

что учитывая острое начало болезни и наличие болевого синдрома в животе дети первоначально, бригадами неотложной помощи, доставлялись для осмотра хирургом в областную детскую больницу.

Диагнозы, выставленные врачами при направлении в инфекционный стационар, были следующими: сальмонеллёз – у 18 (25,0±5,10%), острый гастроэнтерит – у 20 (27,8±5,28%), острый гастроэнтероколит – у 3 (4,2±2,35%), острый энтерит – у 8 (11,1±3,70%), острый энтероколит – у 5 (6,9±3,0%), ОКИ – у 12 (16,7±4,39%), ОРВИ – у 4 (5,6±2,70%), ротавирусная инфекция – у 2 (2,8±1,94%).

После осмотра дежурными врачами приёмного отделения инфекционного стационара диагнозы распределились следующим образом: сальмонеллёз – у 20 (27,8±5,28%), острый гастроэнтерит – у 19 (26,4±5,19%), острый гастроэнтероколит – у 9 (12,5±3,90%), острый энтерит – у 8 (11,1±3,70%), острый энтероколит – у 12 (16,7±4,39%), ОКИ – у 2 (2,8±1,94%), ОРВИ – у 2 (2,8±1,94%). Таким образом, в условиях приёмного отделения стационара была произведена определенная корректировка выставленных ранее диагнозов за счет синдромальной расшифровки диагноза ОКИ, увеличения случаев острого гастроэнтероколита, исключения ротавирусной инфекции и в двух случаях – ОРВИ. Диагноз сальмонеллёза на основании клинических проявлений и эпидемиологических данных был дополнительно выставлен лишь двум пациентам. Последующее динамическое наблюдение в условиях стационара и результаты бактериологического обследования позволили выставить диагноз «Сальмонеллёз» всем 72 пациентам.

Выводы. Диагностика сальмонеллёза у детей на догоспитальном этапе достаточно сложна и позволяет выставить этиологический диагноз лишь в 27,8% случаев. Для постановки окончательного клинического диагноза потребовалось бактериологическое обследование в условиях инфекционного стационара.

Литература:

1. Богуцкий, М.И. Сальмонеллёзная инфекция в современный период / М.И. Богуцкий [и др.] // Медицинская панорама, 2009. - №7. – С. 3-4.
2. Стринкевич, О.В. Современное течение сальмонеллеза у детей / О.В. Стринкевич, Н.В. Галькевич, А.П. Смаль // Актуальные вопросы этиотропной терапии при инфекционных заболеваниях у детей: тез. Респ. науч. семинара. – Минск: ДокторДизайн, 2010. – С. 98-100.

## **РЕАКЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ИМПЛАНТАЦИЮ МОДИФИЦИРОВАННОГО ФТОРОПЛАСТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

***Дудинская А.В., Юнаш С.С.***

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии  
Научный руководитель – ассистент Кудло В.В.

Актуальность. Использование для пластических целей синтетических полимерных материалов находит все более широкое применение в хирургической практике. Важнейшими критериями при подборе материала являются его биологическая инертность и химическая стойкость. Эти факторы обуславливают различные реакции организма и непосредственным образом влияют на результат хирургического вмешательства[1].

Цель – оценить реакцию брюшины на имплантацию модифицированного лекарственными веществами фторопласта-4.

Материалы и методы. Эксперимент проводился на белых лабораторных крысах (10 особей), массой 250-300г. Под кетаминным наркозом после подготовки операционного поля производилась срединная лапаротомия, имплантация фторопласта-4 в боковые каналы брюшной полости. Животные были разделены на 2 группы: 1 группа (контрольная), 2 группа (опытная). В контрольной группе имплантировался стерильный химически чистый волокнисто-пористый фторопласт-4, опытная группа – в брюшную полость помещался фрагмент фторопласта-4, пропитанного раствором кальция хлорида 10% и фотосенсибилизатором фторопластом. Размер материала составлял 0,5\*0,5\*0,2 см. На 30 сутки после операции животные выводились из эксперимента. Производился забор материала для гистологического исследования.

Результаты. На 30 сутки в 1 (контрольной) группе у всех животных вокруг полимерного материала определялось разрастание сальника с формированием соединительнотканной капсулы, в меньшей степени он врастал внутрь материала. Здесь же в незначительном количестве находились гигантские многоядерные клетки.

Во 2 группе (опытной) наблюдалась схожая морфологическая картина, однако происходила не только инкапсуляция полимера, но и прорастание внутрь фторопласта широких прослоек хаотически расположенных волокон соединительной ткани.

Выводы.

1. Фторопласт-4, пропитанный лекарственными веществами, через 30 дней после имплантации вызывает схожую воспалительную реакцию, как при имплантации чистого полимера .
2. Процесс адаптации тканей, окружающих фторопласт-4, ограничивается слабовыраженной пролиферацией клеточных элементов, образованием соединительнотканной капсулы.
3. Пропитывание лекарственными веществами фторопласта может способствовать более интенсивному прорастанию соединительной тканью.

Данные результаты подтверждают высокую химическую стойкость и биологическую инертность пропитанного лекарственными веществами фторопласта-4. Это позволяет говорить о возможности его использования в абдоминальной хирургии.

Литература:

1. Логинов, Б. А. Удивительный мир фторполимеров. — Москва, 2008. — 128 с

## **ОТНОШЕНИЕ ЖЕНЩИН К ЕСТЕСТВЕННОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

***Евсович В.А., Мушницкая В.В.***

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Тищенко Е. М

Актуальность. Грудное вскармливание - наилучший способ обеспечения роста и развития младенца. Лактация и грудное вскармливание ребенка