

УДК 615.274.616.37-478

29. ПРЕМОРБІДНІ СТАНИ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ

Черняк С.Р., Івах О.В., Коваль Н.В. - студенти 5 курсу

(Тернопільський медичний інститут)

Науковий керівник: к.м.н., ас. Банадига Н.В.

Неухильний ріст захворюваності на бронхіальну астму серед дітей привертає увагу клініцистів. З метою з'ясування особливостей клінічного перебігу ядухи у дітей був проведений аналіз 90 історій хвороби у дітей віком від 3 до 14 років. Більшу частину пацієнтів склали хлопчики (75,2%). Серед обстежених в основному були діти шкільного віку, особливо у віці 11-14 років. 44,4% пацієнтів поступило до стаціонару у приступному, 41,2% - післяприступному і 14,6% - у міжприступному періодах. З однаковою частотою зустрічались атопічна та інфекційно-алергічна форми захворювання. Важкий перебіг бронхіальної астми у 1,5 рази частіше зустрічався при інфекційно-алергічній формі. У 65% хворих дітей приступи ядухи спостерігались більше 3 років.

Аналізуючи передумови виникнення бронхіальної астми в даній групі дітей, ми з'ясували, що майже у половині всіх хворих на першому році життя були прояви ексудативно-катаральної аномалії конституції (48,7%). При цьому вони мали різний ступінь вираженості: від локальних змін на шкірі до генералізованих форм атопічного дерматиту, дитячої екземи або нейродерміту. Важливим моментом у формуванні сенсibilізації організму було раннє (перші три місяці) переведення дітей на штучне вигодовування. Практично у більшості хворих перехід до штучного вигодовування співпадає з появою перших ознак атонії шкіри. Спадковість за алергічними хворобами виявлена обтяженою у 14,5% дітей.

Таким чином, дані проведеного аналізу дають підстави стверджувати, що профілактику бронхіальної астми слід проводити з перших днів життя. І першим моментом її є забезпечення немовляті раціонального природнього вигодовування.

УДК 614.71.643.722.5-007

30. ПОСТГЕРПЕТИЧНА НЕВРАЛГІЯ

Андрейчин Ю.М. - студент 6 курсу

(Тернопільський медичний інститут)

Науковий керівник: к.м.н., доц. Савчак В.І.

Відомо, що оперізуючий герпес має виражені нейротропні властивості

та уражає нервові ганглії, а це, в свою чергу, приводить до тривалого болю в ділянці відповідного сегмента після регресу висипки на шкірі.

Постгерпетична невралгія рідко розвивається у віці до 40 років, але після 60 років вона зустрічається у більшості осіб, котрі перенесли цю інфекцію. Біль має постійний пекучий характер, іноді проявляється у вигляді сильних приступів.

Тривалість постгерпетичної невралгії частіше не перевищує року, зрідка продовжується декілька років.

Вивчено історії хвороби 33 пацієнтів з постгерпетичною невралгією, з яких 6 були у віці 60-69 років, 12 - у віці 70-79 років, 15 - старші 80 років. Серед них чоловіків було 20, жінок - 13. У 27 хворих невралгія тривала до 1 року, а у 6 - довше.

Звичайну форму герпесу перенесли 24 пацієнти, геморагічну - 2, гангренозну - 7. У 31 особи спостерігався спінальний гангліоніт, а у 2 - офтальмогерпес.

Кращі результати отримано при використанні глюкокортикоїдів (не менше 40 мг преднізолону на добу до 3 тижнів) і аміотриптиліну (протягом 2 тижнів) в поєднанні з анальгетиками. Застосування одних анальгетиків було малоефективним і вимагало повторних курсів лікування.

УДК 616.37:616.13/14-06:516

31. ІНТЕНСИВНІСТЬ ТЕПЛОВОГО ПОТОКУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ГНЛ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ОБЛІТЕРУЮЧИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СУДИН НИЖНІХ КІНЦІВОК

Дерпак Ю.Ю. - студент 4 курсу
(Тернопільський медичний інститут)

Науковий керівник: к.м.н., ас. Кушнір Р.Я.

Застосовано випромінювання гелій-неонового лазера (ГНЛ) паралельно з традиційною терапією у пацієнтів з облітеруючим атеросклерозом судин нижніх кінцівок.

Контролем ефективності лазеротерапії служив новий неінвазивний метод, який ґрунтується на випромінюванні тепловіддачі (ТВ) тканин нижніх кінцівок. ТВ визначали з допомогою термодатчиків, дані ресструвалися графічно самописцем Н 3020-3.

Використовувалась лабораторна лазерна установка. В якості базового вибраний газовий лазер з довжиною хвилі 0,63 мкм та вихідною потужністю до 2 мВт.

Проведено курс лікування 25 хворих з периферичним типом оклюзії у