-биохимические свойства (16 тестов), антагонистическую активность (4 тест-микроба) и лекарственную устойчивость (22 химиотерапевтических препарата).

В результате проведенных исследований удалось получить 5 субкультур, хорошо растущих даже при 100 мг/мл лизоцима. Между тем у исходных штаммов уже при 10 мг/мл препарата наблюдалось значительное поредение роста. В пределах использованных тестов биологические свойства лизоцимоустойчивых субкультур ничем не отличались от таковых исходных лизоцимочувстви-

тельных культур. Цель дальнейшего поиска — более расширенное изучение биологических свойств лизоцимоустойчивых мутантов лактобацилл, в частности их адгезивных свойств.

МИКРОФЛОРА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ФТОР-ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА

М. Антер, Р. Паал, У курс

Научн. рук.: доц. В. Кийк, с.н.с. М. Микельсаар

В профилактике кариеса зубов хорошие результаты получены применением фторсодержащих препаратов. Однако до сих пор остается невыясненным вопрос, влияют ли указанные препараты на микроэкологию ротовой полости, в частности на содержание кариесогенных микробов (стрептококков, лактобацилл) в слюне и зубном налете.

Целью настоящего исследования было определить количественное содержание лактобацилл и стрептококков в слюне и в зубном налете в течение полутора лет после аппликации зубов школьниками фторлаком.

Всего исследовали 62 ребенка в возрасте 7–8 лет, от которых забирали 99 проб слюны и 54 пробы зубного налета. Слюну забирали через 3 часа после завтрака без стимуляции, зубной налет брали от вестибулярных поверхностей верхних фронтальных зубов. Налет взвешивали на торзионных весах на стерильной вощеной бумаге. Количества лактобацилл и стрептококков в $\log/\text{мл/г}$ определяли путем посева десятикратных разведений изучаемых материалов на питательную среду МРС-5 (А. Ленцнер, 1973). У детей определяли среднюю интенсивность кариеса зубов по показателям индексов КПУ и кп до и по истечении срока наблюдения.

Выяснилось, что после проведения профилактики кариеса аппликацией зубов фторлаком средний прирост кариеса постоянных зубов через год был меньше, чем в контрольной группе ($p < 0,001$). В микрофлоре слюны и зубного налета изученных детей через полтора года после фтор-профилактики отмечено уменьшение количества лактобацилл и стрептококков ($p < 0,001$). Вероятно, это связано с ухудшением условий прикрепления микробов к поверхности, покрытой фторлаком эмали зубов. В пользу

Такого предположения говорят полученные нами данные о выраженном уменьшении количества лактобацилл в зубном налете детей уже через 7 дней после апплицирования фторлака. Небезынтересно, что микроэкология слюны детей на 7 день после проведения фторпрофилактики еще не отражает изменений, имевших место в микрофлоре зубного налета. Бросается в глаза выраженная индивидуальная вариабельность количественного содержания лактобацилл и стрептококков в слюне и особенно в зубном налете у отдельных школьников как контрольной, так и опытной группы. Возможно, причиной является различная гигиеническая обстановка ротовой полости.

Таким образом, аппликация зубов фторлаком влияет на микроэкологию ротовой полости, в первую очередь на количественное содержание микробов в зубном налете. В дальнейшем следовало бы изучить влияние различных фтор не содержащих лаков на частоту возникновения кариеса и микроэкологию ротовой полости.

О ПРИКРЕПЛЕНИИ ЛАКТОБАЦИЛЛ К СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

К.Кольц, III курс

Научн. рук.: с.н.с. М.Микельсаар

Для активного преобразования микрофлоры человека при дисбактериозах желудочно-кишечного тракта нужны точные сведения о связях, при помощи которых микробы прикрепляются к эпителию слизистой. По литературным данным различают непосредственную адгезию лактобацилл к слизистой (D.C.Savage, 1978) и прикрепление при помощи слизи (М.Микельсаар с соавт., 1972; M.Hartley с соавт., 1979). Данные же о макромолекулярных связях микробов с клетками макроорганизма довольно противоречивы и к тому же получены в опытах *in vitro*.

Исходя из этого мы занялись изучением прикреплений лактобацилл, образовавшихся прижизненно в желудке и толстой кишке подопытных животных. С этой целью воздействовали на слизистую сразу после умерщвления животного различными энзимами.

Опыты проводились на 16 мышах линии Валб-с. После умерщвления брали из желудка и толстой кишки 3 кусочка, которые прополаскивали и обрабатывали яичным лизоцимом (15 мг/мл) и тестикулярной гиалуронидазой (15 мг/мл) в течение часа при 37°. Кусочки взвешивали, гомогенизировали и делали разведения от 10^{-2} до 10^{-7} . По 0,05 мл каждого разведения сеяли на питательную среду МРС-4 (А.Ленцнер, 1973), инкубировали в атмосфере CO_2 при 37°. Количества лактобацилл вычисляли в логарифмах на 1 г исследуемого материала или мл промывной жидкости.

Выяснилось, что количество прикрепленных к слизистой лактобацилл одинаково как в желудке, так и в толстой кишке. После воздействия лизоцимом на слизистую желудка количество лактобацилл не изменилось, в то время как в толстой кишке оно существенно понизилось ($p < 0,01$). Последнее объясняется воздействием лизоцима на нейтральные мукополисахариды - составные компоненты муцинов. При помощи гиалуронидазы отделить лактобациллы от слизистой желудка и кишечника не удалось. Это позволяет предположить, что кислые мукополисахариды не играют главной роли в адгезии лактобацилл. Необходимо отметить, что ожидаемого увеличения количества лактобацилл после воздействия лизоцимом в промывной жидкости с кусочков толстой кишки не наблюдалось. В связи с этим напрашивается вопрос, не происходит ли лизис некоторых лактобацилл под действием лизоцима.

Таким образом, лактобациллы, прикрепляющиеся при помощи слизи к стенке толстой кишки, можно отделить от нее с лизоцимом. Непосредственную же адгезию лизоцим и гиалуронидаза не нарушает. Целью дальнейшего поиска является исследование роли тейхоновых кислот в прикреплении лактобацилл к слизистой желудочно-кишечного тракта.

О СОХРАНИМОСТИ БАКТЕРИЦИДНОГО И СПОРОЦИДНОГО ДЕЙСТВИЯ РАСТВОРОВ "ЭСТОСТЕРИЛЬЯ"

А.Меос, У курс; У.Мерило, А.Риска, Л.Лаан, III курс
Научн. рук.: доц. И.Крузе, доц. Э.Таллмейстер

Надуксусная кислота (НУК), являясь основным действующим фактором препарата "Эстостерилья", обладает широким спектром антимикробного действия на различные микроорганизмы, имеет малую токсичность для теплокровных, и продукты ее разложения безвредны. НУК не загрязняет окружающую среду, а распадается до безвредных для человека и животных остатков (кислород, вода, уксусная кислота).

Однако растворы НУК отличаются сравнительной нестойкостью. Так, при правильном сохранении их (т.е. от 0° до 10° С) препараты, по литературным данным, теряют 50 % своей первоначальной активности в течение 6-8 месяцев.

В работе проведен количественный анализ и изучались бактерицидные и спороцидные свойства растворов дезинфектанта "Эстостерилья", приготовленных в различные сроки в Эстонском институте животноводства и ветеринарии.

В опытах с кусочками льняной ткани, пропитанными культурами *Bacillus cereus*, *Bacillus subtilis* и *Pseudomonas aeruginosa*, показано, что рабочие разведения препарата с содержанием 0,1 %, 0,2 % и 0,5 % НУК, обладали сильным бактерицидным и спороцидным действиями. Между тем бактериальные споры остались жизнеспособными даже после 90-минутной экспозиции в 3 %-м растворе уксусной кислоты, продукта распада НУК.

Сохраняемость активности препаратов "Эстостерилья"

Номер препарата	Дата приготовления	Содержание НУК (%)		Потеря активности в %
		вначале	в марте 1981	
1	15/V 1979	9,2	3,1	66,3
2	5/XII 1979	11,3	2,3	79,6
3	16/IV 1980	11,3	7,1	36,0

Проведенные исследования показали также (см. табл.), что при правильном хранении препаратов дезинфектанта "Эстосте-

риль" можно наблюдать заметную активность препарата (номер 3), приготовленного даже год тому назад.

Высокое спороцидное действие НУК объясняется тем, что катионы водорода нейтрализуют отрицательно заряженные полярные группы белков споровой оболочки, расслабляют энергетический барьер клетки для более легкого прохождения активного кислорода внутрь спор.

ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЧИВОСТИ БАКТЕРИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ СУББАКТЕРИОСТАТИЧЕСКИХ ДОЗ РАСТВОРОВ НАДУКСУСНОЙ КИСЛОТЫ

Ю.Векер, III курс; М.Павел, II курс
Научн. рук.: доц. Э.Таллмейстер, доц. И.Крузе

Механизм высокой антимицробной активности надуксусной кислоты (НУК) до сих пор весьма мало изучен (А.В.Куликовский, 1979). Целью настоящего сообщения было исследование действия суббактериостатических доз растворов НУК на изменчивость штаммов *Escherichia coli* и *Pseudomonas aeruginosa*.

Исследовано пять штаммов кишечной палочки и два штамма синегнойной палочки. Штаммы *E.coli* были выделены, кроме одного, из посевов кала человека или поросенка. Из них три штамма являлись носителями R- или Col-плазмидов, а один из них - Hly-плазмиды. Стандартный штамм *E.coli* CA 38 был продуцентом колицинов E 3 и Ib. Штаммы *P.aeruginosa*, содержащие различного типа R-плазмиды, выделены из речной воды.

На кафедре фармации ТГУ был получен свежесинтезированный препарат "Этостерилья", содержащий 15,4 % НУК и 2 % перекиси водорода. По данным предварительных опытов, суббактериостатическая концентрация по НУК для грамотрицательных бактерий колебалась в пределах 0,002 - 0,003 %. Исследуемые штаммы повторно инкубировали в МПБ с добавлением НУК в суббактериостатических дозах, а также без этой кислоты. После этого определяли как у опытных, так и у контрольных культур различные биологические свойства, в том числе спектр чувствительности к антибиотикам, к мертиолату и теллуриату калия.

В результате исследований выяснилось, что у штаммов R.

aeruginosa, выращенных в присутствии НУК, никаких существенных изменений не наблюдалось. Зато у двух штаммов *E. coli* отмечалось исчезновение свойства колициногенности и заметное падение устойчивости к рифампицину. У двух других культур кишечной палочки была потеряна устойчивость к мертиолату. Кроме того, у всех колиштаммов наблюдалось понижение чувствительности к стандартным колицинам типов V, B, D, Ia и Ib в пределах 35-50 %.

Полученные результаты можно, видимо, объяснить действием отбора. Это согласуется с аналогичными данными I. Downan и G. Meynell (1970), по которым повышенную чувствительность к лизису показывают бактериальные клетки в популяции бактерий, несущие дерепрессированные плазмиды.

О ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ ШТАММОВ *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ МИКРОБОНОСИТЕЛЕЙ

А. Горнишейф, III курс

Научн. рук.: доц. С. Лаанес, Э. Аллик

Микробоносительство среди медицинского персонала может оказаться одной из причин внутрибольничных инфекций. Поэтому нас заинтересовало изучение чувствительности к антибиотикам патогенных стафилококков, циркулирующих среди медперсонала.

Целью нашей работы было исследовать чувствительность к наиболее часто применяемым антибиотикам штаммов *Staphylococcus aureus*, выделенных от медперсонала Тартуской клинической больницы.

Изучен 251 штамм *S. aureus*, которые были изолированы и идентифицированы в микробиологическом отделении Тартуской клинической больницы. Со слизистой носа медперсонала изолировано 236 штаммов и из гноя больных травматологического отделения 15 штаммов. Определяли чувствительность стафилококков по отношению к пенициллину, стрептомицину, тетрациклину, левометицину, новобиоцину, неомицину, ристомицину, мономицину, олеандомицину и эритромицину при помощи бумажных дисков на МПА.

Чувствительность к антибиотикам стафилококков, изолиро-

важных со слизистой носа медперсонала, оказалась следующей. 80 % изученных штаммов были устойчивыми к пенициллину и 59% — к ристомичину. Наиболее чувствительными являлись стафилококки к мономицину (84 %) и к неомицину (72 %). Чувствительными к стрептомицину, левомецетину, олеандомицину и эритромицину оказалось более 50 % штаммов.

По отношению ко всем изученным антибиотикам чувствительными оказалось 22 (9 %) штамма, полирезистентность выявлена у 106 (45 %) штаммов.

При сравнении результатов изучения 15 штаммов стафилококков, выделенных от медперсонала травматологического отделения, и 15 штаммов, выделенных от больных того же отделения, выяснилось, что изученные штаммы имели сходную устойчивость к пенициллину и эритромицину. По отношению к остальным антибиотикам более чувствительными оказались штаммы, выделенные от медперсонала.

Интерес представляет тот факт, что из 236 штаммов стафилококков, выделенных от микробоносителей, 45 % обладают полирезистентностью и могут быть потенциальными факторами в этиологии внутрибольничных инфекций.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАКТЕРИУРИИ С ПОМОЩЬЮ ИНДИКАТОРНЫХ БУМАЖЕК

М.Клезбанд, I курс

Научн. рук.: с.н.с. М.Тюри, доц. Э.Тюри

Бактериурия является главным, а иногда единственным симптомом уроинфекции (А.А.Пытель и С.Л.Голыгорский, 1977). Однако использование точных микробиологических методов для количественного определения бактериурии не всегда доступно. Поэтому для этой цели стали применять экспресс-методы: ТТХ-тест, нитратную пробу и др. В последнее время для их проведения используют индикаторные бумажки, пропитанные соответствующими реактивами.

В настоящем сообщении приводятся результаты сравнительного исследования 278 проб мочи от больных хроническим пиелонефритом при помощи индикаторных бумажек и количественного

микробиологического метода. Использовали индикаторные бумажки "ТТС-Papier" (ГДР); "N-Multistix" (Англия) и приготовленные на кафедре микробиологии ТГУ бумажки с тетразолахлоридом.

Наиболее эффективным оказался ТТК-тест с индикаторными бумажками ГДР (положительных проб 18,7 %, совпадение с микробиологическим методом 85,7 %). Следовал ТТК-тест с бумажками, приготовленными на нашей кафедре (положительных проб 16,1 %, совпадение с микробиологическим методом 70,6 %). Малоэффективной оказалась нитратная проба с бумажкой "N-Multistix" (положительных проб 4,6 %, совпадение с микробиологическим методом 28,6 %).

ТТК-тест дает определенное количество ложноотрицательных результатов, ибо часть штаммов *Escherichia coli*, *Proteus* sp. и *Staphylococcus aureus* не способна редуцировать трифенилтетразолахлорид в трифенилформизан (J.Schirmeister, 1973). В наших исследованиях индикаторные бумажки немецкого производства дали ложноотрицательные результаты в 15 %, а сделанные на кафедре микробиологии - в 30 % случаев. Количество ложноотрицательных проб было наибольшим при использовании бумажек "N-Multistix" - 71 % случаев. Низкую чувствительность нитратной пробы подчеркивают и Н.Hirsch и М.Vlay (1965).

Таким образом, при количественном определении бактериурии экспресс-методами дают удовлетворительные результаты бумажки с трифенилтетразолахлоридом. Указанные бумажки можно рекомендовать для проведения массовых профилактических исследований и в амбулаторной практике.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

О ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ III КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

М.Фешин, В.Третьякова, III курс
Научн. рук.: проф. Р. Лоога

У 170 студентов (68 мужчин, 116 женщин) III курса лечебно-го отделения и отделения спортивной медицины изучалось состояние вегетативной нервной системы (ФСВНС) один раз в неделю в среднем в течение II недель. Для определения ФСВНС применяли методику проф. Р.Лоога, учитывающую характер изменений частоты пульса при опыте Вальсальвы с внутрилегочным давлением 10 и 20 мм рт.ст. Полученные данные сравнивались с результатами аналогичных исследований прошлого года (ПГ).

Выяснилось, что у основной массы студентов (69,4 %) ФСВНС не изменилось или изменилось мало в течение всего периода исследований (группа стабильного состояния - ГСС). У меньшего количества студентов (30,6 %) ФСВНС изменилось повторно в течение исследуемого периода (группа лабильного состояния - ГЛС). В ПГ количественные отношения ГСС и ГЛС остались примерно такими же (72% и 28 % соответственно).

В ГСС входило 50 мужчин и 69 женщин. Из них у 54 % (ПГ: 60 %) мужчин и 68 % (ПГ: 56 %) женщин преобладал тонус парасимпатической нервной системы, у 12 % (ПГ: 19 %) мужчин и 9% (ПГ: 28 %) женщин - тонус симпатической нервной системы, а у 34 % (ПГ: 21 %) мужчин и 23 % (ПГ: 16 %) женщин - тонус обоих отделов вегетативной нервной системы выражался более или менее одинаково. По данным Р.Лоога, более устойчивым в отношении умственной и психической нагрузки следует считать парасимпатическое состояние.

При сравнении ФСВНС у студентов рассматриваемых отделений выяснилось, что у студентов отделения спортивной медицины встречается ГЛС относительно чаще, чем у студентов лечебного отделения (38 % и 23 % соответственно; ПГ: 41 % и 24%).

Причины более частой встречаемости лабильного состояния вегетативной нервной системы у студентов отделения спортивной медицины остаются неясными.

ИЗМЕНЕНИЕ ВНУТРИСОСУДИСТОЙ АГРЕГАЦИИ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ДЕЙСТВИИ ЭТИЛОВОГО АЛКОГОЛЯ

Х. Луга, Т. Лоог, А. Кярп, III курс

Научн. рук.: асс. К. Пау

По данным литературы, этиловый алкоголь (ЭА) вызывает у человека и подопытных животных расстройства микроциркуляции. Это может быть следствием изменения как гемодинамики, так и реологических свойств крови. Целью настоящей работы было исследование изменений способности эритроцитов к агрегации при действии ЭА.

Опыты проводились на кроликах. В первой серии опытов ввели ЭА в ушную вену с расчетом 5 г на 1 кг веса. Во второй серии ЭА был добавлен к крови *in vitro* концентрации 4%. Для определения агрегации использовался нефелометрический метод Лакина, несколько модифицированный нами. Агрегацию эритроцитов индуцировали γ -глобулином.

Выяснилось, что ЭА повышает способность эритроцитов к агрегации. За 1 час после введения ЭА наклон кривой агрегатограммы, выражающий скорость агрегации эритроцитов, увеличился с $17 \pm 2,4^{\circ}$ до $25 \pm 3,2^{\circ}$, а оптическая плотность суспензии эритроцитов, выражающая интенсивность агрегации, повысилась с $15,9 \pm 2,2\%$ до $19,3 \pm 2,1\%$. Через два часа после введения ЭА оба показателя умеренно уменьшились, но превосходили по величине исходные данные. Это, вероятно, объясняется равномерным распределением алкоголя в тканях организма. Гематокрит через 2 часа после введения ЭА увеличился с $38,9 \pm 1,2\%$ до $41,8 \pm 1,7\%$. Данные опыты *in vitro* свидетельствуют также об усилении агрегационных свойств эритроцитов. Это позволяет утверждать, что при действии ЭА способность эритроцитов к агрегации увеличивается, что вместе с увеличением гематокрита ведет к подъему вязкости крови. Это, видимо, является одной из причин расстройств микроциркуляции при остром действии этилового алкоголя.

ИЗМЕНЕНИЯ ВНУТРИСОСУДИСТОЙ АГРЕГАЦИИ
ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ АЦИДОЗЕ

Л.Финн, И.Флейдервиш, П.Милерман, III курс
Научн. рук.: асс. К.Паю

Значительные изменения микроциркуляции в условиях ацидоза общеизвестны. Однако исследователями уделялось мало внимания роли изменений реологических свойств крови. Задачей настоящей работы было выяснение агрегационного состояния эритроцитов при ацидозе. Способность эритроцитов к агрегации определялась с помощью методики К.М.Лакина, несколько модифицированной нами. В качестве агрегирующего вещества пользовались синим алцианом.

В опытах I серии в пробе крови, взятой у нормальных кроликов, понижали pH до 7,05 при помощи мединал-веронального буфера. В таких условиях агрегация эритроцитов статистически существенно увеличивалась ($p < 0,05$). Наклон кривой агрегатограммы увеличился с $38,7 \pm 4,1^\circ$ до $50,5 \pm 3,6^\circ$. Степень агрегации повысилась с $21,3 \pm 2,4\%$ до $32 \pm 2,1\%$. Во II серии опытов ацидоз у подопытных животных вызывали внутривенной индугией лактата в дозе 0,75 М/кг/ч. В таких условиях угол наклона агрегатограмм увеличился с $42,8 \pm 1,1^\circ$ до $45,3 \pm 1,2^\circ$. Гематокрит в то же время падал с 38,8 % до 30,2 % за счет разрушительного действия лактата. Также обнаружено существенное замедление свертывания крови, связанное с проявлением диссеминированной внутрисосудистой коагуляции.

Полученные результаты опытов указывают на усиление процесса агрегации эритроцитов под влиянием ацидоза. Таким образом, при болезнях и патологических состояниях, сопровождающихся ацидозом, возможна внутрисосудистая агрегация эритроцитов и обусловленные ею расстройства микроциркуляции.

ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТЕ В СВЯЗИ С ТРЕНИРОВАННОСТЬЮ

С.Семенков, Б.Мерлин, III курс
Научн. рук.: проф. Р. Лоога

Задачей настоящей работы являлось изучение характера изменений микроциркуляции под воздействием физической нагрузки у тренированных и нетренированных лиц. Исследуемыми служили 22 студента I-III курсов лечебного отделения и отделения спортивной медицины. Микроциркуляция изучалась в мелких сосудах конъюнктивы глаза при помощи биомикроскопии. Использовался стереоскопический микроскоп "МБС-2" и осветитель "ОИ-24". В качестве физической нагрузки использована работа исследуемых на велоэргометре: кратковременная (5 мин.) - 200 Вт, максимальная ($t - \max$) - 300 Вт. Изучались изменения скорости кровотока и внутрисосудистая агрегация эритроцитов (ВСАЭ) в микрососудах конъюнктивы глаза. В результате исследований в безнагрузочном состоянии у исследуемых лиц нарушений микроциркуляции не наблюдалось. После физической нагрузки скорость кровотока значительно усиливалась, но несмотря на это, характерным было появление выраженной ВСАЭ. В среднем через 10 минут после нагрузки у большинства исследуемых наблюдался стаз в мелких сосудах конъюнктивы глаза.

Период восстановления после стандартной нагрузки у тренированных оказался в среднем на 7 минут короче, чем у нетренированных лиц. Период восстановления после максимальной нагрузки у тренированных был в среднем короче на 12 минут.

Таким образом, можно считать установленным, что физическая нагрузка вызывает значительные расстройства микроциркуляции и реологических свойств крови, в частности ВСАЭ. Скорость восстановления микроциркуляции после физической нагрузки может служить одним из ценных показателей состояния тренированности.

О ВЛИЯНИИ МЕТИЛОВОГО СПИРТА НА СВЕРТЫВАЕМОСТЬ КРОВИ

Л.Вяре, Х.Вяре, Р.Хейнриксен, курс
Научн. рук.: доц. М.Куль, ст. препод. Л.Лоога

Кроликам в виде непрерывной инфузии вводили внутривенно 15-20 % раствор метилового спирта, 5-8 мл/кг чистого метанола в час, всего 5-12 мл на 1 кг веса и наблюдали возникающие при этом изменения количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, фибриногена плазмы крови и динамики свертывания крови. Изменение последней наблюдали при помощи тромбоэластографа (тип "Тромб-2"), в некоторых случаях - при помощи электрокоагулографа (тип "Н 333"). Кровь для исследования брали из сонной артерии до постановки опыта, через 20-30 мин. после начала инфузии, после окончания инфузии и в ряде случаев - через 30-60 мин. после этого.

Под влиянием введенного метанола количество тромбоцитов постоянно и резко уменьшалось (до 14 % от исходного уровня). Содержание фибриногена и эластичность тромба также уменьшались, но не так быстро и не в таком количестве. Латентное время свертывания крови, время образования тромба и общее время свертывания крови вначале, после введения метанола уменьшились (т.е. процесс свертывания крови ускорился), затем начинали постепенно увеличиваться (т.е. процесс свертывания крови замедлялся). Количество лейкоцитов в большинстве случаев под влиянием метанола вначале уменьшалось, затем постепенно стало увеличиваться. Количество же эритроцитов вначале увеличивалось, а затем постепенно уменьшалось.

Полученные нами результаты позволяют предположить, что метанол обуславливает развитие процесса диссеминированной интраваскулярной коагуляции.

ФАРМАКОЛОГИЯ

ПРОТИВОСУДОРОЖНОЕ ДЕЙСТВИЕ АНАЛОГОВ ГАММА-АМИНОМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ

Я. Ару, IY курс

Научн. рук.: ст. препод. А. М. Жарковский, асп. Л. К. Рыго

Производные ГАМК в последнее время нашли широкое применение в клинической практике. Среди них имеются препараты с ноотропным действием (пираретам), общенесезирующим действием (ГОМК) и др.

В настоящей работе изучено противосудорожное действие 5 производных ГАМК: баклофен, фенибут, фепирон, толибут и новый отечественный циклический дериват ГАМК Н-2.

Противосудорожное действие изучалось на моделях судорог, вызванных биквукуллином (2,5 мг/кг), пикротоксином (3 мг/кг), тиосемикарбазидом (18 мг/кг) и коразолом (100 мг/кг). Опыты проводились на белых мышах весом 20-25 г.

В результате проведенных опытов было установлено, что баклофен (2,5-5 мг/кг), фенибут (50-100 мг/кг), фепирон (50-100 мг/кг) и толибут (50-100 мг/кг) существенно не влияют на судороги, вызванные биквукуллином и пикротоксином. Они также не антагонизируют коразоловым судорогам, однако несколько антагонизируют судорогам, вызванным тиосемикарбазидом.

Соединение Н-2 в дозах 300-600 мг/кг, напротив, вызывало выраженное противосудорожное действие на все модели судорог. Это проявилось прежде всего в удлинении латентного периода наступления судорог и уменьшении смертности животных. По силе своего действия Н-2 не уступало диазепаму, на основе чего можно предполагать, что Н-2 может оказаться эффективным противосудорожным средством в клинической практике.

ПРОТИВОГИПОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОИЗВОДНЫХ ГАММА-АМИНОМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ

А.Аренд, IУ курс

Научн. рук.: проф. Л.Х.Алликметс, асп. Л.К.Ряго

Противогипоксическое действие натрия оксибутирата известно уже с 60-х годов, но аналогичное действие других производных ГАМК стало изучаться лишь в последние годы. Поэтому представляется интересным сравнить действие некоторых производных ГАМК с действием натрия оксибутирата.

Опыты проводились на мышах - самцах. Антигипоксические свойства изучались на различных моделях гипоксий. Гипоксическую гипоксию вызывали в лабораторной барокамере, а также при помещении животных в герметически закрытый сосуд; гемическую гипоксию вызывали введением нитрита натрия (200 мг/кг).

Исследовались следующие вещества: фенибут, пираретам, фепирон, баклофен и оксибутират натрия. В результате проведенных исследований установлены следующие факты: фенибут в дозах 100 и 200 мг/кг, фепирон в дозе 100 мг/кг и баклофен в дозах 2,5; 5 и 10 мг/кг оказывали выраженное противогипоксическое действие на все модели гипоксии. Исключение составлял пираретам, который не повышал устойчивость животных к гипоксии. Можно предполагать, что новые производные ГАМК найдут свое применение в клинике в качестве антигипоксантов.

ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОПАРКИНСОННЫХ ХОЛИНОБЛОКАТОРОВ
НА ЭФФЕКТЫ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ДОФАМИНОМ, НОРАДРЕНАЛИНОМ
И АПОМОРФИНОМ В ГЛАДКОЙ МУСКУЛАТУРЕ

Л.Калво, К.Косльмейстер, Э.Салувеэр, III курс

Целью данной работы явилось выявление действия противопаркинсонных холиноблокаторов на периферическую нервную систему. В задачу работы входило обнаружение действия противопаркинсонных холиноблокаторов на эффекты, вызываемые дофамином, норадреналином и апоморфином в гладкой мышце тонкой кишки крысы.

Изолированные участки тонкой кишки крысы помещались в раствор Тюрде, к которому затем добавлялись растворы исследуемых веществ.

Получено, что исследуемые противопаркинсонные холиноблокаторы (циклодол, атропин, амизил, проциклидин) потенцировали расслабляющее действие дофамина и уменьшали эффект норадреналина, а влияние на эффекты, вызываемые апоморфином, можно считать несущественными.

На основании полученных данных можно сделать заключение, что норадреналин и дофамин проявляют противоположное действие на тонкую кишку крысы на фоне одних и тех же холиноблокаторов, что дает основание предположить о их действии на разные рецепторы в периферической нервной системе. Влияние разных противопаркинсонных холиноблокаторов на тонкую кишку крысы было сходным. Поэтому, очевидно, эти вещества действуют на периферическую нервную систему по сходному механизму.

ФАРМАЦИЯ

ИЗУЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ЭФИРНОГО МАСЛА РОМАШКИ АПТЕЧНОЙ

В.Вахар, Т.Алтсаар, IY курс
Научн. рук.: асс. Э.Арак

Эфирное масло ромашки аптечной хроматографировали в колонке на силикагеле растворителем бензен + этилацетат 95+5. Собранные фракции хроматографировали в тонком слое сорбента на пластинках "Силуфол". Фракции 90-96 имеют в УФ-лучах сильную флуоресценцию. Указанные фракции повторно хроматографировали на пластинках "Силуфол" растворителем циклогексан + ацетон 4 + 1. Вещества, имеющие Rf 0,24 и 0,64, элюировали четыреххлористым углеродом. Изолированные вещества подвергли ГЭХ-, ИК- и ЯМР-анализу.

Вещество с Rf 0,24 дает по ИК-спектру следующие основные полосы поглощения в см⁻¹: 1760 (с=о), 1628, 1470 (бензольное кольцо), 1120, 1255 (-ОСН₃), 1235, 1035 (С-О-С в лактоне). Данные ЯМР-анализа показывают, что изолируемое вещество является герниарином - 7-метоксикумарином (метилловый эфир умбеллиферона).

В ИК-спектре вещества с Rf 0,64 имеются следующие основные полосы поглощения в см⁻¹: 3420, 1100 (ОН), 1200, 1155 /C(SH)/, 3110, 1648, 890 (C=CH), 1020 (циклопропил). ЯМР-анализ показывает, что выделенное вещество является спатуленолом.

Таким образом доказано в эфирном масле ромашки аптечной тартуского происхождения наличие герниарина и спатуленола.

СТАБИЛЬНОСТЬ ПРОСТАГЛАНДИНА E₂ В НЕКОТОРЫХ ЛИОФИЛИЗИРОВАННЫХ АМПУЛЬНЫХ ПРЕПАРАТАХ

Л.Краави, М.Нурк, IY курс
Научн. рук.: доц. И.Крузе, ст. препод. Т.Хинрикус

Для создания лиофилизированных ампульных лекарственных форм использовали спиртовой раствор простагландина E₂ (ПГЕ₂) и в качестве стабилизаторов дезоксихолевуу кислоту, аргинин,

глутатион, метилцеллюлозу, растворимый крахмал. Качественный и количественный анализы ПГЕ_2 в лекарственных формах проведены при помощи тонкослойной хроматографии на пластинках "Силуфол" и ультрафиолетовой спектрофотометрии при длине волн 278 нм после щелочной деградации. Для хроматографического разделения ПГЕ_2 и продуктов его распада применена система растворителей: бензен + диоксан + ледяная уксусная кислота = 60 + 30 + 3. Установлены величины R_f для ПГЕ_2 (0,38) и продуктов распада (0,67 и 0,79). На основе полученных данных выяснилось, что наибольшим стабилизирующим эффектом обладают глутатион и растворимый крахмал. В то же время лиофилизированный ПГЕ_2 без стабилизаторов при хранении в холодильнике в течение 16 месяцев оказался полностью разложившимся. Данные спектрофотометрического анализа подтверждают вышесказанное.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ГАММА-ОБЛУЧЕНИЯ СЕМЯН НА УРОЖАЙНОСТЬ РОМАШКИ АПТЕЧНОЙ, НА СОДЕРЖАНИЕ ЭФИРНОГО МАСЛА И НЕКОТОРЫХ ЕГО КОМПОНЕНТОВ

Ю.Реккер, IУ курс

Научн. рук.: асс. Э.Арак

Семена ромашки аптечной облучали за 2 дня перед посевом гамма-облучателем "Луч-1" (изотоп ^{60}Co , мощность 232 рн в минуту, расстояние 1 см от облучателя) в дозах 5 и 10 крн. Заложили ранне-весенний посев в полевых условиях (1 г семян на 1 м² почвы, удобренной сульфатом аммония).

Из облученных семян развивались растения значительно медленнее, чем при контрольном опыте. Предпосевное гамма-облучение в дозе 5 крн уменьшало урожайность сухого сырья на 7,3% и в дозе 10 крн на 35,8 % по сравнению с контролем.

Самое высокое содержание эфирного масла в цветочных корзинках установлено при дозе 5 крн. При этой же дозе повышалось и содержание фарнезена, хамазулена, бизаболола, бизаболоксидов А и В и бизаболоксида А. Содержание цис-ен-индициклофифира снижалось по сравнению с контролем.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ КОБАЛЬТА И
МАРГАНЦА НА УРОЖАЙНОСТЬ РОМАШКИ АПТЕЧНОЙ, НА
СОДЕРЖАНИЕ ЭФИРНОГО МАСЛА И НЕКОТОРЫХ ЕГО КОМПОНЕНТОВ

Э.Астель, В.Вахар, М.Тихане, IV курс
Научн. рук.: доц. Й.Таммеорг,
и.о. доц. И.Таммару, асс. Э.Арак

Опыты выращивания ромашки аптечной проводились в вегетационных сосудах на кислом среднеподзолистом суглинке. Дозы кобальта и марганца I, 3 и 5 мг/кг почвы. Фон НК, повторность I3-кратная. Проводилось 3 сбора цветочных корзинок. При дозах кобальта I и 3 мг/кг и дозе марганца I мг/кг получен прирост урожая на 25-26 % по сравнению с контролем.

Содержание эфирного масла в цветочных корзинках третьего сбора определили по первому методу ГФ X издания. Оно является высшим при всех дозах кобальта и марганца 5 мг/кг, а при дозе марганца I мг/кг меньшим по сравнению с контролем.

Содержание компонентов эфирного масла определяли газожидкостнохроматографически. Замечалось небольшое снижение содержания фарнезена при всех дозах кобальта и марганца 3 и 5 мг/кг по сравнению с контролем. Содержание бизаболола, бизабололоксидов А и В, бизаболонооксида А и хамазулена в эфирном масле практически не изменялось. При контроле и всех дозах кобальта и марганца являлся преобладающим компонентом в эфирном масле бизабололоксид А.

ФИЗИОЛОГИЯ

ИЗМЕНЕНИЯ РИТМА ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ФОТОСТИМУЛЯЦИИ РАЗЛИЧНОЙ ЧАСТОТЫ

П. Таба, Л. Выхмасте, II курс

Научн. рук.: доц. П.-Х. Кюнгисепп,
ст. препод. Э. Ханссон

Реакция перестройки ритма или реакция усвоения ритма электроэнцефалограммы заключается в изменении спонтанной активности коры мозга под влиянием световых ритмических раздражений. При этом электрическая активность коры приобретает ритмический характер с равной или большей или меньшей в целом число раз частотой по сравнению с частотой применяемого ритмического светового раздражения (Гусельников, 1976). У здоровых усвоение ритма зависит от частоты и яркости световых импульсов, от степени контраста, соотношения периода света и темноты. Диапазон частот, в котором может возникнуть реакция перестройки ритма, по данным разных авторов, достигает 40 - 70 герц, нижней границей усвоения ритма считается 5 герц. В настоящей работе проводились исследования для выяснения частот стимуляции световым раздражением, при которых возникает в электроэнцефалограмме реакция усвоения ритма.

Электроэнцефалограмму регистрировали у 10 студентов обоих полов в 6 биполярных отведениях. Для световой стимуляции использовали фотофоностимулятор ФФС-02, экран которого находился на расстоянии 80 см от исследуемого. Исследуемый сидел в удобном кресле в экранированной камере в темноте с закрытыми глазами. Фотостимуляцию начинали с частоты 5 герц, частоту увеличивали по одному герцу, высшей частотой являлось 15 герц. Длительность серии импульсов составляла от 3 до 5 сек., интервал между отдельными сериями - 10-15 секунд.

Полученные электроэнцефалограммы проанализировали визуально. Более выраженным являлся альфа ритм в затылочных отведениях. При включении фотостимуляции вызывала исчезновение альфа-ритма, который восстанавливался через несколько долей секунд. Реакцию усвоения ритма удалось заметить при близких к индивидуальному альфа-ритму частотах фотостимуляции у трех исследуемых.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ИЗОЛИРОВАННОГО СЕРДЦА ЛЯГУШКИ ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ИОНОВ

Р.Кяск, Х.Пашпель, Х.Оол, III курс

Научн. рук.: асс. В.Перт, доц. П.-Х.Кингисепп

Согласно положениям мембранной теории можно ожидать, что изменения состава экстрацеллюлярной жидкости могут оказывать определенное влияние на биопотенциалы возбудимых тканей. В настоящей работе мы изучали влияние ионов Na^+ , Ca^{2+} и K^+ на ЭКГ изолированного сердца лягушки.

Сердце лягушки препарировали по Штраубу. К различным участкам сердца прикрепляли серфены из проволоки нержавеющей стали, которые присоединяли к электрокардиографу. Классический раствор Рингера в канюле заменяли поочередно растворами следующего состава: 0,65 % NaCl , раствор Рингера без ионов K^+ (доминирует Ca^{2+}) и раствор Рингера без ионов Ca^{2+} (доминирует K^+). После каждого опыта изучаемый раствор заменяли классическим раствором Рингера и ожидали полного восстановления работы сердца.

Результаты нашей работы показывают, что изменение ионного состава среды вызывает заметное изменение ЭКГ изолированного сердца лягушки. Прежде всего это касается интервала RT , который может варьироваться в довольно широких пределах. Na^+ и Ca^{2+} вызывает четкое увеличение этого интервала, K^+ же в свою очередь — уменьшение. Изменяется и амплитуда биопотенциалов. Ca^{2+} вызывает почти трехкратное увеличение зубца R , а ионы K^+ уменьшают этот зубец. Раствор Рингера вызывает нормализацию ЭКГ в течение 15–20 секунд. Частота сердца колебалась в наших опытах незначительно.

Нам кажется, что изменения ионного состава экстрацеллюлярной жидкости приводят к изменениям проницаемости клеточной мембраны, в результате чего изменяется прежде всего фаза реполяризации.

ВОЗМОЖНЫЕ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ
ХОЛЕЦИСТОКИНИНА ПРИ ЕГО ИНТРАЦЕРЕБРО-
ВЕНТРИКУЛЯРНОМ ВВЕДЕНИИ.

А. Соосаар, П. Пудель, А. Пинтсаар, II курс
Научн. рук.: проф. Э. Васар, асп. Э. Васар

В последние годы разными авторами установлено, что холецистокинин (ХЦК) содержится не только в желудочно-кишечном тракте, но и в некоторых структурах головного мозга. Особенно высокие концентрации ХЦК и его фрагментов выявлены в коре больших полушарий и подкорковых структурах, получающих иннервацию от дофаминергической системы. Целью настоящего исследования являлось изучение поведенческих эффектов при интрацеребровентрикулярном введении ХЦК, а также влияния разных психотропных веществ на эффекты полипептида.

Билатеральное введение ХЦК в разных дозах (0,1-7,2 Ед) в боковые желудочки мозга у крыс вызвало зависящие от дозы изменения в поведении животных. В дозе 0,1 Ед ХЦК оказывал седативное действие на поведение животных. При введении ХЦК в больших дозах в начале (1-2 мин. после введения) появились встряхивания головы, через 3-4 мин. после введения появились повороты в сторону первой инъекции и стереотипные грызения и прижимания. Стереотипные реакции имели общую продолжительность 2-3 мин., что с повышением дозы ХЦК не изменялось. Но встряхивания головы и реактивность на внешние раздражители заметно усиливались при повышении дозы ХЦК. При введении больших доз ХЦК агрессивность по методике электроболевого раздражения была также сильнее по сравнению с контрольной группой. После окончания стереотипик все моторные реакции полностью прекращались. Однако животные, которые получили 6,3 и 7,2 Ед ХЦК в течение еще 60-90 мин., бурно реагировали на всякие раздражители.

Галоперидол вызывал значительное понижение гиперреактивности после введения ХЦК в дозе 0,9 Ед, однако не изменял стереотипию. Малые дозы апоморфина блокировали стереотипию, но повышали реактивность на внешние раздражители. Введение ХЦК (0,9 Ед) 20 минут после инъекции апоморфина (1,0 мг/кг)

на 3-4 мин. полностью устраняло стереотипию, однако затем интенсивность стереотипии становилось выше и реактивность на внешние раздражители меньше, чем перед введением ХЦК. Альфа-метил-пара-тирозин уменьшал латентный период стереотипии, удлинял ее длительность и повышал гиперреактивность. Введение л-триптофана на фоне ниаламида вызывало уменьшение встряхиваний и стереотипии, а также несколько усиливало гиперреактивность. Морфин блокировал развитие стереотипии после введения ХЦК, однако, ХЦК снижал анальгетическое действие морфина.

Возможно, что ХЦК является одним звеном, участвующем в контроле активности моноаминергических систем мозга. По-видимому, ХЦК повышает чувствительность дофаминовых и серотониновых рецепторов в центральной нервной системе и изменяет центральные эффекты разных психотропных веществ.

РОЛЬ ОПИАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В МЕХАНИЗМЕ ДЕЙСТВИЯ АПОМОРФИНА

П.Пудель, А.Пинтсаар, А.Соосаар, А.Талихярм, II курс
Научн. рук.: проф. Э.Васар, асп. Э.Васар

Предыдущими нашими исследованиями установлено, что блокатор дофаминовых рецепторов галоперидол частично противодействует развитию гиперчувствительности к апоморфину (АПО) при длительном совместном введении галоперидола и АПО. Однако в литературе имеются данные, свидетельствующие об антагонизме между АПО и морфином. В настоящей работе была поставлена задача: проанализировать участие опиатных рецепторов в эффектах длительного введения АПО.

Все опыты проводились на крысах самцах линии Вистар массой в 250-300 г. АПО вводился 2 раза в день в течение 7, 14 и 21 дня. Однократное введение морфина перед АПО животным, сенсibilизированным АПО, вызывало избирательное, зависимое от дозы угнетение апоморфиновой агрессивности. Блокатор опиатных рецепторов налорфин также избирательно устранял антиагрессивное действие морфина. Антиагрессивный эффект морфина находился в тесной корреляции с длительностью введения АПО.

Для блокирования агрессивности после 21-дневного введения АПО потребовались более высокие дозы морфина по сравнению с 7- и 14-дневными введениями.

После сенсibilизации животных АПО на морфин по методике электроболевого раздражения подобно малым дозам АПО был способен вызвать у крыс гиперагрессивность и противодействовать антиагрессивному эффекту морфина.

Введение АПО через 48 часов после отмены 3-недельного введения относительно малых доз морфина выявило также повышенную чувствительность к АПО, чего мы не наблюдали после отмены длительного введения малых доз галоперидола.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в механизме действия АПО, кроме стимуляции дофаминовых рецепторов, значительное место занимает также блокада опиатных рецепторов.

АКТИВНОСТЬ АЛЬФА-АМИЛАЗЫ И КИСЛОЙ ФОСФАТАЗЫ В СЛЮНЕ ЧЕЛОВЕКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НЕКОТОРЫХ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ

Т.Баркова, II курс

Научн. рук.: проф. С.Тевсалу, с.н.с. Т.Вихалемм

За последние годы установлено, что состав слюны меняется в связи с изменениями функционального состояния организма. Состав слюны меняется в условиях умственного и физического напряжения (М.О.Россалу, 1980; А.А.Огнев, 1980 и др.) и показывает изменения в зависимости от сезонной и суточной биоритмики (А.В.Баженова и др. 1974).

Задачей данной работы было изучение некоторых компонентов слюны у студентов в условиях обычного учебного процесса и в условиях умственного напряжения. Изучалась нестимулированная смешанная слюна, которая собиралась утром натощак. Слюна изучалась у четырех студенток повторно в дни с различной загруженностью учебного процесса и в выходные дни. В слюне определялись: содержание общего белка (по Lowry и др. 1951), активность альфа-амилазы (Smith-Roe, 1949) и активность кислой фосфатазы (Fiske-Subbarov, 1925).

Результаты исследований показали, что активность альфа-

амилазы и кислой фосфатазы в слюне повышается в условиях умственного напряжения (контрольные работы, семинары). Содержание общего белка в этих условиях меняется мало, но было установлено постепенное нарастание содержания общего белка в слюне изо дня в день в конце семестра (в декабре). Можно ли такое постепенное нарастание содержания общего белка в слюне связывать с сезонными биоритмами или с нарастающим умственным напряжением в конце семестра, является задачей дальнейших исследований.

РЕГИСТРАЦИЯ СКОРОСТИ ДВИЖЕНИЯ ВОЗДУХА И ДЫХАТЕЛЬНОГО ОБЪЕМА ПРИ ФОРСИРОВАННОМ ВДОХЕ И ВЫДОХЕ В ВИДЕ КРИВОЙ ОБЪЕМ-ОБЪЕМНАЯ СКОРОСТЬ

Т.Волькманн, А.Вийклевш, II курс
Научн. рук.: доц. П.-Х.Кингисепп

Регистрация объемной скорости движения воздуха и дыхательного объема во время форсированных дыхательных маневров применяется все чаще в исследованиях функционального состояния внешнего дыхания. В данной работе использован спирометр СТ-1М, снабженный прецизионным потенциометром ПИ-2.2 и дифференцирующей цепью для получения электрического сигнала от дыхательного объема и объемной скорости движения воздуха. Регистрация проводилась на 2-координатном самописце типа Н-306. На одну ось подавали сигнал дыхательного объема, на другую - сигнал объемной скорости потока воздуха. В настоящей работе приводятся предварительные результаты объемных скоростей воздуха во время форсированного выдоха, полученные при помощи этой системы. Эти результаты сравниваются с должными, которые вычислены по формулам Кнудсона (1976).

Исследования проводили на 27 здоровых женщинах и мужчинах в возрасте от 19 до 21 года. Исследуемые дышали через рот, нос был закрыт зажимом. После максимального вдоха исследуемые совершали форсированный выдох максимальной глубины и после этого максимальный форсированный вдох. Этот дыхательный маневр повторяли последовательно 3 раза. Из полученных кривых измеряли максимальную объемную скорость форсированно-

го выдоха (МОС) и максимальные объемные скорости движения воздуха при выдохе 50 % и 75 % форсированной жизненной емкости легких (МОС_{50%} и МОС_{75%}), затем вычисляли их должные значения. Полученные результаты приведены в таблице.

Показатель	Мужчины n = 11		Женщины n = 16	
	действительные	должные	действительные	должные
МОС л/сек	7,28±0,55	9,46±0,25	6,01±0,40	7,48±0,18
МОС _{50%} л/сек	6,92±0,61	6,00±0,18	5,76±0,44	5,57±0,15
МОС _{75%} л/сек	3,58±0,39	3,36±0,08	3,97±0,65	3,49±0,10

Объемы выражены в ВТРС условиях, приведены арифметические средние и их доверительные границы ($\bar{x} \pm mt_{95\%}$).

Таким образом, при использовании спирографа для регистрации объемной скорости движения воздуха действительные значения максимальной объемной скорости форсированного выдоха меньше должных, а действительные значения МОС_{50%} и МОС_{75%} не отличаются существенно от должных величин.

ОБЪЕКТИВНЫЕ И СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ УТОМЛЕНИЯ ПРИ ЛОКАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ РАБОТЕ

Э. Ватсар, У курс

Научн. рук.: доц. М.Эплер

В работе изучались проблемы адекватности отражения объективных признаков мышечного утомления в субъективных оценках исследуемых. В качестве мышечной нагрузки применялась длительная статическая работа до отказа в виде растягивания пружины в специальной установке, позволяющей: 1) задавать степень растягивания пружины (при помощи оптического лидера), 2) регистрировать отклонение фактического напряжения от заданного, 3) регистрировать скоростной компонент сигнала отклонения напряжения. Работа совершалась испытуемыми в положении стоя при помощи левой руки в виде абдукции в плечевом суставе. Одновременно с вышеуказанными показателями мышечного напряжения были зарегистрированы и некоторые вегетативные показатели - мгновенные значения частоты сердечных сокраще-

ний, уровень среднего артериального давления, кривая дыхательных движений.

Данные о субъективной оценке степени утомления отмечались по 7-балльной системе, составленной по образцу широко используемой шкалы субъективных оценок утомления G. Borg (1970).

Динамика развития утомления по объективным физиологическим признакам (увеличение частоты сердца, повышение уровня артериального давления, усиление мышечного тремора, появление отклонений между фактической и заданной степенями растяжения) показала в общем достаточно хорошую корреляцию с субъективными оценками степени утомления.

Взаимоотношения между различными признаками утомления усложняются в периоде наступления сильного утомления (оценка "очень тяжело"): на фоне прогрессирующего увеличения мышечного тремора и падения мышечной силы наблюдается уменьшение или даже прекращение прироста частоты сокращения сердца и повышения артериального давления. Описанное явление можно истолковать как результат развития центрального торможения, приводящего к ослаблению активирующих механизмов симпатической нервной системы.

ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ЭЛЕКТРОЛИТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И СЛУНЕ В СВЯЗИ С ИХ ПОТЕРЯМИ ПОТОМ И МОЧОЙ ПРИ ФИЗИЧЕСКОМ НАПРЯЖЕНИИ

Р.Кольк, К.Кизанд, II курс
Научн. рук.: доц. О.Имелик

Изменения концентрации электролитов в сыворотке крови в условиях физического напряжения описаны многими авторами. При исследовании физических напряжений разной продолжительности и интенсивности получены различные результаты. Даже при одинаковых напряжениях данные ряда авторов часто не совпадают. При продолжительной мышечной работе некоторые авторы (Astrand & Saltin, 1964) констатировали заметное повышение концентрации натрия и калия, но другие (Refsum et. al, 1973) не получили достоверных изменений в их концентрации. Концентрация кальция осталась неизменной и даже понизилась (Rose et al, 1970).

Цели настоящего исследования: 1) выяснить изменения концентрации ионов натрия, калия и кальция в сыворотке крови в связи с их потерей потом и мочой при физическом напряжении; 2) выяснить, в какой мере изменения концентрации электролитов в слюне отражают их изменения в сыворотке крови.

4 студента пробежали в течение часа 10-километровую дистанцию. В пробах венозной крови, слюны, мочи и пота определили концентрацию электролитов непосредственно до и после бега и через 30 минут после прохождения дистанции. Концентрация электролитов в исследуемых жидкостях измерялась методом пламенной фотометрии.

Несмотря на значительные потери электролитов потом (примерно на 10 % их количества в крови), концентрация их в сыворотке крови не снижалась. Концентрация натрия повышалась у всех исследуемых в среднем на 7 %, изменения концентрации калия и кальция оказались недостоверными. Это указывает на значительное перераспределение электролитов из межклеточного пространства в кровь. Изменения концентрации электролитов в слюне отражают изменение их концентрации в сыворотке крови. Концентрация калия в слюне также осталась практически неизменной. Концентрация натрия повысилась в слюне в гораздо большей мере, чем в крови, превышая исходный уровень почти в 4 раза.

ЭНДОКРИННЫЕ СВЯЗИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА МЕЖДУ ДРУГИМИ ЭНДОКРИННЫМИ ОРГАНАМИ

В.Тийсма, У1 курс

Научн. рук.: проф. С. Теэсалу

Исследование эндокринных клеток пищеварительного тракта ведется уже около ста лет. Начало было положено работами Гейдена, в которых изучались эндокринные клетки желудка. На рубеже XX века в Тартуском университете эндокринные клетки желудочно-кишечного тракта изучал проф. Куль. Его диссертацию, завершленную в 1924 году, "Die chromaffinen Zellen des Verdauungstractus" цитирует вся мировая литература. В 50-х годах Феуртер изучал эндокринные клетки пищеварительного тракта и

назвал их "системой ярких клеток".

Только исследование электронномикроскопическими флуоресцирующими методами дало возможность для создания единой теории об эндокринной системе пищеварительного тракта. Авторами этой т.н. АПУД концепции являются англичане Pearse, Polak and Bloom. Принадлежащие к этой системе клетки характеризуются поглощением предшественника аминов и их декарбоксилированием. Эти клетки располагаются диффузно в пищеварительном тракте и секретируют биологически активные амины, гормоны и простагландины. Некоторые из этих гормонов вырабатываются как в пищеварительном тракте, так и в центральной нервной системе, в основном в области гипоталамуса. Эти вещества называются нейропептидами. Нейропептидами являются соматостатин, субстанция "П", энкефалин, нейротензин, VIP (VIP - vasoactive intestinal polypeptide).

Следует подчеркнуть, что такие хорошо известные гормоны пищеварительного тракта, как гастрин и холецистокинин-панкреозимин (ХК/Пз), найдены и в мозге, и установлено, что холецистокинин-панкреозимин участвует в регуляциях аппетита и насыщения.

Соматостатин находится в гипоталамусе и в Д-клетках Лангерхансовых островков поджелудочной железы, он подавляет освобождение соматотропного гормона в гипофизе - откуда и название соматостатин. Он ингибирует секрецию ферментов пищеварительного тракта и подавляет секрецию инсулина и глюкагона.

Субстанция "П" находится в пищеварительном тракте и в тканях мозга, где с ней связывают функцию нервной передачи.

В последнее время установлено, что субстанция "П" ингибирует освобождение серотонина из энтерохромафинных клеток пищеварительного тракта. VIP - вазоактивный ингибирующий полипептид - находится в пищеварительном тракте, в мозге и в периферических нервах. Он стимулирует липо- и гликогенолиз, и предполагается, что он выполняет функцию нейромедиатора.

Нейропептиды осуществляют интеграцию между гормональной системой пищеварительного тракта и другими эндокринными органами.

О СВОЙСТВАХ СЛЮНЫ У БОЛЬНЫХ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

В.Тийсма, VI курс; А.Каск, II курс

Научн. рук.: проф. С.Тезсалу, ст.н.с. Т.Вихалемм

В литературе имеются некоторые данные об изменении деятельности слюнных желез при патологии гастроэнтерологического тракта, в основном при болезнях желудка и поджелудочной железы. Следует отметить, что таких данных довольно мало и их совсем не удалось найти в связи с деятельностью слюнных желез при кишечных патологических состояниях. Исходя из того, что секрет слюнных желез является хорошо доступным для исследования, мы поставили перед собой задачу исследовать некоторые компоненты слюны с целью выяснения информативности этих анализов в функциональной диагностике гастроэнтерологического тракта. Изучалась смешанная нестимулированная слюна, которая собиралась утром натощак. В слюне определялось: содержание общего белка (по Lowry и др., 1951), активность альфа-амилазы (Smith-Roe, 1949) и активность кислой фосфатазы (Fiske-Subbarow, 1925). Контрольная группа состояла из II студенток. Анализы в группе больных и в контрольной группе проводились только у некурящих людей, у которых отсутствовали воспалительные процессы в слизистой оболочке рта и не было кариозных зубов. Все названные факторы оказывают влияние на деятельность слюнных желез (С.Руссак, 1969) и поэтому всегда при анализах слюны нужно их строго учитывать. Общее число обследуемых равнялось 57, из них 33 мужчины и 24 женщины. Возраст обследуемых составлял от 20 до 60 лет. Были обследованы больные со следующими диагнозами: хронический панкреатит (16), язва двенадцатиперстной кишки (12), хронический гепатит (14), больные с дистрофическими расстройствами тонкой и толстой кишки и функциональными расстройствами пищеварения (8), с хроническим циститом (2) и со злокачественной анемией (5). На основе исследования сделаны следующие выводы.

I. Активность альфа-амилазы в слюне по сравнению с контрольной группой повышена больше всего у больных с дистрофи-

ческими болезнями тонкой и толстой кишки и в группе больных с функциональными расстройствами пищеварения. Повышение активности амилазы в слюне получено и у больных с хроническим панкреатитом и хроническим гепатитом.

2. Активность кислой фосфатазы в слюне повышена также как активность амилазы у больных с дистрофическими болезнями тонкой и толстой кишки, у остальных больных данные активности кислой фосфатазы в слюне мало отличались от данных контрольной группы.

3. Содержание общего белка в слюне повышено у больных с дистрофическими болезнями тонкой и толстой кишки и понижено у больных с хроническим холециститом. В остальных группах больных изменения содержания общего белка в слюне были менее выражены.

4. Изменения активности альфа-амилазы, кислой фосфатазы и содержания общего белка в слюне более всего выражены у больных с дистрофическими болезнями тонкой и толстой кишки, что говорит об информативности этого анализа в функциональной диагностике названных болезней.

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕФРАКЦИИ ГЛАЗ КРОЛИКА РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ

Т.Тикк, У курс

Научн. рук.: м.н.с. Л.Шоттер

Целью работы было определение рефракции и параметров роговой оболочки глаза кролика, знание которых нужно для рефракционных кератопластических операций.

Исследования проводились в вивариуме ТТУ на 25 взрослых кроликах (50 глаз) из породы шиншиллы. Суммарную рефракцию определяли с помощью скиаскопии и рефрактометром Хартингера. Физическую рефракцию роговицы и радиус кривизны ее передней поверхности определяли офтальмометром Жавалья, диаметр - кератометром КМ-I и толщину парацентральной части ее - офтальмокалиброметром, щелевой лампой и роговичным микроскопом по методу Н.М.Сергиенко.

Исследуя клиническую рефракцию глаз кроликов, мы обнаружили, что она колеблется от $-1,0$ до $+3,0$ дптр и в среднем была гиперметропической в $1,65$ дптр. Миопическая рефракция отмечена на 2, а эметропическая - на 4 глазах. Суммарный астигматизм встречался на 18 глазах (36%), причем разница между меридианами составляла от $0,25$ до $1,5$ дптр. Диаметр роговой оболочки кролика равнялся $13-16$ мм, составляя в среднем $14,62$ мм. Толщина роговицы колебалась от $0,43$ до $0,72$ мм и равнялась в среднем $0,59$ мм. Радиус кривизны колебался от $6,75$ до $8,2$ мм, равняясь в среднем $7,39$ мм, и физическая рефракция роговицы соответствовала от $41,0$ до $50,0$ дптр, равняясь в среднем $46,06$ дптр. Роговичный астигматизм встречался в 12 случаях (24%) исследованных глаз.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТЫ
ПО ДАННЫМ ГЛАЗНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТАРТУСКОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (1975-1980 гг.)

Т. Корстник, У курс
Научн. рук.: Л. Каазик

Врожденная катаракта составляет 60 % из всей врожденной патологии глаз, а из всех катаракт - 10 %.

В работе анализируются данные 29 больных (из них 2 взрослых), находившихся на лечении в глазном отделении Тартуской клинической больницы с 1975 по 1980 г. Полная катаракта обнаружена у 13 больных, зонулярная - у 12, осложненная - у 3 и остаточная в I случае. Было проведено 43 операции: в 22 случаях линиарная экстракция катаракты, в 14 - иридэктомия, в 7 - рассечение остаточной мембраны двумя дисцизионными ножичками.

До операции острота зрения у всех больных была низкой (светощущение, движение руки), а при зонулярной катаракте в пределах до 0,1.

После операции лишь в I случае острота зрения не улучшилась (из-за наличия ретролентарной фиброплазии); во всех остальных случаях острота зрения повысилась, но не выше 0,1.

В послеоперационном периоде всем детям были назначены афактические очки как для дали, так и для близи, а также специальные упражнения.

На основании данного исследования можно сделать вывод о том, что несмотря на комплексное лечение (хирургическое и ортоптическое), острота зрения у детей остается низкой, а врожденная катаракта является главной причиной детской инвалидности по зрению, вследствие чего такие дети нуждаются в обучении в специальных школах для слабовидящих.

СОСТОЯНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ С ВЫСОКОЙ БЛИЗОРУКОСТЬЮ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

К. Пакулин, М. Куузик, У1 курс

Научн. рук.: А. В. Панов

Из причин инвалидности по зрению на первом месте в Эстонской ССР стоит высокая осложненная близорукость, составляя 32,3 % из всей инвалидности по зрению.

По материалам обследования инвалидов по зрению, проведенного сотрудниками лаборатории охраны зрения Тартуского государственного университета, в Эстонской ССР высокая близорукость была основным диагнозом у 411 инвалидов, из них у 281 женщины (70 %).

Высокая осложненная близорукость как причина инвалидности становится особенно заметной в возрасте старше 60 лет. Ниже приводим возрастное распределение инвалидов по зрению с основным диагнозом - высокая близорукость: 20-29 лет - 0,9%; 30-39 лет - 4,9%; 40-49 лет - 10,2%; 50-59 лет - 17,5%; 60-69 лет - 27,2 %; 70-79 лет - 39,2%. Из общего количества обследованных инвалиды I группы составляли 35,0%, этот процент увеличивался с возрастом. Абсолютно слепых было 9, и более всего в старших возрастных группах. Так, в группах 50-79-летних они составляли 81,6%. У большинства из них слепота наступила после двусторонней отслойки сетчатки.

Практически слепых насчитывалось 38, их количество также увеличивалось с повышением возраста. У всех инвалидов по зрению на глазном дне обнаружены обширные дегенерации; низкая острота зрения часто обуславливалась наличием вторичной катаракты, бельма роговицы, вторичной глаукомы или атрофии зрительных нервов.

СОСТОЯНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ТАЛЛИНСКОГО ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА

Е. Коновалова, Т. Пахомова, VI курс

Научн. рук.: А. В. Цанов

Задачей данной работы являлось изучение состояния органа зрения у студентов Таллинского педагогического института. Были обследованы 190 студентов в возрасте от 18 до 26 лет, из них 48 мужчин (25 %) и 142 женщины (75 %).

Лиц с нормальной и незначительной гиперметропической рефракцией и остротой зрения до 1,0 насчитывалось 121 (63,2 %). Астигматизм имелся у 13 человек (6,8%), миопия - у 57 человек (30%).

Различные степени миопии встречались со следующей частотой: миопия до 3 дптр - у 45 человек (78,9 % всех миопов), до 6 дптр - у 7 (12,3 %), больше 6 дптр - у 5 человек (8,8%). Наиболее часто встречалась миопия слабой степени.

Среди обследованных были студенты, обучающиеся по 10 специальностям. Наименьший процент всех видов миопии выявлен в группе рисования-черчения (16,6%), а наивысший - в группе труд-физика (66,6%), но в последней группе встречалась только миопия слабой степени. Довольно высокий процент миопии (40-46 %) получен в группах эстонской филологии, библиографии, психологии, немецкого и английского языков.

По данным литературы, среди выпускников средних школ 20% имеют близорукость. Проведенные нами исследования студентов Таллинского педагогического института выявили миопию в 30 % случаев, что может быть связано с повышенной нагрузкой и нерациональными условиями работы студентов.

О СОСТОЯНИИ БИНОКУЛЯРНОГО ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Г.Тихомирова, УІ курс; Е.Белинская, А.Гарковенко,
Р.Кессельман, А.Нейер, Л.Леллеп, У курс
Научн. рук.: асс. Н.М.Мандель

Исследование бинокулярного зрения проводилось в детских садах Тарту; всего обследовалось 289 детей в возрасте от 4 до 6 лет. Из них 268 детей посещали нормальные группы, 21 ребенок находился в специальной группе детей с расстройствами зрения. Бинокулярное зрение проверяли с помощью цветотеста Белостоцкого-Гольдмана. В обычных детских группах расстройство бинокулярного зрения имелось только у 2 детей. У остальных отмечено нормальное бинокулярное зрение с правым ведущим глазом в 65 %, левым - в 31 % и попеременно - в 4 % случаев. У всех детей спецгруппы при поступлении их в детсад осенью 1977 г. имелось сходящееся косоглазие в 6 случаях монолатеральное и в 15 - альтернирующее. Угол отклонения колебался от 8° до 25° . 19 детей имели монокулярное зрение и 2 - одновременное. Амблиопия различной степени имелаась на 30 глазах. У всех детей гиперметропическая рефракция.

Во время пребывания в детском саду помимо обязательного ношения очков детям проводили плеоптическое лечение при помощи окклюзии, применяли пенализацию, а также ортоптическое лечение при помощи синоптофора. В результате лечения острота зрения с коррекцией улучшилась. Так, например, число детей с остротой зрения I,0 увеличилось в 7 раз (от 4 до 27 глаз). Изменился также характер зрения: у 6 детей из 21 было восстановлено бинокулярное зрение; из 19 детей, имевших ранее монокулярное зрение, 11 получили одновременное зрение.

В заключение можно сказать, что создание специальных садов для детей с расстройствами бинокулярного зрения полностью себя оправдывает.

СВОЙСТВА СУХОЖИЛЬНЫХ ШВОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ
МЕТОДАХ ДУБЛЕНИЯ

М.Штейнберг, УІ курс; Х.Мюрсепп, ІУ курс
Научн. рук.: проф. Л.Х.Шоттер

Целью работы являлось выяснение возможности удлинения времени резорбции сухожильных швов и увеличение их прочности. В своих опытах мы использовали нити из хвостов белых крыс, толщина нитей соответствовала примерно толщине супрамида 6/0. Необработанные нити имели температуру распада 68° и выдерживали нагрузку до 200 г. Для дубления использовали растворы хрома и формальдегида различной концентрации. Нити обрабатывались при температуре 35° С в течение 5 часов.

Данные эксперимента приводятся в таблице.

Раствор формалина	Температура распада	Прочность в г	Раствор хрома г/л	Температура распада	Прочность в г
Формалин 1%	85° С	200	0,3	70° С	250
- " - 10%	90° С	200	22,2	90° С	300
- " - 20%	100° С	300	60,0	100° С	400
- " - 30%	100° С	300	III,0	расплавились	
- " - 40 %	100° С	300			

Наилучшие результаты дала обработка нитей раствором хрома (60,0 г/л), после которой температура распада увеличилась на 32° С (с 68° С до 100° С). Прочность нитей увеличилась в 2 раза (с 200 г до 400 г). Хорошие результаты дало дубление 20-40 % растворами формалина. Температура распада увеличилась с 68° С до 100° С, а прочность с 200 г до 300 г. Дубление не оказало заметного влияния на толщину и длину нитей.

НЕВРОЛОГИЯ

ИНФАРКТ МОЗГА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

А.Орула, У курс

Научн. рук.: проф. А.-Э.Каасик,
ст.н.с. М.Роозе

В последние годы в связи с повышением частоты инфаркта мозга (ИМ) населения трудоспособного возраста большое внимание уделяется выявлению основных этиопатогенетических факторов ишемического поражения мозга среди более молодых людей.

В настоящей работе проанализировано 165 историй болезни больных с ИМ в возрасте до 50 лет, лечившихся в Тартуской клинической больнице в 1970-1979 гг.

Исследование возрастно-половой структуры больных показало значительное превадирование мужчин, лишь в возрасте до 30 лет число женщин превышало число мужчин. Отмечалось заметное увеличение количества больных с повышением возраста.

Ревматизм был обнаружен у 13 % больных с ИМ. Отмечалось небольшое превадирование мужчин среди больных с ревматизмом. Абсолютное число этих больных не отличалось в возрастных группах 31-40 и 41-50 лет, однако, в возрасте до 30 лет случаев ревматизма наблюдалось несколько меньше.

Артериальная гипертензия диагностирована у 20 % больных. Большинство из них были мужчины. Установлено значительное увеличение количества этих больных с повышением возраста.

Ангиографически исследовано 60 % всех больных, у 50 % из них обнаружены патологические изменения мозговых кровеносных сосудов (стеноз, окклюзия и патологическая извитость).

Выявлено, что артериальная гипертензия и атеросклероз причиняют значительные возрастно-половые различия в составе молодых больных с ИМ, роль ревматизма в этом отношении небольшая.

Анализируя значение основных этиопатогенетических факторов ИМ в зависимости от пола больных, мы установили, что у

мужчин наиболее часто наблюдается атеросклероз (57 % из общего числа мужчин), реже - артериальная гипертензия (24 %) и ревматизм (10 %). В группе женщин на первом месте оказался ревматизм (22 % из общего числа женщин), последовали артериальная гипертензия и атеросклероз (обоих 11 %), сепсис (9%) и системная красная волчанка (2 %).

ИССЛЕДОВАНИЕ ПУЛЬСАЦИИ ВЕН СЕТЧАТКИ У БОЛЬНЫХ О ПОВЫШЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ

И.Калбе, Л.Ритсо, У1 курс
Научн. рук.: проф. А.-Э.Каасик,
ст.н.с. М.Роозе

В клинике неврологии и нейрохирургии часто встречаются больные с повышенным внутричерепным давлением. Это патологическое явление проявляется при опухолях, травмах и кровоизлияниях головного мозга. Клиницисты расценивают уровень внутричерепного давления на основе ликворного давления. Часто исследуют и глазное дно, где могут наблюдаться застойные явления.

Кровеносные сосуды головного мозга и сетчатки онтогенетически идентичны и функционально связаны между собой. Благодаря гидродинамическим условиям, венозный кровоток мозга имеет пульсаторный характер. Эти венозные пульсации должны отражаться и в венах сетчатки.

Рабочей гипотезой данного исследования явилось, что центральные вены сетчатки в норме пульсируют, и что исчезновение этих пульсаций отражает повышение внутричерепного давления.

В первом этапе настоящей работы была установлена частота пульсаций центральной вены сетчатки у 71 практически здорового лица. Выявлено, что у 50 % из молодых (до 30 лет) обследуемых вены сетчатки пульсируют. Частота этого явления уменьшается с повышением возраста и у лиц старше 60 лет наблюдается относительно редко.

Во втором этапе устанавливалась частота пульсаций у больных с повышенным внутричерепным давлением. Исследовано 25

больных с опухолями и кровоизлияниями мозга, из них 15 до и после операции. Установлено, что у этих больных вены сетчатки пульсируют очень редко, из 25 исследуемых только у трех. После операции пульсации возникли у трех больных, у которых перед операцией пульсации не наблюдалось.

В итоге мы можем сказать, что пульсация вен сетчатки - нормальное явление, особенно у молодых лиц. При повышении внутричерепного давления пульсации встречаются редко, но они могут возникать при нормализации внутричерепного давления.

ФИБРИНОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СПИННО-МОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Э.Эрнито, Т.Кроонманн, У курс

Научн. рук.: ст.н.с. У.Ноорма

В настоящее время всестороннее исследование спинно-мозговой жидкости (СМЖ) прочно вошло в практику обследования больных с поражением нервной системы. Задачей настоящей работы было установление фибринолитической активности СМЖ у больных с поражением головного мозга разной этиологии (травматическое, опухолевое, сосудистое и инфекционное). Среди исследованных 26 больных с поражением головного мозга было 12 больных с черепно-мозговой травмой, 7 - с инфарктом головного мозга, 3 - геморрагией головного мозга, 4 - опухолью головного мозга и 4 - менингоэнцефалитом. Контрольную группу составили 20 больных неврозами. Фибринолитическая активность и ее компоненты спинно-мозговой жидкости определялись с помощью непрогретых и прогретых фибриновых пластинок по Аструпу. Полученные данные обрабатывались по методике вариационной статистики.

По результатам наших исследований установлено следующее.

1. У больных с поражением головного мозга выявляется в спинно-мозговой жидкости фибринолитическая активность по сравнению с ее отсутствием у больных контрольной группы.

2. Фибринолитическая активность спинно-мозговой жидкости у больных с поражением головного мозга выше при летальном исходе болезни по сравнению с выживавшими больными.

3. У выживших больных с поражением головного мозга обнаружена в спинно-мозговой жидкости активность активатора плазминогена, но отсутствовали активность плазмина и активность ингибиторов активатора плазминогена и антиплазминов.

4. У умерших больных с поражением головного мозга обнаружены в спинно-мозговой жидкости активность активатора плазминогена, но в особенности активность плазмина и в некоторых случаях повышены ингибиторы активации фибринолиза.

АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Р.Ээлмаэ, Т.Липсток, УІ курс

Научн. рук.: проф. А.-Э.Каасик, Т.Пикк

Основной целью настоящей работы явилось выяснение информативности ангиографии сосудов головного мозга при нарушениях мозгового кровообращения. Особое внимание было уделено совпадению ангиографического диагноза с клиническим. Кроме того, при изучении результатов ангиографии оценивались изменения сосудов, которые занимают существенное место в патогенезе данной болезни.

Ретроспективному исследованию подвергнуты каротидные ангиограммы, которые были сделаны в отделениях неврологии и нейрохирургии Тартуской клинической больницы в 1975-1979 гг.

Всего изучено 1032 ангиограммы, среди них 351 - у больных с нарушениями мозгового кровообращения. В последней группе насчитывалось 61 % мужчин и 39 % женщин. Число больных, которым проведена ангиография головного мозга, увеличивалось с каждым годом.

Ишемический инсульт диагностирован в 158 случаях. Позитивный ангиографический диагноз установлен в 54 % случаев. Субарахноидальных кровоизлияний отмечено 119, из них у 52 % обнаружены аневризмы сосудов головного мозга. Внутримозговые нетравматические кровоизлияния наблюдались в 33 случаях, из них у 64 % выявлен позитивный ангиографический диагноз. Транзиторная ишемия головного мозга диагностирована у 41 больного, из них у 29 выявлена подходящая рентгенологическая находка.

Результаты работы свидетельствуют, что эффективность и информативность ангиографии сосудов головного мозга хорошие, так как ангиографическая находка у 50 % из всех случаев является положительной. Относительно менее эффективна ангиография при транзиторной ишемии головного мозга. Однако информативность ангиографической находки у этого контингента больных безусловно повышается с применением методики тотальной церебральной ангиографии. При всех остальных сосудистых заболеваниях головного мозга целесообразно еще шире применять ангиографическую диагностику.

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ БОЛЕЗНЬ УНФЕРРИХТА ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЭСТОНЦЕВ?

С. Лукас, УІ курс
Научн. рук.: проф. Э. Раудам

В данной работе мы пытались выяснить, является ли болезнь Унферрихта заболеванием эстонцев. Финские неврологи (Havenko, Toivakka, 1961; Halttia, Kristesson, 1969), изучавшие это заболевание, отвечают утвердительно, так как эта болезнь впервые описана в Эстонии. В 1891 г. профессор Тартуского государственного университета Унферрихт дал клиническое описание семейному синдрому, при котором наблюдались миоклония и большие судорожные припадки.

Болезнь встречается крайне редко. В настоящее время доказано, что болезнь наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Патогенез не известен.

Патогистологически в цитоплазме нервных клеток найдены инклюзионные тельца, так называемые тельца Лафора. Финские авторы (Koskinniemi, Donner и др., 1980) различают форму и без этих телец.

Диагностическими критериями болезни являются: 1) миоклония, 2) большие судорожные припадки, 3) проявление болезни от 6 до 15 лет, 4) характерная электроэнцефалограмма, 5) прогрессирующее течение болезни. В терминальной стадии проявляется деменция.

При исследовании историй болезни пациентов Унферрихта

нам удалось выяснить, что его пациентами являлось 5 детей одной балто-немецкой семьи по фамилии Штехер. Отца и мать звали Балдвин и Вильгелмине, детей - Роберт, Лииз, Эрна, Элли, Анна, Алма, Хедвиг, Гертруд. Мы нашли написанные на немецком языке письма матери. Также на немецком языке заполнены вопросники, что свидетельствует о владении детей этим языком. Поскольку пациентами Ундеррихта не были эстонцы, то нет никакого основания считать эту болезнь заболеванием эстонцев.

В работе изучены также настоящие клинические случаи болезни по данным историй болезни. В послевоенные годы в отделении неврологии Тартуской клинической больницы в 3 случаях диагностирована прогрессивная миоклонус-эпилепсия.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

О НАЛИЧИИ ОПУХОЛЕЙ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ УША, ГОРЛА И НОСА ТАРТУСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (1972-1979 ГГ.)

Л. Рейер, У курс

Научн. рук.: доц. А.К.Йентс, доц. С.Ф.Сибуль

В течение 1972-1979 гг. в ЛОР-отделении Тартуской клинической больницы лечилось 45 больных с опухолями носа и параназальных пазух, составляя 0,30 % из всех больных с патологией уха, горла и носа. Среди больных с доброкачественными опухолями насчитывалось 14 женщин и 6 мужчин, со злокачественными - 13 женщин и 12 мужчин. Доброкачественные опухоли встречались в большинстве случаев в младшем возрасте, злокачественные доминировали у пациентов старше 40 лет.

Среди злокачественных опухолей чаще всего встречались рак (13 случаев) и саркома (6 случаев); среди доброкачественных - гранулома и бородавка.

По нашим данным (совпадающим с данными литературы), одним из наиболее частых симптомов опухоли носа и придаточных пазух является расстройство носового дыхания различной степени, а также кровотечения из носа, припухлость и боль в области щеки. При доброкачественных опухолях у 8 больных не было никаких жалоб, остальных беспокоили расстройства носового дыхания.

Локализация новообразований была довольно разнообразной. Доброкачественные опухоли локализовались главным образом в носовой полости (15 случаев). Исходным пунктом злокачественных новообразований в большинстве случаев являлись верхнечелюстная пазуха и носовая полость, откуда процесс распространялся в орбиту или на различные отделы верхней челюсти. О довольно частой локализации злокачественных опухолей в верхнечелюстные пазухи говорят и данные литературы.

Из сказанного следует, что среди опухолей носа и придаточных пазух довольно часто встречаются злокачественные. Поэтому очень важно при подозрении на опухоль тщательно обследовать больного для своевременного установления диагноза и назначения лечения.

О НАЛИЧИИ ДОБРО- И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ УШНОЙ
РАКОВИНЫ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ УША, ГОРЛА И НОСА
ТАРТУСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (1972-1977 гг.)

Ю.Перемес, IУ курс

Научн. рук.: доц. А.К.Йентс, доц. С.Ф.Сибуль

В течение 1972-1979 гг. в ЛОР-отделении Тартуской клинической больницы находилось на лечении 39 больных с новообразованиями наружного уха, что составило 0,28 % из всех больных с патологией уха, горла и носа.

Доброкачественные новообразования наблюдались у 23 больных, злокачественные - у 16; 60 % больных составляли мужчины, 40 % - женщины. Такое соотношение подтверждается и литературными данными.

Доброкачественные опухоли встречались у больных более молодого возраста. У людей моложе 50 лет злокачественные новообразования не были обнаружены. Большинство авторов считает, что возраст больных со злокачественными новообразованиями наружного уха преимущественно старше 40 лет.

Место жительства, профессия, предшествующие болезни и вредные привычки больных при развитии процесса значения не имеют.

Локализация опухолей была очень разнообразной. Злокачественные новообразования локализовались чаще в области завитка, доброкачественные - в основном в наружном слуховом проходе.

Патогистологически наиболее частой формой доброкачественных опухолей было *naevus pigmentosus*, из злокачественных - базалиомы.

При злокачественных опухолях метастазы в регионарных лимфатических узлах не наблюдались.

Из приведенных данных следует, что несмотря на редкую встречаемость опухолей наружного уха, они часто оказываются базалиомами. В силу того что их считают злокачественными, такие пациенты подлежат наблюдению для назначения своевременного и эффективного лечения.

О НАЛИЧИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ
ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ УХА, ГОРЛА И НОСА ТАРТУСКОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (1972-1979 ГГ.)

А.Кесккля, У курс

Научн. рук.: доц. С.Сибуль

По данным литературы, доброкачественные опухоли гортани встречаются в 10 раз чаще, чем злокачественные, и в основном в возрасте 20-40 лет; чаще у мужчин, чем у женщин. Наиболее часто встречаются фибромы, папилломы, ангиомы, реже - кисты (Б.Е.Петерсон, 1980).

В ходе данной работы выяснилось, что чаще всего в гортани встречались амилоидная опухоль (77 случаев), папилломы (51), пахидермия (31) и фиброма (25); реже - гранулома (10), хондрома (6), киста (5) и гемангиома (2). Всего в отделении лечилось 207 больных с доброкачественной опухолью гортани.

Амилоидная опухоль встречалась в большинстве случаев в возрасте 31-55 лет, у мужчин в 2,5 раза чаще, чем у женщин, локализовалась во всех отделах гортани, причем в 83,1 % случаев на передней или средней трети голосовых складок. В анамнезе у таких больных имелось много хронических заболеваний; 52 из них составляли курящие.

Папилломы чаще всего встречались у детей в возрасте 1-5 лет, локализуясь во всех отделах гортани. Рецидивы определялись у 17 пациентов, причем локализация папиллом менялась.

Фибромы наблюдались у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин. Если женщины заболевали в молодом возрасте, то мужчины главным образом в пожилом.

Пахидермия на голосовых складках чаще всего обнаруживалась в возрасте 41-55 лет, у мужчин в 2,5 раза чаще, чем у женщин.

Грануломы диагностировались у женщин в 4 раза чаще, чем у мужчин, обычно в возрасте 41-50 лет. У 3 больных они развились после интубационного наркоза.

При доброкачественных опухолях гортани нарушение голоса длилось от нескольких месяцев до 10 лет. Объективная картина гортани была различной в зависимости от локализации и размеров опухоли.

Для уточнения диагноза необходимо пато-гистологическое исследование.

Таким образом, по нашим данным, из доброкачественных опухолей гортани чаще всего встречалась амилоидная опухоль, хотя, по данным литературы, она наблюдается весьма редко.

О ХРОНИЧЕСКОМ ОТИТЕ И ЕГО ЛЕЧЕНИИ
ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ УША, ГОРЛА И НОСА
ТАРТУСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (1978-1979 гг.)

М.Кульь, У1 курс

Научн. рук.: проф. В.Сяргава

Материалом данного исследования послужили истории болезней 444 больных с диагнозом: хронический гнойный средний отит. 45 % пациентов составляли дети в возрасте до 15 лет. Весной и летом обострение процесса возникало реже, чем осенью и зимой.

У 91 % пациентов первичное заболевание наступило в возрасте 1-3 лет. Сопровождающими болезнями чаще всего выступали гайморит, ринофарингит и аденоиды у детей. У многих пациентов в анамнезе обнаружены воспаления дыхательных путей и гнойно-воспалительные процессы других органов (воспаление легких, аппендицит, холецистит, остеомиелит и т.д.). Отоскопически у 60 % пациентов имелась билатеральная патология. Центральная перфорация барабанной перепонки выявлена у 33 % пациентов, краевая перфорация - у 29 %. У остальных больных отмечены адгезивные изменения и пр.

Рентгенологически преобладали у взрослых склеротические изменения с кариозными процессами в сосцевидном отростке. В большинстве случаев обнаружено понижение слуха по звукопроводящему типу.

Микрококки были выделены в 63 % случаев; они оказывались малочувствительными к левомицетину и эритромицину и высокочувствительными к новобиоцину.

В прошлом, в период обострения процесса, эти больные получали антибиотики. И в этот раз в стационаре больше всего они принимали пенициллин, стрептомицин и левомицетин, а так-

же антигистаминные препараты и витамины. Локально ординировали обычно электрофорез левомецетином и порошок левомецетина.

Радикальная операция среднего уха была осуществлена у 37 пациентов.

В результате лечения 26 детей выздоровело; 408 больных были выписаны в состоянии улучшения, из них у 94 осталось минимальное выделение из ушей.

Результаты лечения оказались в зависимости от количества лимфоцитов (во время поступления в больницу) и от особенности динамики температуры пациента во время курса лечения.

Исходя из этого можно полагать, что эффект лечения хронического отита существенно зависит от состояния иммуно-биологической системы организма и что в профилактике и терапии хронического гнойного среднего отита нужно повысить реактивность организма.

ОБ ОБЪЕКТИВНОМ ОПРЕДЕЛЕНИИ ОБОНЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НОСА МЕТОДОМ РЕГИСТРАЦИИ КОЖНОГАЛЬВАНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ

М. Вельди, УІ курс

Научн. рук.: проф. Э.К. Сийрде

Гальваническая реакция кожи основывается на возрастании сопротивления потовой железы под воздействием внешних раздражающих факторов, и это можно зарегистрировать электроэнцефалографом с кисти руки и ладони.

В качестве раздражителей применялись следующие пахучие вещества: настойка валерианы, кристаллическая карболовая кислота и 10%-ый раствор нашатырного спирта; их давали пациентам нюхать в течение 5 секунд.

Всего было исследовано 65 пациентов с диагнозами: хронический насморк, параназальный синусит, аллергическая риносинусопатия, а также с диагнозами: глухота, тугоухость, нейросенсорная тугоухость.

Исследования показали следующее. У больных с патологией носа реакция начинается одновременно с подачей раздражающего

пахучего вещества. У здоровых людей реакция на запах возникает через 8 секунд. Следовательно, у лиц с патологией носа реакция возникает быстрее, чем у здоровых.

Глухие и тугоухие также реагируют быстрее, чем здоровые. Можно предположить, что обонятельный анализатор компенсаторно острее реагирует на неадекватные раздражения.

Кожногальваническая реакция объективно отражает адекватные и неадекватные реакции анализаторов на внешние раздражения. Это можно объяснить центральными механизмами анализа и синтеза.

О ДОБРО- И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ГЛОТКИ

М.Кирпсон, IV курс

Научн. рук.: доц. С.Сибуль

Опухоли глотки обычно трудно определимы из-за особенностей строения глотки и ввиду скрытого течения опухолей в ней.

Задача работы состояла в том, чтобы выяснить частоту опухолей глотки, их локализацию, патогистологические данные и лечебную тактику у больных, находившихся на лечении в отделении уха, горла и носа Тартуской клинической больницы за период с 1972 по 1979 год.

На лечении находилось 16 больных с опухолями глотки, т.е. 0,14 % из всех госпитализированных больных. Из них 11 мужчин и 5 женщин в возрасте от 1 года до 84 лет. Лишь у 2 больных опухоль была у членов семьи.

Из общего количества обследованных больных 10 имели злокачественные, а 6 – доброкачественные опухоли. Недомогания, вызванные болезнью, длились от 1 месяца до 4 лет. Больные с опухолями глотки жаловались на затрудненность носового дыхания и кровотечения из носа. Данных о расстройствах слуха не имеется. При опухолях ротоглотки преобладали жалобы на боль при глотании и ощущение инородного тела в горле: при опухолях гортаноглотки – затруднение проглатывания пищи, ощущение комка в горле, иногда и болезненность глотания. У 2 больных с опухолями носоглотки объективно были обнаружены кровоточащие новообразования, напоминающие по своему внешнему виду

цветную капюсту. Регионарные лимфатические узлы в соответствующей стороне были увеличены. При опухолях ротоглотки отмечалось увеличение небных миндалин с большим количеством пробок. У 2 больных миндалины были неравномерно увеличены и с просвечивающими кровеносными сосудами. У 1 больного на миндалине обнаружены очаги некротической ткани. У 4 больных способом цифровой пальпации в задней стенке глотки выявлены опухолевые образования.

Патогистологическое исследование обнаружило в носоглотке из доброкачественных опухолей фиброму, в ротоглотке — также фиброму; в гортаноглотке в 2 случаях обнаружена киста и в 1 случае смешанная опухоль и амилоидная. Из злокачественных опухолей в носоглотке в 2 случаях установлен рак и в 1 — саркома; в ротоглотке в 2 случаях — ретикулосаркома, в 1 случае — рак; в гортаноглотке в 2 случаях обнаружен рак.

Доброкачественные опухоли были удалены хирургическим способом. Больные со злокачественными опухолями были направлены в онкологический диспансер на лучевую терапию. О дальнейших результатах данные отсутствуют.

Опухоли глотки встречаются редко, и тем большее внимание при жалобах надо уделять объективному исследованию глотки в целях ранней диагностики опухолей.

ПЕДИАТРИЯ

ОЗНАЧЕНИЕ ФИБЕРГАСТРОСКОПИИ

Э. Рейсмаа, Э. Пярсим, У курс
Научн. рук.: проф. Л. Бостон

Рассмотрено 50 детей в возрасте 4-14 лет, у которых проводилась гастродуоденофиброскопия. Из 50 детей у 35 проводилась прицельная биопсия слизистой тела желудка и привратника для морфологического исследования.

Исследования проводили гастродуоденофиброскопом "Olympus" GIF-P₂.

Показаниями для эндоскопирования служили жалобы на боли в желудке, продолжающиеся длительное время, или подозрение на язву, возникшее при рентгенологическом исследовании желудка и 12-перстной кишки.

Анализ полученных данных основан на классификации Апостолова Б.Г. и других отечественных авторов, на основе чего гастрит обнаружен у 12 детей, из них у 4 - поверхностный. Визуальная находка подтвердилась в 1 случае, когда диагностировали гастрит тела желудка. У 2 детей визуальной патологии не найдено, но морфологически в 1 случае обнаружен антрумгастрит без атрофии и во втором - атрофический гастрит тела желудка первой степени.

В 5 случаях найден при визуальном исследовании поверхностный гастродуоденит, причем у одного ребенка при морфологическом исследовании нашли антрумгастрит без атрофии, у четырех эндоскопический диагноз не нашел морфологического подтверждения.

У одного ребенка при эндоскопии обнаружили смешанную форму гастрита. На основе биопсии диагностировали гастрит антрума без атрофии и в области тела атрофический гастрит I-ой степени.

Гипертрофический гастрит диагностирован у 3 детей при помощи эндоскопии. Биопсия в данных случаях оказалась без патологии.

В 2 случаях диагностирован визуально псевдополипозный

гастрит. Из них у одного ребенка морфологически найден гастрит тела желудка.

У 23-х детей клинически диагностированы нарушения функции желудка. Рентгенологически диагностированные нарушения моторной функции подтвердились эндоскопически.

В 6 случаях рентгенологически подозревали язву в области луковицы, в 4 случаях диагноз подтвердился эндоскопически. Язва луковицы 12-перстной кишки наблюдалась у детей в возрасте 10-14 лет, в острой фазе у трех и у одного ребенка в стадии выздоровления.

У 12 детей эндоскопической и морфологической патологии не найдено.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ ИНТРАГАСТРАЛЬНОЙ рН-МЕТРИИ И ФРАКЦИОННОГО ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА

Ю.Кирсс, Л.Мулдия, Р.Унт, У курс
Научн. рук.: проф. Л.Бостон

Для определения функции секреторного аппарата желудка разработан интрагастральный рН-метрический метод, который позволяет определить концентрацию водородных ионов в желудочном соке.

При проведении работы использован метод интрагастральной рН-метрии и фракционное исследование желудочного сока по Лепорскому. Было исследовано 50 детей в возрасте от 5 до 14 лет.

Определены следующие показатели: рН антрума и корпуса, часовое напряжение свободной НСІ, общая и свободная кислотность до и после стимуляции с капустным соком и рН антрума и корпуса до и после стимуляции и отщелачивания.

Анализ данных по интрагастральной рН-метрии показал, что зальная гиперацидность в корпусе желудка имела у 20 из 50 детей. Базальная нормацидность наблюдалась у 14, гипацидность у 11 и анацидность у 5 детей.

Анализ фракционного исследования желудочного сока выявил гиперацидность у 16, нормацидность у 20 и гипацидность у 14 детей из 50.

Данные фракционного исследования желудочного сока и интрагастральной рН-метрии не совпали в среднем у 17 % исследованных, что, очевидно, связано с техническими ошибками при проведении фракционного зондирования. Самое большое расхождение выявилось при гипацидности (30 %).

При корреляционно- и вариационно-статистической обработке данных выяснилось, что существует обратнопропорциональная связь между рН антрума и общей кислотностью желудка.

Итак, можем констатировать, что желудочный сок при фракционном зондировании получен из антральной части желудка.

Очевидно, что исследования желудочного сока из антральной части недостаточно для диагностики кислотообразовательной функции желудка.

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДВУХ ЛЕТ ЖИЗНИ В ГОРОДЕ И НА СЕЛЕ

Н.Васильева, К.Пыльдроо, VI курс
Научн. рук.: асс. к.м.н. Х.Тялли

Одна из основных задач патронажной работы – правильная организация питания ребенка раннего возраста.

Целью настоящей работы было изучение характера питания детей, соответствие его общим нормативам, выявление имеющихся различий в питании детей на селе и в городе.

Данные собраны осенью 1979 и 1980 года по Тартускому району и летом 1980 года по городу Тарту. Возраст детей достигал от 3 недель до 18 месяцев.

Со слов матерей заполнялись анкеты.

Всего было исследовано 100 детей, из которых 39 проживали на селе и 61 ребенок – в городе.

Идеальным питанием ребенка является грудное молоко. Из исследованных сельских детей 30 (77 %) было переведено на искусственное вскармливание до 3-месячного возраста, а в городе – 38 детей (62 %). В возрасте старше 6 месяцев кормились грудью только некоторые дети. Приблизительно половина искусственников в качестве добавочного питания получала сухие смеси "Малыш" и "Малютка".

Соки как в городе, так и на селе дети начали получать в возрасте от I до 3 месяцев, т.е. часть из них получила с опозданием. Преобладающее большинство родителей давали морковный сок.

Первым прикормом является овощное пюре. Исследуемые на селе и в городе получали его своевременно, т.е. на пятом месяце. На селе с дачей овощного пюре запаздывали у I/3 и I/4 получала в недостаточном количестве.

Вторым прикормом является каша. Ее ребенок должен получать через две недели после дачи первого прикорма. Как на селе, так и в городе почти все дети получали манную кашу. Половина детей получала кашу I раз в день, а остальные 2-3 раза в день. Особенно часто кашей кормили сельских детей в возрасте от 5 до 7 месяцев.

Для удовлетворения потребности организма в белке нужно своевременно включить в рацион питания творог, желток, мясо.

Творог получали городские и сельские дети, но 30 % детей на селе получали творог в недостаточном количестве и с опозданием.

Важен и режим питания ребенка. 2/3 исследуемых детей питалось регулярно, у I/3 количество кормлений не соответствовало возрасту.

В питании детей и в городе, и на селе имеются погрешности. На раннее искусственное питание было переведено 3/4 сельских и 3/5 городских детей. Наиболее частая ошибка, наблюдавшаяся при кормлении, - сок и овощное пюре дети получали меньше соответствующей возрасту нормы, но зато они были перекормлены манной кашей.

Из указанных ошибок видно, что во время патронажа на селе и в городе велась недостаточная разъяснительная работа с родителями о правильном питании ребенка.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ

Э.Люви, IУ курс

Научн. рук.: доц. Л.Сильдвер

При клинико-лабораторной диагностике геморрагического васкулита у детей в настоящее время особое внимание уделяют клиническим формам, при которых абдоминальный синдром в течение длительного времени предшествует кожным геморрагиям. В педиатрической литературе таких исследований еще немного.

В настоящей работе анализированы диагностика и патогенетическая терапия трех детей в возрасте 10-14 лет, больных геморрагическим васкулитом. Болезнь началась у них острой изолированной абдоминальной формой, которая в течение заболевания оставалась непрерывно рецидивирующей и доминирующей над клинической симптоматологией.

Из результатов исследований выяснилось, что острый абдоминальный синдром предшествовал геморрагиям на коже в течение 5-12 дней. Абдоминальная форма продолжалась в течение 32-53 дней, причем у двух больных на третьей неделе заболевания присоединилась ренальная форма. Отмечалась определенная параллельность в рецидивирующем течении абдоминальной и кожной форм. В основном патогенетическом лечении всем больным применяли кортикостероидные гормоны, антигистаминные лекарства и повторную инфузионную терапию.

Таким образом, у всех больных наблюдался длинный интервал между предшествующими объективными абдоминальными патологическими изменениями и присоединившимися кожными геморрагиями, носящими петехиальный характер и типичную симметрическую локализацию. Диагностировать геморрагический васкулит позволяло относительно позднее появление клинически выраженных кожных геморрагий, являющихся абсолютно необходимым диагностическим признаком данного гематологического заболевания.

ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОЙ ПРИБАВКИ В ВЕСЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Э.Ваарметс, Т.Пуусемп, Т.Оло, Х.Рястас, У курс
Научн. рук.: доц. Л. Керес

Проанализировано 14 недоношенных детей весом при рождении ниже 2000 г, находившихся в Тартуской городской клинической детской больнице не менее 7 дней. Три ребенка при рождении весили от 950 до 1500 г, пять детей - от 1501 до 1750 г, шесть - от 1751 до 2000 г. Возраст детей при поступлении в больницу достигал от 6 до 26 дней. У четырех из 14 наблюдалась врожденная гипотрофия, у четырех - сепсис, у шести - местные гнойные воспаления. У одного ребенка диагностирована только недоношенность.

I ребенка вскармливали только грудным молоком, 2 ребенка находились на смешанном вскармливании и II детей получали только смесь "Малютка".

Из 14 исследуемых 9 вскармливались в начале через зонд. У всех детей применяли частичное парентеральное питание (глюкоза, альбумин, плазма крови). Двух из 14 кормили через постоянный внутривенный канкул капельным методом в течение 10 - 26 суток.

Выяснилось, что у 8 детей из 14 уже на первой неделе пребывания в больнице была достигнута нормальная прибавка в весе, у 6 детей в течение 1-9 недель вес оставался прежним или падал. Причинами являлись у 2 детей тяжелый сепсис, у 3 - кишечная колинфекция и у 1 - глубокая недоношенность с врожденной гипотрофией (вес при рождении 950 г). Из 14 исследуемых недоношенных один умер вследствие сепсиса на 26 день пребывания в больнице.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРИТА У ДЕТЕЙ

М.Кыльвальд, С.Кургъярв, Т.Янисоо, У.Киппасто, М.Лотт, У курс
Научн. рук.: асс. к.м.н. Х.Тялли

Проанализировано 38 историй болезни детей, больных гломерулонефритом и находившихся на лечении в Тартуской город-

ской детской больнице за период 1976 - 1980 годов. Мальчиков было 26, девочек - 12. 8 мальчиков и 4 девочки находились на лечении повторно по поводу обострения, вследствие чего проанализировано 64 случая гломерулонефрита. Из них имеем 46 случаев нефротической и 18 - гематурической формой болезни. Следовательно, с нефротической формой дети находились на лечении в два раза чаще, чем с гематурической формой. Нефротическая форма встречалась чаще в более младшем возрасте. Общими формами в большинстве случаев заболевали мальчики.

При нефротической форме ведущими клиническими симптомами являлись отеки и высокая протеинурия. По тяжести заболевания нефротическая форма в основном протекала с III, а гематурическая с I степенью активности.

Для лечения всегда использовались антибактериальные препараты и витамины, по надобности применяли гипотензивные, диуретические, антигистаминные и липолитические препараты.

Для иммуносупрессивной терапии давали преднизолон, в основном при нефротической форме, причем назначались более высокие дозы и длительные курсы лечения, чем при гематурической форме.

Как осложнение развивался синдром Кушинга, но только при нефротической форме (5 случаев).

При такмагностическом обследовании 12 детей выяснилось, что как при нефротической, так и гематурической форме гломерулонефрита у больных состояние здоровья было хорошее, физическое развитие соответствовало возрасту. Только у одного мальчика с нефротической формой гломерулонефрита, у которого заболевание длилось 10 лет, наблюдалось умеренное отставание в росте, что можно объяснить побочным действием преднизолона, назначенного на длительное время.

Следовательно, несмотря на тяжелые клинические формы гломерулонефрита и неоднократные обострения заболевания, прогноз является хорошим.

Для достижения устойчивой ремиссии необходимо индивидуализированное лечение и тщательное диспансерное ведение больного.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

М.Ванн, Ю.Руссак, У курс

Научн. рук.: асс. к.м.н. Т.Сoo

При хронической пневмонии в легких развиваются необратимые морфологические изменения в виде деформации бронхов или пневмосклероза. Хронические пневмонии по генезу распределяются на первичные и вторичные.

Целью настоящей работы было выяснить в течение 10 лет (1971 - 1980) генез хронической пневмонии по историям болезней. В течение 10 лет в Тартуской детской клинической больнице лечилось 39 детей с диагнозом хронической пневмонии, из них 24 мальчика и 15 девочек. Вторичная хроническая пневмония наблюдалась у 12 (1/3 случаев) и первичная - у 27 детей.

Причиной вторичной хронической пневмонии являлись врожденная бронхопупльмональная аномалия у 6 детей, аномалия обмена веществ (муковисцидоз) у 3 детей, врожденный порок сердца у 1 ребенка, инородное тело в бронхе у 1 ребенка, рецидивирующая аспирация у 1 ребенка. Таким образом, врожденные аномалии оказывались причиной хронической пневмонии в 11 случаях.

Первичная хроническая пневмония развивалась у 27 детей. 21 из них переболел острым бронхитом или острой пневмонией в первый год жизни. Стафилококковая пневмония служила причиной хронической пневмонии у 1 ребенка.

Бронхоскопию провели у 25 детей, у 24 из них выявили эндобронхит (у 15 гнойный, у 9 катаральный).

ПСИХИАТРИЯ

КЛИНИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛЕПОНЕКСА НА БОЛЬНЫХ ПИЗОФРЕНИЕЙ

А. Ноппель, У курс; А. Вибур, VI курс

Научн. рук.: к.м.н. А. Адамсоо

Лепонекс — относительно новый нейролептик, имеющий свой, отличающийся от других, спектр действия. Препарат обладает седативным, антипсихотическим, активирующим свойствами, и что очень важно, не дает побочных экстрапирамидных явлений, характерных для нейролептиков.

В настоящей работе использованы данные обследования 10 больных шизофренией (женщин). У всех пациентов имелась выраженная продуктивная симптоматика с психомоторным возбуждением.

1-2 дня продолжалось фоновое исследование. Начальная доза лепонекса составляла 100 мг, которую постепенно увеличивали ежедневно на 50 мг и доводили до 400 мг. Лечение с такой дозой продолжалось в течение 5 недель.

В результате лечения уменьшилась интенсивность психопатологической симптоматики под воздействием лепонекса. В среднем в группе результаты шкалы АМП — от 64 до 30 баллов. Наилучший эффект наблюдался в течение первых трех недель лечения. Из побочных явлений чаще наблюдались тремор, гипотония, достигшие максимальной интенсивности на второй неделе и почти исчезнувшие к концу лечения. На шестой неделе количество лейкоцитов крови, GOT и GPT увеличилось до высшей границы нормы, в конце курса лечения эти показатели снизились. Исходя из полученных результатов можно утверждать, что лепонекс является эффективным нейролептиком для лечения больных шизофренией, у которых преобладает продуктивная симптоматика с психотропным возбуждением, оказывая на них сильное седативное и антипсихотическое действие.

СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

В.Лаан, УІ курс

Научн. рук.: Л.Ю. Тоомаспозг

В последние два десятилетия в изучении патогенеза шизофрении существенное место занимают исследования иммунологических сдвигов. Большое значение приобретает изучение сывороточных иммуноглобулинов, т.к. они являются носителями активности антител. Данные, приводимые по этому поводу в специальной литературе, противоречивы.

Исследуемый нами контингент составляли больные, находящиеся на лечении в Тартуской Республиканской клинической психоневрологической больнице. Всего исследована кровь 24 больных алкоголизмом и 23 больных шизофренией. Кровь для исследований бралась перед началом лечения и у части больных — по окончании лечения. Группа здоровых доноров составляла 16 человек. Количественное определение иммуноглобулинов в сыворотке производилось методом радиальной иммунодиффузии в теле. Предварительные результаты исследования показали повышение содержания IgA ($p < 0,05$) и IgM и понижение IgG в сыворотке крови больных алкоголизмом по сравнению со здоровыми донорами и повышение концентрации IgA и IgM и понижение IgM в сыворотке больных шизофренией. Достоверных результатов изменения содержания отдельных классов иммуноглобулинов в ходе лечения не было получено, т.к. группа больных, закончивших лечение, пока довольно мала.

Видимо, увеличение IgA в крови у больных шизофренией обусловлено реакцией на циркулирующие у них в крови мозговые и тимические аутоантигены. Возможно также, что синтез IgA увеличен из-за уменьшения супрессорного воздействия Т-лимфоцитов.

У больных алкоголизмом надо учитывать то, что под действием длительного потребления алкоголя белки пищеварительного тракта могут стать аутоантигенами, что ведет к увеличению синтеза IgA в кишечнике.

На основании результатов данной работы можно сделать вы-

вод, что в патогенезе шизофрении и алкоголизма существенное место занимает нарушение гуморального иммунитета.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ,
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ТАРТУСКУЮ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКУЮ
БОЛЬНИЦУ В ТЕЧЕНИЕ 1881-1980 ГГ.

Э.Лоскит, IY курс

Научн. рук.: доц. Л.Мехилане, К.Педакмя

На основе проведенного исследования можно заключить следующее.

1. Больные алкоголизмом составляют 10,2 % от всех госпитализированных. В последние годы можно заметить повышение удельного веса больных алкоголизмом. Больные с психотическими и непсихотическими формами составляют соответственно 58,8% и 41,2%.

2. Структура психозов: 63% - алкогольный делирий; 28,8 % - алкогольный галлюциноз; 8,2 % - другие психозы.

3. Частота заболеваемости алкоголизмом зависит не только от биологических факторов, но и от различных условий психосоциального характера.

4. В последние годы значительно улучшается дифференциальная диагностика психозов.

5. Отношение между алкоголизмом городских и сельских жителей 2,1 и 1 в пользу городов.

6. На долю женщин приходится 1,4 % от всех госпитализированных, среди женщин доминирует алкоголизм без явлений психоза - 64 %. Четко выражена тенденция к увеличению случаев алкоголизма среди женщин.

7. Алкоголизм доминирует в возрасте 35-55 лет (53,3%).

8. Соотношение больных, не имеющих образования, и с начальным образованием и больных со средним и высшим образованием составляет 1,6 и 1 в пользу первых.

КЛИНИКА ШИЗОФРЕНИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

С. Кургьярв, Э. Рийсма, У курс
Научн. рук.: доц. Л. С. Мехилане,
асс. Ю. А. Лийвамяги

Исследованию подверглось 17 больных шизофренией детей в возрасте 7-14 лет, из них 15 мальчиков и 2 девочки. Из анамнеза выяснилось, что у матерей больных детей в 50 % случаев отмечалась патология в период беременности или родов, а в 75% случаев наблюдались психические нарушения среди родителей или родственников исследуемых детей.

В преморбидном периоде у большинства детей отмечались вялость, капризность, боязливость, отставание в психомоторном развитии.

У большей части детей нарушения в психике возникли уже в возрасте 2-5 лет, однако, в связи с атипичной клинической картиной шизофрении диагностирована лишь в возрасте 9-10 лет.

Клинические симптомы проявлялись в строгой зависимости от возраста ребенка. Для более раннего возраста характерно ночное и дневное чувство страха, которое ребенок часто не высказывает и о его состоянии можно догадываться лишь по мимике или поведению, а также нарушение аффективной сферы в виде аффектолабильности. В дальнейшем с взрослением ребенка появляются расстройства восприятия, чаще всего зрительные и слуховые. Характерны психосенсорные расстройства и синдром патологического фантазирования.

Типичными симптомами оказываются также понижение волевой активности, стереотипия, импульсивность, рассеянность внимания и мышления и аутизм.

В заключение следует подчеркнуть, что ранняя диагностика шизофрении детского возраста сложна, так как симптомы, характерные для шизофрении взрослых, у детей появляются в атипичном и рудиментарном виде. Поскольку в связи с возникновением заболевания нарушается развитие ребенка в целом, то часто вместо шизофрении диагностируется отставание в психомоторном развитии. Анализ анамнеза исследуемых больных позволяет заключить, что типичная симптоматика детской шизофрении проявляется в среднем на 5-7 лет раньше фактического установления ее диагноза.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ УСЛОВИЙ РАЗВИТИЯ И ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ НЕВРОТИКОВ

М.Кюлванд, Ю.Круус, У курс
Научн. рук.: доц. Л.С.Мехилане,
асс. Ю.А.Лийвамяги

Целью настоящей работы был анализ условий развития и воспитания детей невротиков по сравнению со здоровыми детьми.

Для анализа мы использовали данные 34 амбулаторных карточек детей невротиков, состоящих на учете при кабинете детской психиатрии диспансера Тартуской Республиканской психоневрологической больницы.

Чтобы получить контрольные данные, максимально близкие к общей популяции, мы собрали анкетные данные о детях от их родителей и преподавателей из 4 районов республики (всего 252 ребенка).

При анализе собранных данных обнаружилось следующее.

1. Возраст родителей детей невротиков в момент рождения ребенка намного превышает возраст родителей детей из контрольной группы.

2. У родителей детей невротиков довольно низкий уровень образования (превалирует начальное образование) по сравнению с уровнем образования родителей детей из контрольной группы (превалирует среднее образование).

3. Профессиональный состав родителей детей невротиков и детей из контрольной группы почти однородный. Различие состояло в том, что дети невротиков имели неработающих матерей и отцов инвалидов.

4. Дети невротики происходят из более малодетных семей и и чаще всего заболели первенцы.

5. Среди отцов детей невротиков было 26 % алкоголиков, среди отцов детей из контрольной группы - 6 %.

6. У 32 % детей обнаружилось нарушения психики у родственников (в большинстве у родителей).

7. У детей невротиков отмечены следующие этиопатогенетические факторы: хроническая психотравма в 32 % случаев, дефекты - воспитания - 24 %, острая психотравма - 12 %.

8. Все вышесказанное отражалось и на успеваемости и поведении детей.

У детей невротиков успеваемость была ниже и поведение хуже, чем у детей из контрольной группы.

Можно сделать вывод, что у детей невротиков выявились худшие психосоциальные условия развития, чем у здоровых детей, хотя трудно установить единый этиопатогенетический фактор, поскольку наличие их комбинации оказывает существенное влияние на этиопатогенез детского невроза.

ОБ УСЛОВИЯХ РОСТА И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

М.Васар, И.Мааринг, курс

Научн. рук.: доц. Л.Мехилане, доц. Ю.Лийвамяги

По классическим представлениям олигофрения определяется как умственная отсталость. В основном это является недоразвитием интеллектуальной сферы психики, обусловленным разными факторами. Цель данной работы состояла в исследовании экзогенных причин олигофрении в степени дебильности.

В работе исследованы амбулаторные карты 100 детей (41 девочка, 59 мальчиков) в возрасте 7-13 лет. Контрольной группой служили ученики I средней школы города Тарту.

Анализ данных показал, что у половины детей родители имели образование 7 или менее классов, в то время как в контрольной группе 80 % родителей имели среднее или высшее образование.

Беременность и роды протекали патологически у 42 % матерей детей исследованной группы. У 48 % детей данной группы один из родителей злоупотреблял алкоголем, в то время как в контрольной группе этот показатель составлял 4 %. Братья и сестры 24 исследованных детей являлись также олигофренами. У 28 % отсутствовал один из родителей.

Большинство детей (54 %) было принято на учет с олигофренией в возрасте 7-8 лет и только 27 % состояли на учете с 4-6-летнего возраста. В развитии детей являлась отсталость развития психических функций. Дети начали говорить в сред-

нем на 10-12 месяцев позже, чем дети контрольной группы.

На основе полученных данных можно сделать следующие выводы.

1. Дети-олигофрены имеют ощутимую социально-генетическую предрасположенность.

2. Умственная отсталость диагностируется слишком поздно.

3. Поздняя диагностика олигофрении затрудняет проведение лечебно-профилактических мероприятий в борьбе с умственной отсталостью.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

К.Пыхьяла, К.Лумисте, У курс

Научн. рук.: доц. Л.Мехилане

Цель работы состояла в исследовании динамики психомоторного развития детей ясельного возраста, пораженных церебральным параличом. Под наблюдением находилось 12 детей из психоневрологического отделения Тартуской городской клинической детской больницы. В контрольную группу входило 20 здоровых детей из ясли № 6. Психомоторное развитие детей оценивалось по показателям развития, выработанным Л.А.Даниловой. Выяснилось, что у 91 % детей, страдающих церебральным параличом, отмечались нарушения психомоторного развития, в то время как у детей контрольной группы наблюдались нарушения у 20%. Развитие моторики, игровой уровень, навыки самообслуживания, отношение к другим детям и взрослым не соответствовали возрасту более чем у 50 % больных детей. Отклонение в развитии речи отмечалось у 64 % детей, наиболее частыми расстройствами являлись замедленное развитие речи, афазия и дизартрия. В контрольной группе дизартрия наблюдалась у 20 % детей. Из анамнеза выяснилось, что среди родителей детей, страдающих церебральным параличом, часто наблюдалось заболевание алкоголизмом, олигофренией и шизофренией. У детей таких родителей была сильнее выражена замедленность психомоторного развития.

Патология во время беременности и родов наблюдалась у всех матерей больных детей. У матерей детей из контрольной группы патология беременности и родов наблюдалась в 30% случаев.

Можно заключить, что психомоторные расстройства наиболее выражены у тех детей, в анамнезе которых выявляется сочетание негативных психосоциальных факторов с вредными факторами в антенатальном периоде.

При гемипаретической форме церебрального паралича выявлены менее выраженные повреждения психики, чем при спастической диплегии.

Во избежание остальных стойких повреждений центральной нервной системы комплексное лечение детей с церебральным параличом должно быть применено как можно в более раннем возрасте.

СТОМАТОЛОГИЯ

ЧАСТОТА И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАРОДОНТА У ЮНОШЕСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Э.Эрмаа, С.Луусепп, III курс
Научн. рук.: доц. Н. Вихм

Данные отдельных авторов в отношении частоты и клинического течения заболеваемости пародонта среди детей и подростков весьма разноречивы.

Целью нашего исследования было изучение распространенности и характера клинического течения заболевания пародонта у подростков, с одной стороны, в зависимости от пола и места жительства обследованных, а с другой стороны, в зависимости от состояния полости рта и целостности организма. С этой целью обследовались школьники из гор. Тарту (II ср. школа) и из Тартуского района (Ляхтеская ср. школа) в возрасте от 15 до 18 лет. Всего было обследовано 422 школьника, из них 241 девочка и 181 мальчик. При обследовании проводилось комплексное клиническое изучение состояния полости рта: выяснение состояния зубов, краевого пародонта и наличия зубо-челюстных аномалий. При оценке состояния краевого пародонта учитывались клинические проявления гингивита, наличие десневых карманов с патологической глубиной, подвижность зубов, отложение над- и поддесневого камня, также отмечалось гигиеническое состояние полости рта с учетом количественной оценки. Диагностическую окраску поверхности зубов и десен проводили раствором йод-йодистого калия (пробу Шиллера-Писарева). Вычислялся индекс РМА по методике С.Рамма (1960), который выражает в процентах заболеваемость гингивитом при данном количестве зубов.

Из 216 обследованных подростков в гор. Тарту выявлены клинические симптомы заболеваемости пародонта в 68 случаях, что составляет 31,5±6,2% а в условиях Тартуского района из 206 обследованных у 71 - 34,5±6,4%. Различие в частоте заболеваемости пародонта у городского и сельского юношеского населения не было статистически достоверным. В то же время протяженность и интенсивность патологического процесса в пародонте по РМА индексу несколько выше у сельского населения

(у девочек 34,6 % и у мальчиков 37,6 %) по сравнению с городским (РМА индекс у девочек 21,2 % и у мальчиков 28,1 %). Основным видом заболеваемости пародонта в юношеском возрасте оказался хронический гингивит и преобладающей формой выступил хронический катаральный в виде локализованного процесса. Клинические симптомы проявления пародонтоза отмечены всего в пределах 2 % обследованных.

Среди причин развития гингивита наряду с зависимостью от общего состояния организма выявлена достоверная взаимозависимость от гигиенического состояния полости рта, анормального положения отдельных зубов и прикуса, а также от интенсивности кариозного процесса.

АНОМАЛИИ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

В.Принк, III курс
Научн. рук.: доц. А.Кыдар

Целью нашей работы было исследовать: 1) какие нарушения функции могут быть у больных с аномалиями зубо-челюстной системы; 2) какие виды прикуса наблюдаются при нарушенной функции.

Для достижения поставленной в работе цели просмотрено 3240 амбулаторных карточек ортодонтического кабинета Тартуской стоматологической поликлиники, среди которых выявлено нарушение функции в 80 случаях. Возраст большинства пациентов достигал 8 (22), 7 (17) и 9 лет (11). Большинство из больных составляли девочки (51).

Из нарушенных функций чаще всего наблюдается патологическое сосание (74 %): сосание пальца (57,5 %), длительное сосание соски (8,5 %), сосание языка (4 %) и прикусывание нижней губы (4 %). На втором месте из функциональных нарушений выступает нарушение дыхательной функции – ротовое дыхание (25 %). Патологическое глотание (индантильное глотание) наблюдалось у одного пациента.

Очень частыми аномалиями прикуса являются прогнатия и открытый прикус. Прогнатия диагностирована у 34 пациентов

(42,5 %) и очень часто встречалась вместе с глубоким прикусом и открытым прикусом. Так, всего у 48 больных встречалась прогнатия (60 %). По частоте открытый прикус наблюдался у 14 больных, очень часто вместе с открытым прикусом выявлялись диастемы и тремы.

У детей с патологическим сосанием наблюдались чаще всего прогнатия (31) и открытый прикус (16). У детей, которые сосали язык, имелась прогнатия.

У детей с ротовым дыханием отмечалась чаще всего прогнатия (15), которая довольно часто комбинировалась с глубоким или открытым прикусом.

При инфантильном глотании наблюдалась прогнатия вместе с открытым прикусом. Надо отметить, что у многих детей с патологическим рефлексом сосания наблюдалось и ротовое дыхание. Это значит, что нарушения функции могут между собой комбинироваться.

В результате этой работы мы можем сказать следующее.

1. Из функциональных нарушений чаще всего наблюдается патологический рефлекс сосания (сосание пальцев, предметов, языка, губ); несколько реже – ротовое дыхание и только в единичных случаях – инфантильное глотание.

2. Из зубо-челюстных аномалий, которые возникали вследствие нарушенной функции, наблюдается чаще всего прогнатия, которая довольно часто комбинируется с открытым или глубоким прикусом, реже – перекрестным прикусом.

3. Больных с аномалиями зубо-челюстной системы надо тщательно обследовать, чтобы, кроме аномалии формы, выяснить и нарушения функции, устранение которых может способствовать сокращению лечебного периода и предотвратить возникновение рецидивов.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

М.Сеэдре, У курс

Научн. рук.: доц. Э.Лейбур

В целях диагностики заболеваний слюнных желез в последние годы широкое применение находит метод пункционной биопсии с последующим цитологическим исследованием пунктатов,

эксцизионная биопсия и сиалография.

Целью настоящей работы явился анализ результатов диагностики и лечения заболеваний слюнных желез в отделении челюстно-лицевой хирургии Тартуской клинической больницы с марта 1979 г. по апрель 1981 г.

Пункционную биопсию производили у 10 больных, рентгенографию с контрастным веществом - у 7 и эксцизионную биопсию - у 2.

Из 16 обследованных больных у 12 выявлены "смешанные" опухоли, раки - у 2; цистаденома - у 1 и липома - у 1. Сопоставление результатов пункционной биопсии с данными гистологического исследования операционного материала из 10 больных показало, что у 8 (80 %) больных при цитологическом исследовании пунктатов установлен точный морфологический диагноз.

Во всех случаях применялось хирургическое лечение. При поражении околоушной слюнной железы опухоль иссекали с прилежащей к ней тканью железы. В случае расположения опухоли в толще железы производилась субтотальная резекция железы в плоскости ветвей лицевого нерва. При раке околоушной слюнной железы производили тотальную паротидэктомию без сохранения ветвей лицевого нерва.

МИКРОФЛОРА ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ

М.Кирпсон, М.Тийс, IУ курс

Научн. рук.: доц. Э.Лейбур, ордин. Х.Тяскре

Под влиянием широкого применения антибиотиков заметно изменились свойства микробов вырабатывать устойчивые формы (И.И.Гетьян, 1971; Тичпен и соавт., 1975).

В клинической практике трудно сделать правильный выбор антибиотиков для лечения больных с воспалительными заболеваниями.

Целью настоящей работы явилось исследование микрофлоры при одонтогенных воспалительных заболеваниях и чувствительность микроорганизмов к антибиотикам.

Под наблюдением находился 421 больной, лечившийся в от-

делении челюстно-лицевой хирургии Тартуской клинической больницы с 1977 по 1980 г.

Остеомиелиты челюстей имелись у 253 больных (60,1%), флегмоны и абсцессы - у 122 (29,0%), лимфадениты и аденофлегмоны - у 46 (10,9%).

Исследовалась бактериальная флора у 177 больных, лечившихся в стационаре.

Наиболее часто обнаруживались в очагах следующие микробы: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus anhaemolyticus*, *Streptococcus viridans*. Эти микробы были устойчивы к пенициллину, тетрациклину, левомецитину, стрептомицину и эритромицину и чувствительны к линкомицину, новобиоцину, метициллину, мономицину, гентамицину и канамицину. Результаты исследования показали, что при одонтогенном остеомиелите наиболее эффективны следующие антибиотики: олеандомицин, новобиоцин, линкомицин, канамицин, стрептомицин, метициллин и гентамицин; при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области - эритромицин, мономицин, новобиоцин, олеандомицин, канамицин, метициллин, линкомицин и гентамицин; при лимфаденитах и аденофлегмонах - олеандомицин, метициллин, новобиоцин, линкомицин, гентамицин и неомисин. Целесообразно применять указанные антибиотики до бактериологического анализа при нагноительных процессах челюстно-лицевой области.

АКТИВНОСТЬ α -АМИЛАЗЫ И КИСЛОЙ ФОСФАТАЗЫ В СЛЮНЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Р.Лаботкина, М.Мандрат, Э.Нестор, У курс
Научн. рук.: доц. С.Руссак, доц. Т.Вихалемм

Слюна является средой, постоянно окружающей зубы, и имеет значение в патогенезе болезней полости рта.

Целью настоящей работы явилось выяснение возможных изменений в содержании белка и активности α -амилазы и кислой фосфатазы слюны у больных сахарным диабетом.

Контингентом исследуемых служили больные сахарным диабе-

том (83 случая) с различной тяжестью заболевания и контрольная группа (82 случая). Больные находились на лечении в Республиканском противозобном диспансере, исследование проводилось в 1978-1981 гг. Контингент исследуемых состоял из двух групп: I - без наличия симптомов воспаления маргинальной десны и II - с воспалительно-дистрофическими изменениями пародонта (II - III стадии).

В утренней бесстимуляционной слюне определялось содержание белка (по Лоури) и активность α -амилазы (по Смитт - Роу) и кислой фосфатазы (по Фиске - Суббароу) как в смешанной слюне, так и в ее центрифугате.

Из наших данных вытекает, что содержание белка оказалось несколько повышенным у больных сахарным диабетом и особенно в группе II-III стадии пародонтоза. Активность α -амилазы и кислой фосфатазы оказалась несколько выше при сахарном диабете, а также в группе с выраженной формой пародонтоза. Из этого можно заключить, что необходимо при интерпретации энзимологических показателей слюны учитывать термональное состояние исследуемого организма.

СОДЕРЖАНИЕ α -АМИЛАЗЫ И КИСЛОЙ ФОСФАТАЗЫ В СЛЮНЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Р.Лаботкина, М.Мандрат, Э.Нестор, И.Пуусепп, У курс
Научн. рук.: доц. Т.Виخالемм, асс. М.Сааг

Целью настоящей работы явилось изучение возможных изменений в содержании белков слюны, активности амилазы и кислой фосфатазы в зависимости от изменений слизистой оболочки полости рта у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и хроническим гастритом, у которых обнаружена гистамин-резистентная анацидность.

Контингент исследования состоял из 64 больных, из них 31 с обострением болезни двенадцатиперстной кишки и 35 с хроническим гастритом. Контрольная группа состояла из 22 человек с неизменной слизистой оболочкой полости рта.

Количество белка слюны определялось по методу Лоури, ами-

лазную активность колориметрическим методом по Смитд - Роу. Активность кислой фосфатазы определялась колориметрическим методом (по Фиске - Суббароу) по количеству неорганического фосфора, ощепляемого ферментом от β -глицерофосфата.

Результаты исследования показали, что содержание белка в центрифугате слюны оказалось выше у больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Активность амилазы смешанной слюны в контрольной группе составляла в среднем 83,12 ед/мл, у больных с гастритом - 123,9 ед/мл и у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки - 208,3 ед/мл. Такую же динамику имеют изменения специфической активности амилазы.

Активность кислой фосфатазы оказалась повышенной у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и пониженной у больных с хроническим гастритом как в смешанной слюне, так и в центрифугате.

При сравнении групп, имеющих различную величину индекса гингивита, выясняется изменение активности кислой фосфатазы в соответствии с выраженностью гингивита. Активность кислой фосфатазы при $I_{ГМА} = 0-30$ 115,7 ед/мл, $I_{ГМА} = 31-100$ 155,3 ед/мл.

ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАРОДОНТА У ЮНОШЕСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ПАЙДЕ И ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Х.Хансар, IУ курс
Научн. рук.: доц. Н.Вихм

В соответствии с решениями XXVI съезда КПСС дальнейшему расширению подлежат все виды специализированной медицинской помощи. Среди стоматологических заболеваний второе место вслед за кариесом зубов по распространенности и частоте потери зубов занимают заболевания пародонта. При этом убедительно доказано, что наиболее эффективным является лечение ранних стадий заболеваний. Так как успешная реализация этой задачи зависит от обеспеченности кадрами, оснащенности лечебного учреждения и уровня организации этой работы, то нами

поставлена задача выяснить на основе изучения распространенности заболеваний пародонта среди юношеского населения города Пайде необходимый объем стоматологической помощи по пародонтологии.

Всего обследовано нами 300 школьников в возрасте от 15 до 18 лет, из них 177 девочек и 123 мальчика. При обследовании выяснили состояние зубов, краевого пародонта и наличие зубо-челюстных аномалий. Учитывались клинические проявления гингивита, наличие десневых карманов с патологической глубиной, подвижности зубов, отложение над- и поддесневого камня. Одновременно проводилась диагностическая окраска поверхности зубов и десен раствором йод-йодистого калия - проба Шиллера - Писарева и вычислялся индекс РМА в процентах.

Из 300 обследованных школьников в юношеском возрасте выявлены клинические проявления заболеваемости пародонта всего в 58 случаях (19,3%), из них у 31 мальчика, что составляет $25,2 \pm 7,6\%$ и у 27 девочек $15,3 \pm 5,3\%$. Заболеваемость пародонта статистически достоверно выше у мальчиков ($\chi^2 = 7,71$ и $p < 0,01$). В то же время протяженность и интенсивность патологического процесса в пародонте по РМА индексу в среднем составляет у мальчиков $28,59 \pm 3,20\%$ и у девочек $31,84 \pm 3,67\%$. У большинства (77,6% случаев) встречался хронический гингивит в виде локализованного процесса, в генерализованной форме гингивит отмечен у 19,4% мальчиков и у 25,9% девочек (различие недостоверно, так как $\chi^2 = 0,388$). Всего выявлено около 2% из общего числа обследованных с клинически выраженными симптомами пародонтоза. В исследованиях доказана взаимозависимость между заболеванием пародонта и общим состоянием здоровья ($p < 0,001$), гигиеническим состоянием полости рта (ГИ у мальчиков $2,02 \pm 0,03$ и девочек $2,02 \pm 0,01$ со здоровым пародонтом, напротив, $2,97 \pm 0,04$ и $2,87 \pm 0,04$ при заболеваемости), наличием аномалий зубо-челюстной системы ($p < 0,001$) и интенсивностью кариозного процесса ($p < 0,01$).

На основе результатов настоящей работы внесены предложения местным органам здравоохранения о необходимости проведения профилактических мероприятий и лечения заболеваний пародонта начиная с юношеского возраста.

СРОКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЕБА

М.Аллик, М.Хиндриксон, У курс
Научн. рук.: доц. М.О.Льви-Калнин

Основными хирургическими вмешательствами у больных с врожденными расщелинами верхней губы и неба являются хейлопластика и уранопластика, которые в течение последних 20 лет производятся в основном под эндотрахеальным обезболиванием.

Целью настоящей работы явилось изучение сроков пребывания больных с расщелинами лица на стационарном лечении в зависимости от вида операции и примененного обезбоживания.

Работа выполнена на основе анализа архивного материала, относящегося к 364 больным с расщелинами губы и неба, которые находились на хирургическом лечении в стоматологическом стационаре Тартуской клинической больницы за период с 1946 по 1979 г. Из этих больных расщелину верхней губы имели 64 (17,6%), изолированную расщелину неба 148 (40,6 %) и сочетанную расщелину губы и неба 152 человека (41,8%); средний возраст больных составил 6-10 лет. Всего было произведено 450 операций, из них 169 по поводу расщелины губы (хейлопластика) и 281 операция по поводу расщелины неба (уранопластика). С 1958 г. указанные операции выполняются под эндотрахеальным обезбоживанием, до этого времени оперировали под местной анестезией, исключением являлась уранопластика, производимая в некоторых случаях с дополнительным применением масочного наркоза с эфиром. Если в 60-е годы наряду с применением эндотрахеального обезбоживания частичную расщелину губы оперировали и под местным обезбоживанием, то с 1971 г. применяется эндотрахеальный наркоз как при уранопластике, так и хейлопластике. Из результатов следует, что в связи с введением интубационного наркоза в практику, способствующего улучшению и усовершенствованию техники операции, значительно сократились сроки лечения, т.е. пребывания больных в стационаре, особенно при операции расщелины неба. Наблюдается сокращение дооперационного и послеоперационного периодов. При сравнении 70-х годов с 50-и годами оказывается, что в случае хейлопла-

стики средняя продолжительность пребывания больного в стационаре уменьшилась в 1,5 раза, а при уранопластике - в 2 раза. Так, за 1951-1960 гг. койко-день у больного с расщелиной неба составил в среднем 50,2, а за 1971-1979 гг. он был равен 25,1; при операции расщелины губы соответственно 23,6 и 15,8.

Таким образом, применение эндотрахеального наркоза позволило повысить эффективность хирургического лечения расщелин лица, а тем самым существенно сократить сроки пребывания больного в стационаре.

ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ НАРКОЗ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Т.Отс, М.Рийтсалу, У курс

Научн. рук.: доц. М.О.Льви-Калнин

В данной работе на основе архивных материалов Тартуской клинической больницы проанализированы особенности эндотрахеального наркоза в течение 16 лет (1964-1979 гг.)* у больных с врожденными расщелинами губы и неба. До настоящего времени в стоматологическом стационаре Тартуской клинической больницы проведено оперативное лечение 225 больных в возрасте от 3 недель до 58 лет, из них лиц мужского пола было 125 и женского пола - 100 человек. Из 225 больных только расщелина губы имела у 29 человек, изолированная расщелина неба - у 83 человек и комбинированная расщелина губы и неба - у 113 человек. В течение этого времени у этих больных проведено 329 оперативных вмешательств под эндотрахеальным наркозом, из которых насчитывалась 181 операция расщелины неба, 70 операций расщелины губы, 52 операции по поводу остаточных дефектов неба и 26 операций по поводу вторичных деформаций носа и верхней губы. Из результатов следует, что к концу этого периода число примарных операций увеличивалось, а секундарных - снижалось, что в свою очередь свидетельствует об улучшении нар-

* В анализ не входит материал за последний квартал 1979 года.

козной и оперативной техники. Эндотрахеальная интубация проведена назо- и оротрахеальным методом. При пластике губы, как правило, использовался оротрахеальный метод, а при пластике неба - назотрахеальный метод, который предоставляет хирургу более свободный доступ к операционному полю. Эфир как наркотическое средство на сегодняшний день вытеснен фторотаном, поскольку при использовании последнего побочные явления менее выражены. Фторотан применяется вместе с закистью азота и без него как при вводимом, так и основном наркозе. При улучшении техники операции кровопотерю удалось свести к минимуму и в последние годы переливание крови во время операции уже не осуществлялось. Любое переливание крови напрасно сенсебилизирует организм ребенка. В результате улучшения анестезиологической службы количество осложнений сведено до минимума.

Анализ результатов данной работы позволяет заключить, что эндотрахеальный наркоз можно с успехом использовать при всех операциях расщелин лица и вторичных деформаций челюстно-лицевой области, так как он создает хирургу оптимальные условия для оперирования.

СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАМ У ЛЕГКОАТЛЕТОВ РАЗЛИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ

Я.Савка, III курс

Научн. рук.: проф. Т.Э.Кару

Учитывая актуальность проблемы тестирования анаэробной работоспособности у спортсменов скоростно-силовых видов, в данной работе у членов сборной ЭССР по спринту, прыжкам, метаниям, бегу на средние дистанции и неспортсменов (36 чел.) при помощи лестничного теста R.Margaria (1966) определялась вертикальная скорость (v_n) и максимальная алактатная анаэробная мощность (МАМ). По группам найдены следующие значения:

- 1) спринт-прыжки (18 чел.) - $v_n = 1,85 \pm 0,09$ м/см;
- 2) средневики - $v_n = 1,55 \pm 0,03$;
- 3) метатели - $v_n = 1,45 \pm 0,03$
- 4) неспортсмены - $v_n = 1,43 \pm 0,04$.

Получены следующие показатели МАМ: 1) метатели - $90,26 \pm 4 \frac{\text{ККСМ}}{\text{МИН}}$, 2) спринт-прыжки - $79,5 \pm 5,3$; 3) неспортсмены - $57,5 \pm 3,1$; 4) средневики - $55,12 \pm 3,8$. Видоизменив тест, т.е. увеличив высоту лестницы и продолжительность работы с максимальной интенсивностью, определялись средние значения $v_{n \text{ ср.}}$ и МАМ_{ср.} на 4 отрезках разной высоты ($H_1 = 1,4$ м, $H_2 = 3,20$ м, $H_3 = 7$ м, $H_4 = 11,20$ м). Отмечено резкое падение $v_{n \text{ ср.}}$ и МАМ_{ср.} на 2-й и 4-й секунде работы, что с точки зрения биохимического энергообеспечения совпадает по времени с израсходованием внутримышечных запасов АТФ. Найдена достоверная положительная связь МАМ с весом во всех группах, а также отрицательная связь между v_n и рекордами на 30 и 100 м.

Выводы: 1. Тест "лестницы" считаем высокоинформативным для определения МАМ у спортсменов скоростно-силовых видов спорта. 2. Рекомендуем использовать в тесте удлиненную высоту лестницы для тестирования скоростно-силовой выносливости.

ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНОВ
ПО АКАДЕМИЧЕСКОЙ ГРЕБЛЕ В ГОДИЧНОМ
ТРЕНИРОВОЧНОМ ЦИКЛЕ

В.Коган, А.Коган, III курс

В видах спорта на выносливость результативность тесно связана с уровнем функционального состояния спортсменов.

Целью нашей работы явилось определение динамики функционального состояния спортсменов сборной команды ЭССР по академической гребле в годичном тренировочном цикле. Диагностика функционального состояния проводилась у 12 спортсменов с помощью комплексной методики, в которую входило определение показателей антропометрии, общей работоспособности, ЭКГ, объема сердца, проводились также клинические анализы мочи и крови на 3-х этапах тренировочного периода. Отмечено снижение по средним данным общей работоспособности (2292 - 2161,5 кгм/мин) и объема сердца (1141,2-1077,4 см³) от I-го обследования к 3-му. Показатель максимального потребления кислорода наибольший во 2-ом обследовании и равен 4712,6 мл/мин. Если показатели антропометрии, ЧСС, давления покоя, скорости спурта, суммы пульса восстановления по средним данным мало меняются, то индивидуальные значения этих показателей в ряде случаев имеют выраженную динамику. Проведенные комплексные обследования выявили динамику функционального состояния спортсменов, наивысший уровень которого отмечен на 2-ом этапе подготовительного периода, что обусловлено характером тренировочной нагрузки. Это позволило вести коррекцию тренировочного процесса, а также следить за состоянием здоровья спортсменов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФРАКЦИИ ИЗГНАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
СЕРДЦА МЕТОДОМ ВЕНТРИКУЛОГРАФИИ И АЛЕКСКАРДИОГРАФИИ

В.Винантов, М.Рагуля, У курс
Научн. рук.: доц. Я.Маароос

В последнее время большое внимание уделяется исследованию насосной функции сердца, конкретно - его левого желудочка

ка. Одним из самых информативных показателей насосной функции левого желудочка является измерение фракции изгнания БР левого желудочка, получаемой инвазивным методом – венстрикулографией.

В данной работе ставилась задача: сравнить результаты измерения фракции изгнания БР, полученные методом венстрикулографии, с данными измерения фракции изгнания, полученными методом апекскардиографии.

Исследовано 23 человека, средний возраст которых 48,1 года с диагнозом ишемическая болезнь сердца с атеросклерозом венечных артерий. Диагноз ставился методом коронарографии.

Исходное положение обследуемого – лежа на левом боку, левая рука за головой. На область верхушечного толчка накладывался капиллярный датчик Викстранда. Запись производилась на аппарате MINGOGRAF-81 фирмы SIMENS-ELENA, скорость записи 100 мм/сек. Запись кривой АКГ проводилась параллельно с записью ЭКГ и ФКГ, для определения по ним точки E, обозначающей конец систолы левого желудочка на кривой АКГ, и точку S, обозначающей начало диастолы. Измеряемые вертикальные линии брались от 0 линии АКГ до указанных выше точек.

Расчет полученных данных проводился по формуле, предложенной I.A.Antoni, H.H.Wayne, W.J.Kuzman в 1979 году:

$$BF = \frac{(O-E)^3 - (O-S)^3}{(O-E)^3}$$

Расчет коэффициента корреляции и достоверность различий проводились на ЭВМ СМ-1. Полученные результаты = 0,712 и $P < 0,001$ говорят о высокой корреляции неинвазивного метода измерения фракции изгнания БР методом апекскардиографии, с инвазивным ее определением. Можно сделать вывод, что по предложенной методике апекскардиографии при хорошем качестве записи кривой АКГ можно с достоверной точностью определять фракцию изгнания БР как одного из наиболее информативных показателей насосной функции левого желудочка сердца.

ПОВРЕЖДЕНИЯ СУМОЧНО-СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Г.Мякстениекс, А.Цирулис, VI курс
Научн. рук.: доц. Я.Сеэдер

В настоящей работе обследованы больные со сложными повреждениями сумочно-связочного аппарата коленного сустава. С 1976 по 1980 год в Тартускую клиническую больницу было госпитализировано 38 больных данного профиля, из которых оперирован 21. В восстановлении целостности сумочно-связочного аппарата коленного сустава чаще всего использовался метод пластики с лоскутом широкой фасции бедра в комбинации с оригинальным лоскутом суставной капсулы. При этом методе более полно восстанавливаются все поврежденные элементы, как связки, так и капсула сустава. Все оперированные больные были приглашены на повторное обследование, при котором выяснилось, что данный метод операции дает хорошие отдаленные результаты. Из 7 оперированных больных только у одного отдаленный результат оказался неудовлетворительным. Плохой результат объясняется поздним хирургическим вмешательством. Другие методы применялись при несложных повреждениях сумочно-связочного аппарата коленного сустава. Сшивание лавсаном, пластика истинной связкой надколенника использовалась при так называемых простых повреждениях сумочно-связочного аппарата. На основе анализа, проведенного в ходе исследований, можно сказать, что метод пластики сумочно-связочного аппарата широкой фасцией бедра в комбинации с оригинальным лоскутом суставной капсулы является весьма перспективным.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОТЕКА ГОЛЕНИ МАССАЖНЫМ АППАРАТОМ "КОПАДОВЕР"

В.Софилканич, VI курс
Научн. рук.: доц. Я.Сеэдер

На кафедре спортивной медицины ТГУ создан аппарат для компрессирующего массажа, работающий в автоматическом режиме

"КОПАДОВЕР". Аппарат воздействует на конечность путем переменного давления воздуха в пневматической манжете. Аппарат "КОПАДОВЕР" имеет свою особенность в сущности действия его на сосуды с дистальной стороны конечности в проксимальную. Данный аппарат имеет пять манжет, наполнение которых проходит с периферии к центру. Исследования проводились на практически здоровых спортсменах и больных с посттравматическим отеком голени.

1. Все исследуемые считали процедуру приятной и хорошо переносимой.

2. У здоровых людей объемный кровоток конечности увеличился после процедур массажа аппаратом в среднем на 27,7%, увеличивался и кожный кровоток, изменения общего кровообращения были минимальными.

3. У больных с травматическим отеком голени, по данным реовазографии, объемный кровоток конечности более значительно возрос по сравнению со здоровыми, а по данным фловографии, термометрии, наблюдалось также резкое повышение показателей кровообращения в коже.

4. При синдроме Зудека II стадии нижней конечности применение массажа аппаратом "КОПАДОВЕР" способствовало сравнительно быстрой ликвидации отека и нормализации нарушенного кровообращения, что является предпосылкой для дальнейшего быстрого выздоровления пациента.

5. Травматический отек после разрыва связок голеностопного сустава проходил после 4-6 процедур. Мы считаем возможным рекомендовать массаж аппаратом "КОПАДОВЕР" в клинике посттравматического отека как высокоэффективный и весьма перспективный метод.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕХАНОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ
МЕТОДОВ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ФАЗОВОЙ СТРУКТУРЫ
СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА У ЗДОРОВЫХ

А.Малий, УІ курс

В целях выявления различия в длительности фаз сердечного цикла, регистрируемых различными методами механокардиографии, мы определили у 20 здоровых в возрасте 25 - 30 лет фазовую структуру сердечного цикла по поли- (ПКГ), апекс- (АКГ) и виброкардиографическому методу. Регистрация механокардиограмм проводилась на аппарате НКК-6 при движении ленты 100 мм в сек. Полученные данные обработаны статистически на машине ЭСМ-1. Выяснилось, что фаза изометрического сокращения (ИС), измеренная по ВКГ, совпадает или немного короче, чем фаза ИС на ПКГ. Фаза ИС по АКГ длиннее по сравнению с той же фазой на ПКГ. Фазы диастолы, определенные по АКГ и ВКГ, совпадают, так как точка О на АКГ (конец фазы изометрического расслабления - ИР) совпадает с точкой на ВКГ, и точка Д на АКГ совпадает с точкой Ф на ВКГ. Следовательно, ВКГ пригодна для определения длительности диастолических фаз, изменение которых происходит часто раньше систолических. ВКГ технически более доступный метод, чем АКГ.

ТЕРАПИЯ

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ НЕНАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ В ТАРТУСКОМ МЕЖРАЙОННОМ ОТДЕЛЕНИИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

С.Тиганик, У курс
Научн. рук.: асс. Ю.Вапра

В работе проанализировано 634 случая ненасильственной смерти (ННС) за 5 лет (1975-1979 гг.), что составило 31,8 % вскрытий. Мужчин насчитывалось 479 (75,6%), женщин - 155 (24,4%). Соотношение ННС мужчин и женщин по возрасту следующее: 18-44 года - 8:1; 45-59 лет - 4:1; 60 лет и старше - 2:1. За последние годы увеличилось число ННС среди женщин: 1975 г. - 23 (20% от всех случаев ННС), 1976 г. - 25 (21,4%), 1977 г. - 18 (17%), 1978 г. - 42 (31,1%), 1979 г. - 47 (31,1%).

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) послужили причиной ННС в 508 (80,1%) случаях. В 480 (94,5%) случаях наблюдались различные формы атеросклероза и гипертонической болезни. Наш материал распределился следующим образом:

- ишемическая болезнь сердца (ИБС) - 418 (82,3%) случаев
- из них хроническая ИБС - 356 (85,2%) случаев
- острая ИБС - 62 (14,8%) случая.

Инфаркт обнаружен в 42 случаях, причем роль ОИБС, по данным литературы, колеблется от 1 до 50% из всех ССЗ;

- нарушение мозгового кровообращения - 60 (11,8%) случаев
- разрыв аорты - 7 (1,4%) случаев
- другие ССЗ (ревматизм, врожденные пороки, болезни миокарда, варикозное расширение вен) - 23 (5,4%) случая.

От болезней легких умерло 64 человека (10,1%). В последние годы число умерших от воспаления легких увеличилось.

На третьем месте из причин ННС стоит эпилепсия - 18 (2,8%) случаев. Все умершие от эпилепсии - мужчины. В 16 случаях смерти от эпилепсии прижизненно был диагностирован хронический алкоголизм.

Болезни пищеварительного тракта, опухоли, инфекции составили 5% ННС.

У 24 % умерших в крови был обнаружен этанол: у мужчин в 27,3 %, у женщин - в 13,5 % случаев ННС. В 45,4% случаев со-

держание винного спирта оказалось выше 3 %. В последние годы уменьшилось число случаев ННС с фоновой алкогольной интоксикацией и одновременно увеличилось число отравлений алкоголем.

О КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ АТОПИЧЕСКОГО
ДЕРМАТИТА И ФАКТОРАХ, СПОСОБСТВУЮЩИХ
ТЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Р.Лыске, VI курс

Научн. рук.: и.о. доц. Х.Сильм

Актуальной проблемой в педо-дерматологии являются аллергические кожные заболевания, в том числе этиология, патогенез, клиника, лечение и вопросы профилактики атопического дерматита.

Цель данной работы - исследовать особенности клиники атопического дерматита и факторы, способствующие течению заболевания.

На базе Тартуского кожно-венерологического диспансера исследовалось 140 детей в возрасте от 0 до 14 лет, из них 61 (43,57%) ребенок посещал детский коллектив, 42 (30,0%) ходили в общеобразовательную школу и 37 (26,42%) представляли собой домашних детей.

По нашим данным выяснилось, что

1) атопический дерматит чаще наблюдается у городских детей в семьях служащих;

2) в настоящее время наблюдается более раннее проявление атопического дерматита (в возрасте 1-2 месяцев от рождения). Это объясняется ранним переходом на искусственное вскармливание;

3) наиболее частыми трофаллергенами у детей грудного возраста оказались сухие смеси "Малыш" и "Малютка", цельное молоко, яблочный сок, сладости, citrusовые, лимонад, помидоры, яйца;

4) катар верхних дыхательных путей является фактором, обостряющим течение болезни;

5) чаще локализация сыпи наблюдалась на разгибательных поверхностях конечностей (у 22 %).

Для профилактики заболевания необходимо более внимательное отношение к питанию детей, по возможности длительное кормление грудным молоком, ограничение в пище облигаторных трофаллергенов.

НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ ЗОЛОТОМ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

М.Михкелсоо, УІ курс

Научн. рук.: доц. А.Н.Вапра

Ревматоидный артрит (РА) относится к группе заболеваний с системным поражением соединительной ткани. При лечении РА часто используются препараты солей золота, относящиеся к средствам базисной терапии.

В работе проводится анализ 40 больных РА, прошедших курс лечения препаратом золота - кризанолом. Больным назначали 5% (10%) раствора кризанола внутримышечно 1 раз в неделю по 2 (I) мл, содержащего 34 мг металлического золота. Во время курса кризотерапии больные получали суммарно 800-900 мг металлического золота.

Из 40 больных насчитывалось 8 мужчин и 32 женщины. Возраст больных составлял от 16 до 74 лет, в основном в возрасте 31-60 лет.

У 34 больных наблюдалась суставная форма заболевания, у 6 - комбинированная форма (в основном комбинации с деформирующим остеоартрозом). У всех больных выявился полиартрит, у 25 - I степени, у 13 - II и у 2 - III степени активности, у 15 - I стадия, у 20 - II и у 5 - III рентгенологическая стадия суставов.

Ревматоидный фактор был положительным у 11 больных.

Хорошие результаты достигнуты у 14 больных, улучшение наблюдалось у 14 и у 5 кризотерапия не дала положительных результатов. В группе с хорошими результатами лечения ремиссия длилась I-I,5 лет. В группе больных с улучшением продолжительность ремиссии составила 0,5 года.

У 7 больных возникли осложнения, из них у 6 - кожные явления, у 1 - реакция со стороны крови.

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДНОСТИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

К.Коппел, В.Богданов, IУ курс
Научн. рук.: доц. А.Н. Вапра

Ревматоидный артрит (РА) является тяжелым прогрессирующим заболеванием, последствия которого имеют большое социальное значение.

В данной работе изучено медико-социальное состояние у 41 инвалида с ревматоидным артритом, проживающего в гор. Тарту. Заполнялась соответствующая анкета. 39 человек имели II группу инвалидности и 2 - I группу. По возрастному составу инвалиды распределялись следующим образом. В молодом возрасте было II, в среднем - 22 и в пожилом - 8 инвалидов. Большинство из них (29) составляли женщины. У 29 инвалидность была впервые определена до 50-летнего возраста. По клинико-анатомическим формам инвалиды распределялись: у 26 имелась суставная форма заболевания, у 13 - суставно-висцеральная форма и у 2 - комбинированная форма (сочетание с деформирующим остеоартрозом). У 28 длительность инвалидности составляла свыше 4 лет. Наиболее часто поражались лучезапястные суставы, на втором месте оказывались коленные и на третьем - проксимальные интерфалангеальные суставы.

Из социальных аспектов выяснено, что большинство инвалидов нуждается в различных вспомогательных средствах облегчения своей повседневной деятельности. Недостаточно налажено снабжение медикаментами. Ввиду функциональной недостаточности суставов инвалиды не в состоянии в должной мере удовлетворять свои культурные запросы. У многих из них наблюдается легкое нарушение психики (депрессия).

О ДИНАМИКЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Т.Мартсон, А.Мартсон, У курс
Научн. рук.: асс. Э.Майсте

Общеизвестны значение обнаружения сердечной недостаточности (СН) в ранней стадии и связанные с этим диагностические трудности. В данной работе изучены изменения электрической и механической активности предсердий в зависимости от стадии СН. Исследовано 59 больных в возрасте 15-78 лет, из них 42 болели миокардитом и 17 ишемической болезнью сердца. В динамике наблюдали 35 больных, стадию СН определяли по Страже-ско-Василенко. У исследуемых регистрировали ЭКГ и виброкардиограммы (ВКТ), для этого использовался шестиканальный фоноэлектрокардиограф НЕК-6.

Из полученных данных выяснилось, что длительность зубца Р зависит от стадий СН. У больных без СН длительность зубца Р составляла $9,65 \pm 2,98$ м/сек, а у больных с СН в I и II - стадии эти данные соответствовали $11,05 \pm 2,84$ м/сек и $11,37 \pm 3,34$ м/сек ($P < 0,05$). Динамически ЭКГ регистрировалась в среднем через 13-17 дней после первой регистрации. Мы замечали у больных миокардитом в остром периоде болезни удлинение зубца Р, хотя клинически стадия СН не изменилась ($9,33 \pm 2,66 \rightarrow 11,06 \pm 3,30$; $P < 0,05$). У больных, страдавших ишемической болезнью сердца, длительность зубца Р за время лечения или уменьшалась или не изменялась. Изменения амплитуд предсердных зубцов на ВКТ в зависимости от стадий СН оказались недостоверными, хотя наблюдалась тенденция к уменьшению предсердных зубцов при увеличении СН.

Результаты нашей работы показывают, что динамическое наблюдение за длительностью зубца Р может служить одним из критериев при обсуждении состояния функции сердца.

ОБ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРАХ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКОЙ АСТМОЙ И ПОЛЛИНОЗАМИ

Э.Якименко, VI курс

Научн. рук.: доц. Л.Пракс, проф. Х.Силласту

В настоящей работе представлены данные анализа этиологических факторов у 41 больного атопической бронхиальной астмой и у 23 больных поллинозами.

Установлено, что у большинства больных бронхиальной астмой этиологическим фактором является экзоаллерген — домашняя пыль и пыль перовых подушек. У больных поллинозами на первом месте стоит пыльца злаковых и лиственных деревьев (ольха, береза, орешник).

На основании приведенных данных следует сделать вывод о том, что на указанные аллергены следует обращать особое внимание при уточнении этиологии бронхиальной астмы и поллинозов, для чего необходимо проводить обязательное аллергологическое исследование.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Р.Пяртел, IV курс

Научн. рук.: доц. Л.Пракс, асс.Т. Сапра

Целью настоящей работы было установление частоты заболеваний верхних дыхательных путей у больных бронхиальной астмой, лечившихся в стационаре Тартуского тубдиспансера в 1978-1980 гг.

Проведен анализ вышеуказанных больных, причем установлено, что воспалительные или аллергические заболевания носа и его придаточных пазух встречаются у 41 % больных бронхиальной астмой.

У больных в возрасте до 45 лет эти заболевания наблюдаются значительно чаще (60%).

Вывод: всех больных бронхиальной астмой следует обследовать у ларинголога и лечить.

О ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ТУБЕРКУЛИНУ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Л.Кухи, VI курс

Научн. рук.: проф. X.Силласту, асс.Х. Лэасик

Целью настоящей работы было исследовать чувствительность к туберкулину у впервые выявленных больных туберкулезом в зависимости от патогенеза и клинической формы заболевания.

Было исследовано 116 больных, выявленных в городе Тарту и в Тартуском районе в 1978-1980 гг. и находившихся на стационарном лечении в Тартуском тубдиспансере. Среди больных насчитывалось 6 человек с первичным туберкулезом и 110 - с реинфекционным туберкулезом (38 с очаговой, 60 с инфильтративной, 7 с гематогенно-диссеминированной формой и 5 с туберкуломами). Всем больным в первые дни пребывания в клинике проводилась туберкулиновая реакция по общепринятой методике - внутривожно вводили 0,1 мл - 2 ТЕ туберкулина PPD. Л. Реакция оценивалась соответственно инструкции МЗ СССР.

Анализ полученных данных показал, что туберкулиновая реакция была положительной у 5 из 6 больных с первичным и у 93 (84%) из 110 больных с вторичным туберкулезом. Отрицательной оказалась туберкулиновая проба у 12 (11%) больных реинфекционным туберкулезом, из них у 6 с инфильтративной, у 3 с очаговой, у 3 с диссеминированной формой. При повторном исследовании у 7 из этих 12 больных реакция стала положительной.

В заключение следует отметить, что больным с первичным туберкулезом свойственна более выраженная туберкулиновая реакция, а больным реинфекционным туберкулезом - нормэргические реакции. Вообще из впервые выявленных больных туберкулезом туберкулиновая реакция оказалась положительной в 90% случаев, гиперэргия наблюдалась крайне редко (1%).

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Ю.Лиллемяги, Э.Касе, У курс
Научн. рук.: проф. Х.Силласту

В настоящей работе представлены некоторые аспекты характеристики 207 больных с впервые выявленным туберкулезом в городе Тарту и в Тартуском районе за 1977-1980 гг. Среди больных преобладали мужчины (70-80%). Соотношение мужчин и женщин в разные годы колебалось в пределах 1,5 : 1 и 6 : 1. Относительно чаще наблюдалась заболеваемость мужчин в районе по сравнению с городом. Средний возраст больных в городе колебался от 39 до 46, в районе - от 42 до 49 лет. Наиболее характерной была заболеваемость в возрасте 30-44 и 45-59 лет. Из отдельных форм туберкулеза преобладали очаговая и инфильтративная. В основном заболевание выявлялось на основании жалоб: в городе в среднем в 63%, в районе в 52% случаев.

Из 207 больных 131 был госпитализирован в стационар Тартуского тубдиспансера. Процесс протекал без жалоб у 18% и с небольшими жалобами у 53%, у остальных больных жалобы были более выраженными. Не наблюдалось соответствия между выраженностью жалоб и тяжестью заболевания. Распространенным был процесс у 16% из больных без жалоб или с небольшими жалобами. Это обстоятельство подчеркивает значение профилактических исследований в ранней диагностике туберкулеза. Из профессий преобладали люди физического труда (80%).

ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛАНГИТОМ

С.С.Морозова, курс

Научн. рук.: доц. Э.К.Таммешылд, асс. Л.А.Гольянова

Данная работа посвящена изучению вопросов лечения больных вирусным гепатитом, протекающим на фоне холангита.

Рассмотрено 35 историй болезни больных вирусным гепатитом, осложненного холангитом, что составило основную группу.

Контрольную группу такой же численности образовали больные вирусным гепатитом. Все больные находились на лечении в Тартуской городской клинической инфекционной больнице с 1967 по 1980 г. Они получали одинаковое лечение, которое включало базисную терапию, гормональную и витаминотерапию и антибиотики.

Результаты обследования показали, что улучшение состояния больных основной группы наступало значительно позднее, чем в контрольной. У них длительное сохранялись жалобы (в среднем до 18 дня госпитализации), иктеричность склер и кожи (в среднем до 29 дня). Позднее нормализовались размеры и биохимические пробы печени. Это удлиняло время лечения больных первой группы в среднем на 16 дней.

При применении гормональной терапии функциональные пробы печени нормализовались значительно позднее в основной группе, чем в контрольной.

У 97 % больных вирусным гепатитом с подозрением на холангит лечение потребовало применения антибиотиков, которые назначались после дуоденального зондирования в соответствии с антибиограммой.

Выводы: 1) воспаление желчных путей задерживает выздоровление больных вирусным гепатитом и удлиняет время лечения примерно на 16 дней; 2) для лечения больных вирусным гепатитом, осложненного воспалением желчного пузыря и желчных путей, наряду с основной терапией требуется использование антибиотиков в соответствии с антибиограммой; 3) глюкокортикоидная терапия у больных вирусным гепатитом на фоне холангита без применения антибиотиков не имеет эффекта.

ХИРУРГИЯ

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА СОСУДАХ МАЛОГО ДИАМЕТРА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ю. Колесников, УІ курс; Э. Вильсон, У курс
Научн. рук.: проф. Э. Тондер,
асс. П. Роосаар, Х. Сеэлтер

Операции выполнялись на 10 собаках весом 10–35 кг. Все операции проводились под эфирным наркозом. Обнажалась бедренная артерия в верхней трети бедра. Подготавливался комбинированный трансплантат: спираль Веденского накручивалась на наружную яремную вену, проксимальный и дистальный концы заворачивались на одноименные концы спирали и фиксировались одиночными швами к 3–4 витку аллокаркаса. Затем его имплантировали в бедренную артерию, анастомозы накладывались по типу конец-в-конец с помощью ручного обвивного непрерывного шва по Добровольской. Средний диаметр артерии 1,7 трансплантата 2,5 мм, аутовены 3,4 мм, длина трансплантата 2,5–3,5. После имплантации трансплантаты оказались проходимыми в 7 случаях, в 2 случаях тромбоз наступал на 5 день, в I – на 43 день. Причины неудачных результатов заключались в неквалифицированной технике, в несоответствии диаметров аутовены и спирали. Проводилось гистологическое исследование внутренней поверхности трансплантата.

Микроскопические данные. Асептический воспалительный процесс вокруг витков спирали слабый, инфильтрат состоит из гигантских клеток и лимфоцитов. Щель анастомоза не заполнена тромботическими массами. Образование неинтимы начинается на 5–6 день, пролиферация соединительной ткани происходит за счет эндотелия артерии и наружной капсулы. Окончательное формирование неинтимы и наружной соединительнотканной капсулы происходит к 40–45 дню. Дегенеративных процессов в новообразованной ткани нет.

Комбинированный аутоаллотрансплантат можно применять для замещения дефекта артерий, образовавшегося во время травмы,

его использование улучшает результаты, поскольку уменьшает натяжение в области анастомоза и увеличивает его диаметр.

Образование наружной капсулы и неонтии происходит в течение I - I,5 месяцев, дегенеративных процессов в новообразованной ткани нет., что указывает на хорошую васкуляризацию этой ткани.

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПЛАНТИРОВАННЫХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Л.Ласн, III курс

Научн. рук.: проф. К.Пыдер

Микрохирургия сделала возможным реплантацию пальцев и кисти. Операции реплантации оторванных конечностей из-за их сложности и длительности выполняются еще в немногих микрохирургических центрах мира.

Операция реплантации пальца или кисти может быть разделена на три этапа:

- 1) предварительный (организационные основы);
- 2) сама операция реплантации;
- 3) послеоперационный период (реабилитация).

Изучены отдаленные результаты реплантации трех кистей и одного пальца.

Выяснилось, что у всех пострадавших косметический эффект хороший, функция умеренная, активные движения отсутствуют или слабо выражены, имеется определение тупого или острого предмета и чувствительность к теплоте и холоду.

Оценивался неврологический статус и проводилась кронаксометрия. По этим данным можно сказать, что моторная функция не была восстановлена, это подтверждается и увеличением кронаксометрии в 200-300 раз. Проведенная ангиография показала, что у всех больных кровоснабжение в стадии относительной компенсации, на основе анализа рентгеновских снимков патологии в костях (на уровне пораженной зоны) не обнаружена.

Анализируя более поздние результаты проведенных операций, можем сказать, что нейрохирургическая сторона операции проведена неудовлетворительно. Для улучшения функции пересаженных конечностей мы предлагаем следующие комплексные меро-

приятия по реабилитации.

В раннем послеоперационном периоде, начиная с первых дней, рекомендуется применять медикаментозное лечение, баротерапию и ЛФК. В этот период необходимо также применять физическую нагрузку на здоровые конечности.

В позднем периоде, после снятия иммобилизации изменяется характер ЛФК и добавляется физиотерапия и массаж.

Занятия лечебной физкультурой начинаются с общей гимнастики. В основной части занятия выполняются пассивные движения. Занятия ЛФК заканчиваются упражнениями успокаивающего и расслабляющего характера. До занятия желательно применять физиотерапевтические процедуры и теплые ванны. После занятия для лучшего восстановления рекомендуется массаж.

Считаем, что целенаправленное применение комплекса мероприятий по реабилитации является весьма перспективным и его надо применять в более ранние сроки после реплантации.

ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА АРТЕРИЯХ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

А.Пулгес, И.Осипова, Э.Лэссмент, У курс
Научн. рук.: проф. Х.Тикко, А.Арро

Цель настоящей работы - проанализировать контингент из 30 больных за 1961-1979 гг., у которых средний возраст достигал 56,8 лет (38-71 год) и которым были выполнены повторные реконструктивные операции на артериях нижней конечности в отделении сосудистой хирургии ТКБ.

По нозологическим данным причинами являлись в основном две болезни - атеросклероз у 85,1% (средний возраст 57,4 года) и эндартерит у 14,9% (средний возраст 47,5 лет).

Главной причиной повторного возникновения ишемии в данной работе у 100% послужил тромбоз (у Клионер и соавт. 86,4%), а причинами тромбоза являлись: 1) прогрессирование основной болезни ниже у 92,8% (из 14 больных у 13) и выше у 7,2% (из 14 у 1) реконструированного региона. Во многих случаях установление причин не оказалось возможным.

В группе из 30 больных среди показаний к операции у всех являлись боли в покое, а у 5 - также и признаки начинающейся гангрены.

В оперативном лечении применялись следующие методы: 1) аллотрансплантация в феморо-феморальном сегменте (в 6 случаях среднее время работы трансплантата - 9 месяцев после первичной и повторной операции вместе); 2) аллотрансплантация в феморо-поплитарном сегменте (в 5 случаях); 3) автовенотрансплантация в феморо-поплитеарном сегменте (в 16 случаях работал 1 год и 2 месяца после первичной операции, а при повторной - в 5 случаях 5 месяцев), 4) автовенотрансплантация в феморо-тибиальном сегменте (при повторных операциях в 2 случаях - 1 год и 5 месяцев); 5) тромбэндартерэктомия (при повторных в 2 случаях - 3 месяца средний срок работы).

Использовались и другие методы операций, но их количество незначительно.

Из всех проанализированных больных после первой повторной операции производились ампутации у двух больных в течение 30 дней.

Анализ времени, считая с начала первой повторной операции до ампутации, показывает, что у 50 % оно достигает одного года, у 25 % - от 2 до 5 лет и у 25% - от 5 до 10 лет.

В итоге можно отметить, что ближайшие результаты (до 30 дней после первой повторной операции) в ТГБ очень хорошие - 93,3%. Это лучше, чем в среднем по данным литературы - 70-85% (Думше и соавт., 1980; Клионер и Беляев, 1980).

Также можно назвать удовлетворительными дальние результаты, считая их от первой повторной операции до ампутации конечностей.

О ФЕМОРО-ТИБИАЛЬНОМ ШУНТИРОВАНИИ

М.Вийгимаа, Э.Вильсон, У курс
Науч. рук.: проф. Х.Тикко, Э.Рабане

В данной работе исследовались больные, находившиеся на лечении в отделении сосудистой хирургии Тартуской клинической больницы с 1973 по 1981 г. Всем 25 больным (средний воз-

раст 59,7 года) выполнена операция феморо-тибиального шунтирования. Диагноз облитерирующего атеросклероза отмечался у 22 и облитерирующего эндартрита - у 3 больных. Длительность анамнеза составляла в среднем 2 года 4 месяца. Для шунтирования использовалась автовена - vena saphena magna диаметром 4-5 мм.

Проксимальный анастомоз чаще всего накладывали на a.femoralis communis, дистальный анастомоз на a.tibialis post I5 и на a.tibialis ant. IO больным. 9 больным производилась поясничная симпатэктомия.

После операции у I6 больных кровообращение нижней конечности улучшилось, а у 9 конечность пришлось ампутировать. Через 24 месяца после операции проходимость шунта наблюдалась у 9 больных.

В заключение можно сказать, что феморо-тибиальное шунтирование во многих случаях дает возможность предотвратить неизбежную ампутацию.

ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА АОРТО-ФЕМОРАЛЬНОМ СЕГМЕНТЕ

А.Пулгес, И.Осипова, Э.Лэасмент, У курс
Научн. рук.: проф. Х.Тикко, А.Арро

Количество реконструктивных операций при окклюзиях брюшной аорты, магистральных артерий нижних конечностей и аневризмах анастомозов неуклонно растет. При этом повторные реконструктивные операции составляют как тактические, так и технические сложности.

В настоящей работе проанализировано течение болезни 55 больных, которым за период I96I-I979 гг. в отделении хирургии сосудов ТКБ выполнено 68 операций по поводу тромбоза аорты или илео-фemorального шунта и 20 операций по поводу аневризма анастомоза; некоторых больных оперировали многократно. Средний возраст исследуемых составлял 57,5 лет (44-74 года).

Основными причинами окклюзии шунтов были: I) прогрессирование атеросклероза в периферии или разрастание неоинтимы

в области анастомоза (67%); 2) прогрессирование атеросклероза выше проксимального анастомоза (10,5%); 3) инфицирование протеза (6%); 4) изгиб протеза (3%). Во многих случаях причину установить было невозможно. Причины возникновения ложных аневризм анастомоза следующие: 1) резорбция шовного материала; 2) разрыв стенки протеза. Аневризмы возникали через I-II лет после I операции.

В оперативном лечении применялись операции 2-х типов: I - без улучшения периферического оттока. Из них чаще применялись: тромбэктомия; тромбэктомия вместе с заменой дистального участка протеза; повторное шунтирование бифуркации аорты; экстраанатомическое шунтирование. II - операции вместе с улучшением периферического оттока, когда наряду с тромбэктомией применяли венозный лоскут на а. prof. femoris или бедрено-подколенное шунтирование аутовеной.

При применении методов I группы кровотоки восстановлены в 77,8% случаев, II группы - 85,8%.

При наличии аневризмы и тромбоза одновременно применялись различные методы операции, при аневризмах без тромбоза шунта эффективной являлась резекция аневризмы с заменой дистального участка шунта.

Сравнивая результаты работы с литературными данными можно отметить, что они совпадают в вопросах причин возникновения окклюзии протезов и развития аневризм (Покровский с соавт., 1978). Восстановление кровоснабжения, по данным различных авторов, удавалось в 70-85% (Князев с соавт., 1980; Тхор, 1980; Клионер с соавт., 1980). По сравнению с этими данными результаты, достигнутые в нашей клинике, можно считать хорошими. При тромбозах аорто- или илио-фemorальных шунтов следует предпочитать такие методы операций, при которых возможно улучшить периферический отток крови.

ЗАКРЫТИЕ ДЕФЕКТОВ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЧЕРЕЗ ПРАВОСТОРОННЮЮ ТОРАКОТОМИЮ (В ЭКСПЕРИМЕНТЕ)

Т.Хермлин, А.Лийв, К.Осмскэску,
С.Сахнюк, С.Тиганик, Э.Мартусевичус, У курс
Науч. рук.: доц. Э.-К.Л.Кью, Ю.Р.Самарютель

В кардиохирургии большое значение имеет хирургия дефектов перегородки сердца.

В качестве доступа к межжелудочковой перегородке в основном используется правосторонняя вентрикулотомия. Однако при этом методе очень часты осложнения, особенно при высокой легочной гипертензии. Поэтому в клинике необходимо при возможности использовать правостороннюю атриотомию, через которую можно закрывать 60-80% дефектов межжелудочковой перегородки. Из доступов к правому предсердию надо отдать предпочтение правосторонней торакотомии IV ICS с поперечным пересечением грудины, которое представляет лучшие возможности манипуляции.

В данной работе произведено 16 острых опытов на собаках в условиях экстракорпорального кровообращения. В 6 случаях использовалась продольная стернотомия, в 10 случаях - правосторонняя торакотомия с поперечным пересечением грудины.

Дефект сделан и закрыт через широкий разрез правого предсердия без повреждения отворок трикуспидального клапана.

Правосторонняя торакотомия с поперечным пересечением грудины является хорошим доступом для закрытия интракристалльных дефектов, но не позволяет закрывать дефекты супракристалльной и глубокой мышечной части межжелудочковой перегородки.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ

И.Мухчи, Б.Янковский, IV курс
Науч. рук.: н.о.доц. Т.Хавико, асс. П.Рюосаар

Коксартроз - дегенеративно-дистрофическое заболевание тазобедренного сустава - составляет 1-2 % от всех ортопедичес-

ких заболеваний.

В патогенезе выделяют 3 группы теорий: первая связана с расстройствами кровообращения и васкуляризации (Wollenberg; Axhausen); вторая - с механико-функциональными перегрузками (Preiser; Pauwels; Nyakas; Rubašov; Harrison); третья - с нарушениями трофики.

Для лечения коксартроза предложено много различных операций. Наиболее распространены различные виды остеотомий бедренной кости.

За период с 1976 по 1980 г. в ортопедическом отделении ТКБ сделано 133 операции по поводу коксартроза, из них 98 - межвертельные остеотомии (65 по Mc Murray, 33 - по Pauwels), 20 - эндопротезирования и 15 других.

При существующих методах светлый период составляет 7-10 лет, что вызывает необходимость поисков других операций.

Настоящая работа посвящена исследованию гистотопографии хряща головки бедренной кости при коксартрозе и ставит целью обоснование возможности поворота головки вокруг продольной оси на 180° , что даст возможность сохранить функциональную активность сустава.

Материалом для исследований служило 10 головок бедренных костей, полученных при операции эндопротезирования. Патогистологическому исследованию подверглись 3 участка хряща: максимально пораженный, диаметрально противоположный, средний между ними. Срезы фиксировались 10% формалином, заливка - парафином, окраска - гематоксилин-эозином.

Гистологическая находка.

Костная ткань. Видны два типа процессов: активная перестройка и замена костной ткани на хрящевую (фиброзную и гиалиновую).

Хрящевая ткань. В очагах поражения - некроз и организация. Встречаются места, где гиалиновая хрящевая ткань заменена плотной соединительной или фиброзной хрящевой тканью. На нижних полюсах обнаруживается нормальная хрящевая ткань, иногда с признаками дистрофических изменений.

Можно сделать вывод, что гистологическое исследование подтверждает целесообразность поворота головки на 180° , т.к. нижний участок хряща является либо интактным, либо менее измененным по сравнению с другими участками.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПО ПОВОДУ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА

А.Алексеев, В.Авякян, У курс
Научн. рук.: асс. Т.Хавико

Проблему лечения больных, страдающих привычным вывихом лочевой кости, нельзя считать решенной, т.к. постоперативные рецидивы составляют 7,8%, в то время как вывих плеча составляет 34,8-75% по отношению к вывихам всех прочих костей скелета и в 56% случаев приобретает характер привычного (Л. Бёлер, 1973; W.Jones, 1962).

В Тартуской республиканской клинической больнице за период с 1974 по 1980 г. в отделении ортопедии и травматологии проведено 22 операции по поводу привычного вывиха плеча. 15 оперированных обследовано на контроле. Возраст оперированных составляет 20-47 лет, из них 13 мужчин и 2 женщины. В отношении всех больных применялся метод пластики, т.е. ушивание и укрепление капсулы плечевого сустава. Изучалась амплитуда движений в плечевом суставе: отведение, сгибание, разгибание, внутренняя ротация, наружная ротация.

Использовалась трехбалльная шкала оценки:

- хорошо - выполнены все 5 движений - II человек;
- удовлетворительно - одно из 5 движений затруднено - I;
- неудовлетворительно - не выполнено 2 и более движений -
- 3 человека.

У 12 больных в анамнезе отмечалась травма. У 3 травмы не было и у 2 из них появились рецидивы.

Результаты, полученные в Рижском институте травматологии и ортопедии в отношении 90 оперированных, следующие: хорошо - 82 случая (91%), удовлетворительно - 7 случаев (8%), неудовлетворительно - 1 случай. Шкала оценки аналогичная. Здесь акцентировалось внимание на выявление конституционных особенностей, проявляющихся в виде дисплазий, и выработке оперативных методов, устраняющих их.

Итак, причинами возникновения привычного вывиха плечевой кости являются не только повреждение анатомических структур в результате травмы, но и дисплазии сустава, о которых в некоторой мере говорит анамнез: 1) не было травмы, 2) частое

возникновение повторных вывихов; 3) возможность самовправления; 4) молодой возраст.

Высокую эффективность в лечении обеспечивает дифференцированно проведенное оперативное вмешательство.

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ (РЕФЕРАТИВНЫЙ ДОКЛАД)

Т.Звиргздин, IV курс
Научн. рук.: асс. У.Кёзби

Парентеральное питание (ПП) представляет собой метод коррекции нарушенного метаболизма при различных патологических состояниях, причем нужды организма в калориях и пластических веществах удовлетворяются парентеральным путем. Организм нуждается и в необходимом количестве жидкости, минеральных веществ и витаминов. В сущности ПП может быть полное и частичное. При первом организм обеспечивается парентерально всеми веществами, необходимыми для жизнедеятельности. При частичном удовлетворяются нужды организма выборочно парентерально, причем остается и энтеральное питание. Основными показаниями ПП являются: 1) конгенитальные гастро-интестинальные обструкции; 2) гастро-интестинальные дисфункции; 3) гиперкатабольные состояния; 4) онкологические заболевания пищеварительного тракта. Длительные переливания питательных веществ проводят в центральные вены с определенной скоростью индустрии, согретые до комнатной температуры (20° С). Интересно отметить, что ПП может вызвать разные реакции со стороны пищеварительного тракта. Большинство осложнений (септические, при обмене веществ, некоторые недостатки - Са, Mg и др.) возможно устранить.

В настоящее время ПП является неотъемлемой частью в лечении больных.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ВНУТРЕННЕЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ВАГОТОМИИ

И. Мидла, А. Мертсон, У курс

Научн. рук.: проф. Э. Сепп, асс. П. Роосаар,
асс. Ю. Линкберг

В целях выявления изменений слизистой оболочки желудка при ваготомии мы изучили 28 белых крыс после поддиафрагмального пересечения блуждающего нерва (8 животных составили контрольную группу). опыты длились 3, 10, 15 и 150 дней.

Для гистологических исследований материал фиксировали в жидкости Карнуа и 10% формалине, заключали в парафин. Срезы окрашивали гематоксилин-эозином по Ван-Гизону и делали гистохимические реакции на кислые мукополисахариды с алциан синим и ШИК реактивом.

Определяли митотический коэффициент (МК) в железах дна желудка (митозы в 4000 клетках), количество тучных клеток в подслизистом слое и собственном слое слизистой желудка.

Результаты наших опытов показали, что ваготомия сопровождается гиперемией и круглоклеточной инфильтрацией стенки желудка. Нарастает митотическая активность (МК в контрольной группе $2,08 \pm 0,23\%$, в опытах продолжительностью до 15 дней $МК = 3,04 \pm 3,90\%$; $P < 0,05$). В длительных (150 дней) опытах МК снижается до уровня контрольной группы ($МК 2,11 \pm 0,19\%$; $P < 0,05$). После ваготомии всегда отмечалось значительное увеличение количества тучных клеток. В контрольной группе в 45 полях зрения обнаружили $33,8 \pm 2,2$ тучные клетки. После ваготомии в зависимости от длительности опыта (3, 10, 15, 150 дней) обнаружено соответственно $46,0 \pm 2,1$; $45,8 \pm 2,1$; $44,3 \pm 2,4$ и $44,0 \pm 4,2$ тучных клеток ($P < 0,05$). В то же время увеличивается слизеобразование.

Из опытов следует, что ваготомия вызывает в слизистой оболочке желудка разные гистологические и гистохимические изменения. Увеличение МК и количества тучных клеток можно, по-видимому, оценить как компенсаторную реакцию.

КИСЛОТОПРОДУЦИРУЮЩАЯ И НЕЙТРАЛИЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ
ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ
ЯЗВАМИ ПО ДАННЫМ pH-МЕТРИИ

Э.Рахумаа, С.Сутт, III курс
Научн. рук.: проф. И.И.Сарв

Обследовано 116 больных, из них 14 женщины и 102 мужчины в возрасте 16-77 лет. Обследованные нами больные были условно разделены на 2 группы. В первую группу вошло 100 больных с язвой двенадцатиперстной кишки, во вторую - 16 больных с язвой желудка. Внутрижелудочная pH-метрия проводилась с помощью двухэлектронного pH-зонда. Желудочное кислотообразование в базальных условиях, по данным pH-метрии, охарактеризована нами по классификации Е.Ю.Линора.

Проведенные исследования показали, что у большинства больных (у 76 из 100 обследованных) с язвой дуоденальной локализации, по данным внутрижелудочной pH-метрии, имеет место резкая гиперацидность с непрерывным кислотообразованием "декомпенсированного характера". Щелочное время у них колебалось в пределах 15-20 мин. Для большей части больных с язвой тела желудка, наоборот, характерно непрерывное кислотообразование умеренной или средней интенсивности. При этом антральная часть желудка, как правило, способна нейтрализовать указанную кислотность. Щелочное время у них колебалось в пределах 15-30 мин.

Результаты наших исследований позволяют заключить, что внутрижелудочная pH-метрия не конкурирует с аспирационным методом исследования желудочной секреции, а дополняет его.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ВАГОТОМИИ У
БОЛЬНЫХ С ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Э.Рахумяз, С.Сутт, III курс
Научн. рук.: проф. И.И.Сарв, асс. П.Ф.Дуга

Исследовано 43 больных с язвой двенадцатиперстной кишки, из них 2 женщины и 41 мужчина в возрасте 24-77 лет. Внутрижелудочная pH-метрия проводилась с помощью двухэлектродно-

го зонда. Для проведения теста медикаментозной ваготомии больным вводили подкожно 0,5 мл 0,1% раствора атропина и 2,0 мл 2% раствора бензогексонии. В послеоперационном периоде для определения полноты ваготомии использовалась инсулиновая проба Hollander наряду с максимальной стимуляцией гистамином.

Проведенные исследования показали, что дооперационный отрицательный тест медикаментозной ваготомии наблюдался у 16 больных из 43 обследованных. В послеоперационном периоде положительная инсулиновая проба установлена у 3 (18,75) и отрицательная проба — у 13 больных данной подгруппы. У остальных 27 больных наблюдался положительный тест медикаментозной ваготомии. В послеоперационном периоде положительная инсулиновая проба имела место у 3 (11,11%) больных и отрицательная проба у 24 обследованных. Разница в показателях инсулиновых проб между двумя подгруппами статистически не достоверна.

Таким образом, приведенный краткий анализ свидетельствует о том, что дооперационный тест медикаментозной ваготомии не имеет большого значения для прогнозирования эффективности операционной ваготомии.

ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ В НОЧНЫЕ
ЧАСЫ У БОЛЬНЫХ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ ВАГОТОМИИ
В СОЧЕТАНИИ С ПИЛОРОПЛАСТИКОЙ

М.Суйтс, Х.Мьттус, III курс
Научн. рук.: проф. Й.Й.Сарв

Исследовано 22 больных язвой двенадцатиперстной кишки, из них 2 женщины и 20 мужчин в возрасте 21-66 лет. Проксимальная селективная ваготомия (ПСВ) в сочетании с пилоропластикой произведена у 19 больных, а стволовая ваготомия (СВ) в комбинации с пилоропластикой — у 3 человек. Изучение желудочной секреции в ночные часы проводилось до операции и в послеоперационном периоде в течение первых трех суток и через 3 месяца после операции.

Исследования показали, что непосредственно после операции желудочное секрето- и кислотообразование как после ПСВ,

так и после СВ значительно уменьшается. Свободная HCl в желудочном содержимом за 12 ночных часов после обеих операций отсутствовал. С I-го послеоперационного дня после ПСВ желудочное секрето- и кислотообразование снова повышается и к 3 дню уровень свободной HCl в желудочном содержимом у некоторых больных превышал дооперационный. После СВ вышеуказанные изменения не наблюдались. Через 3 месяца как после ПСВ, так и после СВ желудочное секрето- и кислотообразование в ночные часы оказалось незначительным по сравнению с дооперационными данными.

Таким образом, повышение желудочного секрето- и кислотообразования в течение первых суток после ПСВ, вероятно, связано с образованием внежелудочного воспалительного очага в области малой кривизны желудка. Указанные изменения должны быть учтены при ведении послеоперационного периода после ПСВ.

ТРУДОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

В.Тооме, Т.Ваасна, III курс

Научн. рук.: проф. Й.Й.Сарв, асс. Р.Р.Тару

Исследовано 36 больных язвой двенадцатиперстной кишки. 24 больным была произведена проксимальная селективная ваготомия в сочетании с пилоропластикой, 7 больным - стволовая ваготомия в комбинации с пилоропластикой и 5 больным - антрэумектомия.

Исследования показали, что после органосохраняющих операций больные были освобождены от работы по больничному листу в среднем 3 месяца, после антрэумектомии - в среднем 4 месяца.

После органосохраняющих операций инвалидность III группы в первый год установлена у 16 % больных и инвалидность II группы - у 4% больных. После антрэумектомии инвалидность в первый год установлена у 60% больных, т.е. в 6-7 раз выше, чем после органосохраняющих операций.

Хорошие и отличные ближайшие результаты после органосохраняющих операций наблюдались у 80% больных, после антрэумек-

томии - у 67 % обследованных.

Таким образом, переход от резекции желудка к ваготомии при язве двенадцатиперстной кишки заметно увеличивает трудовой потенциал страны.

СОДЕРЖАНИЕ БИЛИРУБИНА В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Р.Адамсон, М.Эрнитс, У курс
Научн. рук.: и.о. доц. А.Пээтсалу

Целью работы было выяснить влияние ваготомии с пилоропластикой на величину дуоденального рефлюкса в желудок больными язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Для этого определялся билирубин в желудочном соке по методу Голдена. Метод основывается на колориметрическом определении билирубина в цветной реакции, образующейся при взаимодействии растворимого билирубина в желудочном соке со смесью диазореактивов I и II. Исследовано 27 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки перед и в разные сроки после операции.

Результаты показывают, что содержание билирубина в желудочном соке после ваготомии с пилоропластикой повышается по сравнению с предоперационным периодом.

КРОМОДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ФРАКЦИОНИРОВАННОЕ ДУОДЕНАЛЬНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ

Я.Кирсс, М.Лухт, О.Васар, IV курс
Научн. рук.: и.о. доц. А.Пээтсалу

Кромодиагностическое фракционное дуоденальное зондирование является одним из методов функциональной диагностики. Целью данной работы было выяснение преимуществ кромодиагностического фракционированного дуоденального зондирования по сравнению с обычными методами дуоденального зондирования.

Группу исследуемых составляли больные со следующими заболеваниями пищеварительного тракта: больные с хроническим

холециститом и больные с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до и после разных типов ваготомии с пилоропластикой. Всего обследовано 20 больных.

При кромодиагностическом дуоденальном зондировании в двенадцатиперстную кишку вводится зонд, местонахождение которого контролируется рентгенологически. Далее больному вводится интравеннозно 5 мл 0,4 % раствора индигокармина. Через 10 минут через зонд в двенадцатиперстную кишку вводится 40 мл 33% раствора сульфата марганца. Это служит раздражителем для желчного пузыря. Затем определяется время и количество выделяемой из желчного пузыря желчи, окрашенной индигокармином.

Полученные данные показывают, что кромодиагностическое дуоденальное зондирование дает более четкое представление о функции желчного пузыря, чем обычное дуоденальное зондирование.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Я.Тялли, IV курс

Научн. рук.: проф. К.Виллако, и.о.доц. А.Пэетсалу

Панэндоскопическая диагностика является надежным и срочным методом точного определения причины и локализации очага кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта.

В Тартуской городской клинической больнице с ноября 1978 года и до конца 1980 года проводилось экстерное исследование 116 больных. Из них мужчин было 94 и женщин - 22. Возраст исследуемых колебался от 17 до 89 лет. Гастроскопия проводилась фиберным гастроскопом, для локальной анестезии зева использовался аэрозол лидокаина. Процедура не вызывала никаких осложнений, даже у пожилых пациентов.

Выяснилось, что самыми частыми причинами кровотечения являлись хронические язвы желудка и 12-перстной кишки. Обе причины наблюдались у 38 больных, заранее была язва установлена только у 48 больных, а у 28 больных кровотечение оказалось первичным симптомом заболевания. Преимуществом фиберной гастроскопии перед рентгеновскими исследованиями является воз-

возможность точно дифференцировать кровотечения при язвах, эрозиях, геморрагических гастритах, расширениях вен пищевода, а также при редко встречающихся синдромах.

Из больных, оперированных на основе эндоскопической находки, в 97,5 % случаев установленный диагноз подтвердился, расхождения диагноза (2 случая) имели гипердиагностический характер.

ОБ АКТИВНОСТИ АМИЛАЗЫ В ЖЕЛЧИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ С ХОЛЕЦИСТИТОМ

Т.Звиргэдин, М.Селленд, IY курс
Научн. рук.: и.о. доц. А.Цэетсалу

Для изучения роли ферментов поджелудочного сока в развитии заболеваний желчного пузыря мы провели исследования желчи желчного пузыря на активность амилазы по оригинальной методике Смита-Роу, как наиболее чувствительного метода для определения амилазы желчи.

Нами произведено 34 исследования у больных из отделений гастроэнтерологической хирургии и общей хирургии Тартуской клинической больницы. Для сравнения обследована желчь на амилазу у 4 трупов, которые не имели патологических изменений в пищеварительном тракте.

Из 34 больных у 27 установлено хроническое заболевание желчного пузыря, из них в свою очередь в 16 случаях мы нашли амилазу в желчи желчного пузыря. Мы считаем важным, что у 5 из 6 больных с хроническим калькулезным холециститом выявлена амилаза в желчном пузыре.

Из 7 больных с острым заболеванием у 4 активность амилазы в желчном пузыре была положительная. Интересен тот факт, что из всех больных, у которых мы нашли амилазу в желчи желчного пузыря, у четвертой части наблюдались патологические изменения в поджелудочной железе. В желчи, полученной при 4 вскрытиях, мы амилазу в желчи желчного пузыря не обнаружили.

В заключение можно сказать, что ферменты поджелудочной железы могут иметь некоторое значение в возникновении заболеваний желчного пузыря.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕЦИСТИТОМ (1978-1980 гг.)

Т.Звиргэдин, М.Селленд, IУ курс
Научн. рук.: и.о. доц. А.Пэвтсалу

Целью нашей работы являлось изучение вопросов, связанных с болезнями желчного пузыря и их хирургического лечения за последние три года (1978-1980) и сравнение результатов с данными литературы. На основе изучения 252 историй болезни видим, что 183 (85%) больных было госпитализировано в плановом, 69 (15%) - в экстренном порядке. В отделении хирургической гастроэнтерологии ТКБ в эти годы поступило 71,2 % больных в возрасте до 60 лет с жалобами на желчный пузырь и старше 60 лет - 28,8%. По сравнению с данными Б.А.Петрова и Т.В. Шаак значительных различий не выявилось. Интересно заметить, что экстренные больные мужчины были старше женщин с этими же заболеваниями. Вообще преобладали больные в возрасте старше 60 лет. 20,2% из обследованных нами больных составляли мужчины и 79,8% - женщины, что соответствует и данным литературы (Г. Д.Мыш). Показанием оперативного лечения у плановых больных чаще всего являлся холелитиаз, а у экстренных больных - калькулезный холецистит. В 1978-1980 гг. избранным методом служила холецистэктомия. Билиодигестивные анастомозы как паллиативные методы использовались в 4,4 % случаев. Постоперативная летальность в этом отделении за рассматриваемый период составляла 2,38%, а по данным Г.Д.Мыш (1973), - 2,5%. Причинами смерти служили сопутствующие болезни.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРОКСИМАЛЬНОЙ, СЕЛЕКТИВНОЙ И СТВОЛОВОЙ ВАГОТОМИИ И ПИЛОРОПЛАСТИКИ

Р.Тиммер, В.Тооманн, IУ курс
Научн. рук.: асс. Р.Тару

С января 1977 г. по июнь 1980 г. исследовано 237 больных, госпитализированных в отделение гастроэнтерологии Тар-

туской клинической больницы с диагнозом язвы двенадцатиперстной кишки. Из них было 208 мужчин и 29 женщин. Сделано 57 операций стволовой ваготомии с пилоропластикой. У 168 больных произведена селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой, 12 больным — только селективная проксимальная ваготомия. Все больные оперировались в плановом порядке. Летальных исходов не было.

В работе наблюдалось три вида осложнений: 1) во время операции; 2) послеоперационные — через 12 дней после операции и 3) отдаленные результаты.

Из осложнений во время операции у одного пациента из группы со стволовой ваготомии наблюдалось повреждение селезенки, в результате чего сделана спленэктомия (1,8%). В группе с селективной проксимальной ваготомией у 3 из 168 больных была повреждена селезенка и сделана спленэктомия (1,8%), а у одного — поврежден пищевод.

Послеоперационные осложнения представляли собой панкреатит у 10 больных из 168 (6%) — из группы с селективной проксимальной ваготомией и у 2 больных из 57 в группе со стволовой ваготомией (3,5%). Из 168 человек с селективной проксимальной ваготомией у 7 наблюдалась дисфагия. В группе со стволовой ваготомией этого осложнения не наблюдалось, а также атонии желудка.

Отдаленные результаты: рецидивы язвы встречались у 2 пациентов из 365 в группе со стволовой ваготомией и у 4 больных из 168 (2,4%) — с селективной проксимальной ваготомией. Всем больным повторно проведена антрумэктомия. Дампинг-синдром в группе с селективной проксимальной ваготомией наблюдался у 5 человек из 168 (3,0%), а со стволовой ваготомией — у 1 больного (1,8%). Диарея установлена у 3 пациентов из 237 случаев.

Диарея и дампинг-синдром наблюдались в легкой и средней степени. Эти больные в лечении не нуждались.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГРАНИЦЫ РАКА ЖЕЛУДКА

Х. Яндвез, VI курс

Научн. рук.: асс. к.м.н. Э. Куус

Точное определение ракового поражения эзофагогастральной (ЭГ) зоны остается до сих пор, по мнению большинства авторов, камнем преткновения как для рентгенолога, так и для эндоскописта. Но хирургу для выработки плана операции очень важно знать состояние ЭГ зоны, чтобы выбрать трансабдоминальный, либо трансторакальный доступ к органу.

Как известно, в течение последних 20 лет основательно усовершенствовались как эндоскопический, так и рентгенологический методы исследования желудка.

Kriedemann с соавт. (1975) находит, что рентгенологический метод, благодаря возможности полипозиционного исследования, более надежен в исследовании ЭГ зоны, чем эндоскопический, не говоря уже об опухолях, стенозирующих ЭГ зону. Рентгенологически устанавливают утолщение стенки желудка точнее при субмукозно, интритеночно протекающей инфильтрации, которая не может дать никаких визуальных изменений (Pokisier с соавт., 1978).

Применение тонкого слоя танинобариевой взвеси (Э.М. Куус, 1966) показало особенно хорошие результаты в рентгенодиагностике изменений проксимального отдела желудка. Оказалось, что этот метод хорошо комбинируется с методом двойного контрастирования желудка (Э.М. Куус, 1980), который значительно повысил точность рентгенодиагностики желудка (Shirakabe, 1972, 1973; Laufer, 1976).

Задачей нашей работы было повысить точность рентгенологического определения проксимальной границы рака желудка, когда он сам находится в области тела или антрума желудка.

Мы даем больному 40 мл. танинобариевой взвеси (содержит 2% танина). При поворачивании больного в разные положения контрастное вещество равномерно покрывает всю поверхность желудка. Затем даем больному 1,5 г пищевой соды и столько же лимонной кислоты, разведенной в небольшой порции воды. Про-

должаём исследование обыкновенной бариевой взвесью, применяя разные позиции большого и низкий киловольтаж для определения толщины стенки желудка.

133 больных, госпитализированных в Тартуский городской онкологический диспансер, были направлены на рентгенологическое исследование для определения проксимальной границы рака желудка. Все больные прооперированы и материал исследован гистологически. Больные I группы (85) были исследованы как рентгенологически, так и эндоскопически. Рентгенологически правильный диагноз установлен у 63 больных, эндоскопически — у 60 больных. Больные II группы (48) были исследованы только рентгенологически. Рентгенологически определяемая проксимальная граница рака совпала с операционными данными в 34 случаях. Итак, нам удалось рентгенологически установить проксимальную границу рака желудка у 97 (73%) больных.

Считаем, что рентгенологический метод исследования ракового поражения ЭГ зоны не уступает эндоскопическому, а при определении толщины стенки инфильтративного поражения, и особенно, когда слизистая оболочка еще не поражена, повышает точность эндоскопического метода исследования.

СЛУЧАИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЭСТОНСКОЙ ССР В 1973-1978 ГОДАХ

К.Мики, А.Вьлумяги, III курс
Научн. рук.: доц. К.Кууль

В данной исследовательской работе использованы материалы регистра опухолей ЭССР, архива Тартуского и Таллинского онкологического диспансеров, Института экспериментальной и клинической медицины и Центрального статистического управления.

Согласно полученным данным: 1) в 1973-1978 гг. в республике зарегистрировано 829 случаев рака поджелудочной железы, из них 150 обнаружено при вскрытии, а в 268 случаях диагноз подтвержден гистологически, в 221 случае на основе клинической картины, лабораторных и рентгенологических исследований. Мужчин зарегистрировано 427, женщин — 402; 2) чаще всего за-

болевание раком поджелудочной железы (учитывая количество жителей данного района (города)) в Хийумааском, Выруском, Хаапсалуском, Тартуском и Йыгеваском районах. Города республиканского значения остаются во втором десятке.

Основательно исследовано 220 случаев заболевания; 3) из симптомов преобладали боли в верхней части живота, падение веса, желтушность, слабость, потеря аппетита. Часто встречались тошнота, рвота, запор и чесание кожи; 4) среднее время, которое потребовалось пациенту от начала заболевания до диспансеризации в онкологический диспансер, составляло 6,43 месяца. Среднее время нахождения больного в инфекционной больнице составляло 4,2 недели; 6) лечение и его эффективность, выявленные на 829 больных: а) симптоматическое лечение - 347 больных, среднее время жизни после установления диагноза 2,9 месяцев, в живых II пациентов; б) химиотерапия соответственно 29, 5,3, 3; в) паллиативная операция - 132, 6,2, 10; послеоперативная смертность - 17,26%; г) радикальная операция - 14, 6,7, 1, 44,33%; д) самым эффективным оказалось комбинированное лечение: паллиативная операция + облучение - средняя продолжительность жизни 8,8 месяцев; паллиативная операция + химиотерапия - 16,2 месяца; е) комплексное лечение - средняя продолжительность жизни - 13,9 месяцев.

МЕТОД ДВОЙНОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Ю.Кыверик, IУ курс

Научн. рук.: асс. к.м.н. Э.Куус

Прямая кишка до настоящего времени представляет собой объект не рентгенологического, а эндоскопического исследования. Но явные трудности для эндоскописта представляет обстановка, когда опухоль закупоривает просвет кишки. В этих случаях рентгенологическое исследование, а особенно с применением метода двойного контрастирования, дает гораздо больше информации о локализации, характере и охвате поражения.

Мы исследовали прямую кишку двойным контрастированием у 28 больных. После опорожнения в прямую кишку вводили воздух.

Производили снимки в разных позициях.

Из 28 больных с раком прямой кишки величина поражения правильно определена рентгенологически у 28, а эндоскопически - у 14 больных.

Двойное контрастирование является ценным диагностическим методом исследования и дает много полезной информации о величине ракового поражения прямой кишки.

С о д е р ж а н и е

АНАТОМИЯ

- А.Хаберман, Э.Жоне, А.Арак. К изучению адаптивных возможностей печени 3
- П.Арак, М.Хейнпалу. О формировании и топографии вен легких 4

МОРФОЛОГИЯ

- А.Левит. Реактивные гистологические изменения в щитовидной железе крысы при комбинированной операционной травме и введении простагландина E_2 . 6
- И.Писарев. Митотическая активность и синтез ДНК в ядрах эпителиальных клеток пищевода при экспериментальном повреждении внутренних органов у крыс 7
- В.Волк, Х.Сыстра, А.Унт. Пороки развития центральной нервной системы у детей по данным секционного материала за 15 лет (1966-1980 гг.)... 8

БИОХИМИЯ

- М.Вайну, М.Вийгимаа. Простагландин E_2 и Са-АТРаза мозга 10

ГИГИЕНА

- Т.Сакс, К.Туттелберг, С.Вяли. Изучение заболеваемости рабочих Тартуского опытного завода пластмассовых изделий 11
- Х.Тороп, И.Ванари, М.Варрик, Х.Тийслер. Особенности питания студентов 3-го и 4-го курсов медицинского факультета в весенний и осенний периоды года... 12
- М.Вейнберга. Учение Абу Али Ибн Сины о сохранении здоровья 13
- А.Талихярм. О развитии коронарной хирургии в Эстонской ССР 14

МИКРОБИОЛОГИЯ

Л.Левков. О лизоцимоустойчивых мутантах лактобацилл...	15
М.Антер, Р.Паал. Микрофлора ротовой полости при втор- профилактике кариеса	16
К.Кольц. О прикреплении лактобацилл к слизистой желу- дочно-кишечного тракта	17
А.Меос, У.Мерило, А.Риска, Л.Лаан. О сохраняемости бак- терицидного и спороцидного действия растворов "Этостерилья"	19
Ю.Вескер, М.Павал. Изучение изменчивости бактерий, про- являющейся под действием суббактериостатических доз растворов надуксусной кислоты	20
А.Горнишедд. О чувствительности к антибиотикам штаммов staphylococcus aureus, выделенных от микрообно- сителей	21
М.Клезбанд. Количественное определение бактериурии с помощью индикаторных бумажек	22

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

М.Фешин, В.Третьякова. О функциональном состоянии ве- гетативной нервной системы у студентов III курса медицинского факультета	24
Х.Луга, Т.Лоог, А.Кярп. Изменение внутрисосудистой аг- регации эритроцитов при действии этилового алко- голя	25
Л.Фиш, И.Флейдервиш, П.Милерман. Изменения внутрисосу- дистой агрегации эритроцитов при ацидозе	26
С.Семенков, Б.Мерлин. Изменения микроциркуляции при фи- зической работе в связи с тренированностью	27
Л.Вяре, Х.Вяре, Р.Хейнриксен. О влиянии метилового спирта на свертываемость крови	28

ФАРМАКОЛОГИЯ

Я.Ару. Противосудорожное действие аналогов гамма-ами- номасляной кислоты	29
А.Аренд. Противогипоксическое действие производных гам- ма-аминомасляной кислоты	30

Л.Калво, К.Коольмейстер, Э.Салувеэр. Влияние противопаркинсонных холиноблокаторов на эффекты, вызываемые дофамином, норадреналином и апоморфином в гладкой мускулатуре.....	31
---	----

ФАРМАЦИЯ

В.Вахар, Т.Алтсаар. Изучение химического состава эфирного масла ромашки аптечной	32
Ю.Реккер. Изучение влияния гамма-облучения семян на урожайность ромашки аптечной, на содержание эфирного масла и некоторых его компонентов.....	33
Э.Астель, В.Вахар, М.Тихане. Изучение влияния микроэлементов кобальта и марганца на урожайность ромашки аптечной, на содержание эфирного масла и некоторых его компонентов	34

ФИЗИОЛОГИЯ

П.Таба, Л.Выхмасте. Изменение ритма электроэнцефалограммы под действием фотостимуляции различной частоты	35
Р.Кяск, Х.Ляппель, Х.Оол. Об изменениях электрической активности изолированного сердца лягушки под влиянием различных ионов	36
А.Соосаар, П.Пудель, А.Пинтсаар. Возможные нейромедиаторные механизмы действия холецистокинина при его интрацеребро-вентрикулярном введении	37
П.Пудель, А.Пинтсаар, А.Соосаар, А.Талихярм. Роль опиатных рецепторов в механизме действия апоморфина	38
Т.Баркова. Активность альфа-амилазы и кислой фосфатазы в слюне человека в зависимости от некоторых внешних факторов	39
Т.Волькманн, А.Вийклепп. Регистрация скорости движения воздуха и дыхательного объема при форсированном вдохе и выдохе в виде кривой объем-объемная скорость	40
Э.Ватсар. Объективные и субъективные признаки утомления при локальной мышечной работе	41

Р.Кольк, К.Кизанд. Изменения концентрации электролитов в сыворотке крови и слюне в связи с их потерями потом и мочой при физическом напряжении	42
В.Тийсма. Эндокринные связи пищеварительного тракта между другими эндокринными органами	43
В.Тийсма. О свойствах слюны у больных гастроэнтерологического отделения	45

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ

Т.Тикк. Исследование рефракции глаз кролика различными методами	47
Т.Корстник. Результаты лечения врожденной катаракты по данным глазного отделения Тартуской клинической больницы (1975-1980 гг.)	48
К.Пакулин, М.Куузик. Состояние органа зрения с высокой близорукостью в различных возрастных группах....	49
Е.Коновалова, Т.Пахомова. Состояние органа зрения у студентов Таллинского педагогического института.	50
Г.Тихомирова, Е.Белинская, А.Гарковенко. О состоянии бинокулярного зрения у детей дошкольного возраста	51
М.Штейнберг, Х.Мурсеп. Свойства сухожильных швов при различных методах дублирования	52

НЕВРОЛОГИЯ

А.Орула. Инфаркт мозга в молодом возрасте	53
И.Калбе, Л.Ритсо. Исследование пульсации вен сетчатки у больных с повышением внутричерепного давления.	54
Э.Эрнитс, Т.Кроонманн. Фибринолитическая активность спинно-мозговой жидкости у больных с поражением головного мозга	55
Р.Ээлямяэ, Т.Липсток. Ангиографическая диагностика нарушений мозгового кровообращения	56
С.Лукас. Является ли болезнь Унтеррихта заболеванием эстонцев?	57

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

- Л. Рейер. О наличии опухолей носа и придаточных пазух по данным отделения уха, горла и носа Тартуской клинической больницы (1972-1979 гг.)..... 59
- Ю. Перемеас. О наличии добро- и злокачественных опухолей ушной раковины по данным отделения уха, горла и носа Тартуской клинической больницы (1972-1977 гг.) 60
- А. Кескюла. О наличии доброкачественных опухолей гортани по данным отделения уха, горла и носа Тартуской клинической больницы (1972-1979 гг.)..... 61
- М. Куль. О хроническом отите и его лечении по данным отделения уха, горла и носа Тартуской клинической больницы (1978-1979 гг.) 62
- М. Вельди. Об объективном определении обоняния больных с заболеваниями носа методом регистрации кожногальванической реакции 63
- М. Кирпсон. О добро- и злокачественных опухолях глотки.. 64

ПЕДИАТРИЯ

- Э. Рейсмаа, Э. Пярсим. Означение фибергастроскопии..... 66
- Ю. Кирсс, Л. Мулдия, Р. Унт. Сравнение результатов исследований интрагастральной рН-метрии и фракционного желудочного сока..... 67
- Н. Васильева, К. Пылдрю. Питание детей первых двух лет жизни в городе и на селе 68
- Э. Пюви. Диагностика и лечение абдоминальной формы геморрагического васкулита у детей 70
- Э. Ваарметс, Т. Пуусемп, Т. Оло, Х. Ряскас. Причины недостаточной прибавки в весе недоношенных детей 71
- М. Кьльвальд, С. Кургъярв, Т. Янисоо, У. Киппасто, М. Лотт. Отдаленные результаты лечения нефрита у детей ... 71
- М. Ванн, Ю. Руссак. Причины развития хронической пневмонии у детей 73

ПСИХИАТРИЯ

- А. Ноппель, А. Вибур. Клиническое действие лепонекса на больных шизофренией 74
- В. Лаан. Содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови психически больных 75

Р.Эриксоо, Э.Лоскит. Распределение больных с алкоголизмом, госпитализированных в Тартускую психоневрологическую больницу в течение 1881-1980 гг.....	76
С.Кургярв, Э.Рийсма. Клиника шизофрении детского возраста	77
М.Кюльванд, Ю.Круус. Об особенностях условий развития и воспитания детей невротиков	78
М.Васар, И.Мааринг. Об условиях роста и развития детей с умственной отсталостью.....	79
К.Пыхьяла, К.Лумисте. Психопатология церебрального паралича.....	80
Ю.Кернер, Я.Аусмеес, О.Васар. Сравнение неврофизиологического воздействия месапам и фенибута на больных неврозом.....	

СТОМАТОЛОГИЯ

Э.Ээрмаа, С.Пуусепп. Частота и клиническая картина заболеваемости пародонта у юношеского населения...	82
В.Принк. Аномалии зубо-челюстной системы, связанные с функциональными нарушениями.....	83
М.Сеэдре. Диагностика и лечение опухолей слюнных желез	84
М.Кирпсон, М.Тийс. Микрофлора одонтогенных воспалительных заболеваний и ее чувствительность к антибиотикам.....	85
Р.Лаботкина, М.Мандрат, Э.Нестор. Активность α -амилазы и кислой фосфатазы в слюне при заболевании пародонта у больных сахарным диабетом.....	86
Р.Лаботкина, М.Мандрат, Э.Нестор, И.Пуусепп. Содержание α -амилазы и кислой фосфатазы в слюне в зависимости от состояния слизистой оболочки рта у больных с гастритом и язвенной болезнью.....	87
Х.Хансар. Частота заболеваемости пародонта у юношеского населения г.Пайде и основные проблемы организации специализированной стоматологической помощи.....	88
М.Аллик, М.Хиндриксон. Сроки лечения больных с врожденными расщелинами губы и неба	90

Т.Отс, М.Рийтсалу. Эндотрахеальный наркоз у больных с врожденными деформациями челюстно-лицевой области.....	91
--	----

СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА

Я.Савка. Определение МАМ у легкоатлетов различной специализации	93
В.Коган, А.Коган. Динамика функционального состояния спортсменов по академической гребле в годичном тренировочном цикле.....	94
В.Винантов, М.Рагуля. Определение фракции изгнания левого желудочка сердца методом вентрикулографии и апекскардиографии.....	94
Г.Мякстениекс, А.Цирулис. Повреждения сумочно-связочного аппарата коленного сустава.....	96
В.Софилканич. Лечение посттравматического отека голени массажным аппаратом "КОПАДОВЕР".....	96
А.Малий. Сравнительная оценка механокардиографических методов при определении фазовой структуры сердечного цикла у здоровых.....	98

ТЕРАПИЯ

С.Тиганик. Анализ случаев ненасильственной смерти в Тартуском межрайонном отделении судебной медицины.....	99
Р.Льюке. О клинических особенностях атопического дерматита и факторах, способствующих течению заболевания.....	100
М.Михкелсоо. Наблюдения за лечением золотом больных ревматоидным артритом.....	101
К.Коппел, В.Богданов. Некоторые медико-социальные аспекты инвалидности больных ревматоидным артритом	102
Т.Мяртсон, А.Мяртсон. О динамике деятельности предсердий в зависимости от состояний сердечно-сосудистой системы.....	103
Э.Якименко. Об этиологических факторах больных атопической астмой и поллинозами.....	104

Р.Пяртел. Заболевания верхних дыхательных путей у больных бронхиальной астмой	I04
Л.Кухи. О чувствительности к туберкулину у впервые выявленных больных туберкулезом.....	I05
Ю.Лиллемяги, Э.Касе. Характеристика больных с впервые выявленным туберкулезом.....	I06

ХИРУРГИЯ

Ю.Колесников, Э.Вильсон. Реконструктивные операции на сосудах малого диаметра с применением микрохирургической техники в эксперименте.....	I08
Л.Ласн. Реабилитация реплантированных конечностей.....	I09
А.Пулгес, И.Осипова, Э.Лэсмент. Повторные реконструктивные операции на артериях нижней конечности....	II0
М.Вийгимаа, Э.Вильсон. О феморо-тибиальном шунтировании	III
А.Пулгес, И.Осипова, Э.Лэсмент. Повторные реконструктивные операции на аорто-феморальном сегменте....	II2
Т.Хермлин, А.Лийв, К.Осмскэску, С.Сахнюк, С.Тиганик, Э. Мартусевицус. Закрытие дефектов межжелудочковой перегородки через правостороннюю торокотомию (в эксперименте).....	II4
И.Мухчи, Б.Янковский. Исследование изменений головки бедренной кости при коксартрозе.....	II4
А.Алексеев, В.Авякян. Результаты пластики плечевого сустава по поводу привычного вывиха плеча.....	II6
Т.Звиргздин. Парентеральное питание (реферативный доклад).....	II7
И.Мийдла, А.Мартсон. Об изменениях внутренней оболочки желудка при ваготомии.....	II8
Э.Рахумаа, С.Сутт. Кислотопродукция и нейтрализующая функция желудка у больных с гастродуоденальными язвами по данным рН-метрии.....	II9
Э.Рахумаа, С.Сутт. Эффективность медикаментозной ваготомии у больных язвой двенадцатиперстной кишки....	II9
М.Суйтс, Х.Мыттус. Изменения желудочной секреции в ночные часы у больных язвой двенадцатиперстной кишки непосредственно после ваготомии в сочетании с пилоропластикой.....	I20

В.Тооме, Т.Ваасна. Трудоспособность больных язвой двенадцатиперстной кишки после органосохраняющих операций	I21
Я.Кирсс, М.Лухт, О.Васар. Кромодиагностическое фракционированное дуоденальное зондирование.....	I22
Я.Тяли. Эндоскопическая диагностика кровотечений верхнего отдела пищеварительного тракта.....	I23
Т.Звиргэдин, М.Селленд. Об активности амилазы в желчи желчного пузыря у больных с холециститом.....	I24
Т.Звиргэдин, М.Селленд. Результаты оперативного лечения больных с холециститом (1978-1980 гг.).....	I25
Р.Тиммер, В.Тооманн. Сравнительная оценка осложнений после проксимальной, селективной и стволовой ваготомии и пилоропластики.....	I25
Х.Рандвез. Возможности рентгенологического определения проксимальной границы рака желудка.....	I27
К.Микк, А.Вылумаги. Случаи рака поджелудочной железы в Эстонской ССР в 1973-1978 годах.....	I28
Ю.Кыверик. Метод двойного контрастирования при исследовании прямой кишки.....	I29

ТЕЗИСЫ СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПО
ГУМАНИТАРНЫМ И ЕСТЕСТВЕННЫМ НАУКАМ. 1981.

Медяница.

На русском языке.

Тартуский государственный университет.
ЭССР, 202400, г.Тарту, ул.Вяикооли, 18.

Ответственный редактор В. Сепп.

Подписано к печати 19.01.1982.

МБ 02927.

Формат 60x84/16.

Бумага писчая.

Машинопись. Ротапринт.

Условно-печатных листов 8,14.

Учетно-издательских листов 7,25.

Печатных листов 8,75.

Тираж 200.

Заказ № 252.

Цена 50 коп.

Типография ТГУ, 202400, г.Тарту, ул.Пялсона, 14.