nal in the clinic of the Blood Circulatory Pathology Institute of the Health Ministry R. S. F. S. R. 96 cases of complications were observed. This article analyzes these complications and suggests recommendations on concrete examples of the decreasing of possibilities of operative and postoperative complications.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Колесов А. П., Кутушев Ф. Х., Мишура В. И. Паламарчук Т. В.* Грудн. хирургия, 1965, 3, стр. 27.
2. *Королев Б. А., Титов Л. Б., Охотин И. К., Дынник И. Б.* В кн.: Хирургическое лечение болезней сердца и сосудов. М., 1965, стр. 175.
3. *Кремлев Н. И.* Дисс. докт. Томск, 1969.
4. *Кутушев Ф. Х.* Диагностика и лечение открытого артериального протока. М., 1962.
5. *Мешалкин Е. Н.* В кн.: Тр. IX съезда хирургов УССР. Киев, 1960, стр. 473.
6. *Мешалкин Е. Н., Медведев И. А.* В кн.: Тр. I съезда хирургов Российской федерации. Л., 1959, стр. 524.
7. *Петровский Б. В., Соловьев Г. М.* Хирургия аорты и магистральных сосудов. М., 1964.
8. *Петровский Б. В., Кешишева А. А.* Хирургическое лечение открытого артериального протока. М., 1962.
9. *Углов Ф. Г.* Грудн. хирургия, 1959, 3, стр. 39.
10. *Углов Ф. Г., Пуглеева В. П., Яковлева А. М.* Осложнения при внутригрудных операциях. Л., 1966.
11. *Фуфин В. И.* Дисс. канд. Новосибирск, 1961.
12. *Glen W.* et al. Ann. Sarg., 1956, 143, 4.
13. *Greer A.* et al. Thor. Cardiovasc. surg., 1962, 43, 5.
14. *Owens J.* Soc. Int. chir., 1962, 3, 17, Swan 4.
15. *Antonius N.* et. al. J. Thoracic surg., 1956, 31, 3.

РЕФЕРАТЫ

УДК 616.89—008.481—053.2—085.213

М. Г. ЕГИЯН

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРАКТИВНЫХ ДЕТЕЙ НООТРОПИЛОМ И ЭНЦЕФАБОЛОМ

Под наблюдением находилось 62 больных (46 мальчиков и 16 девочек) в возрасте от 7 до 11 лет, основной причиной для стационирования которых явился синдром гиперактивности. Из них у 26 был установлен диагноз: синдром расторможенности на органически неполноценном фоне (аналогичен диагноз ММД с гиперактивностью), у 21— диагноз: синдром расторможенности у олигофрена (умеренная дебильность), а у остальных 15 больных с гиперактивностью нозологическая принадлежность не была установлена.

В однородных группах по 30 и 32 больных исследовались препараты ноотропил и энцефабол. Ноотропил назначался в дозе 1600 *мг*/сут.

в 4 приема, а энцефабол—500 *мг/сут.* (эквивалентная по $ЕД_{50}$ доза с ноотропилом).

Для чистоты результатов препараты назначались без комбинации с другими лекарствами. Эффективность оценивалась с конца 3-й недели стационирования. В процессе лечения, помимо оценки родителей и персонала, учитывались моторная активность больных, пассивное внимание, импульсивность и вегетативные реакции.

Проведенные исследования позволяют полагать, что оба ноотропных препарата благоприятно воздействуют на гипердинамический синдром (улучшение наблюдалось у 47 из 62) без побочных действий.

С точки зрения нозологической принадлежности ноотропил более эффективен, чем энцефабол в случаях с гиперактивностью на органически неполноценном фоне (12 и 6 соответственно), но в случаях с умеренно выраженной дебильностью энцефабол лучше, чем ноотропил, купировал гипердинамический синдром (10 и 4 соответственно). Оба препарата с одинаковой эффективностью купировали гипердинамический синдром без определенной нозологической принадлежности.

8 с., 2 табл., библиогр. 12 назв.
Ереванский государственный психо-неврологический диспансер
Поступила 7/VII 1983 г.

Полный текст статьи депонирован в ВНИИ медицинской и медико-технической информации за № Д-7941 от 8/VI 1984 г.

УДК 616.633.66

А. А. ТОПЧЯН, Р. Е. ШАХГАЛДЯН, Т. Г. САРКИСЯН

О СОЧЕТАНИИ САХАРНОГО И НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА

Представлены случаи редко встречающегося сочетания несахарного и сахарного диабета гипоталамического генеза. Особенностью являются трудности, связанные с дифференциацией нозологических единиц, симптомы которых совпадали.

Случаи показали, что во избежание ошибок каждый больной с подозрением на «гипоталамический синдром» должен быть подвергнут тщательному соматическому, неврологическому, эндокринологическому, рентгенологическому и другим обследованиям для исключения органического поражения внутренних органов, нервной системы, первичного поражения эндокринных желез и т. п.

Рекомендуется клиническое лечение.

5 с., библиогр. 7 назв.
II кафедра внутренних болезней
Ереванского медицинского института
Поступила 16/II 1984 г.

Полный текст статьи депонирован в ВНИИ медицинской и медико-технической информации за № Д-8381 от 30/VII 1984 г.