

ммоль/л приводила к практически полному гемолизу эритроцитов, при данной концентрации после центрифугирования осадка в пробирках не наблюдалось. Концентрации 50 и 25 ммоль/л приводили к гемолизу в 24,16% ($p < 0,05$) и 14,91% ($p < 0,05$), соответственно. При данных концентрациях полный гемолиз проходил не во всех пробирках и носил дозозависимый характер. Вместе с тем наличие гемолиза при данных концентрациях указывает на прямое токсическое действие NaHS на мембраны эритроцитов. Начиная с концентрации 10 ммоль/л и ниже, нами не получено данных о прямом повреждающем эффекте NaHS на эритроциты крыс. При проведении осмотической нагрузочной пробы с 0,45% раствором хлорида натрия в условиях разных концентраций NaHS выявлено, что степень гемолиза увеличивается с 17,61% в контроле до 83,5% ($p < 0,05$), 51,58% ($p < 0,05$), 48,09% ($p < 0,05$), 54,03% ($p < 0,05$), 39,65 ($p < 0,05$) при концентрации соединения в 100 мМ, 50 мМ, 25 мМ, 10 мМ, 5 мМ, соответственно. При использовании концентрации NaHS 1 ммоль/л в 0,45% растворе хлорида натрия степень гемолиза эритроцитов составила 24,15% и не отличалась от контроля ($p > 0,05$), что указывает на сохранение эритроцитами нормальной осмотической резистентности и отсутствии токсических эффектов гидросульфида натрия.

Таким образом, установлено, что гидросульфид натрия оказывает прямое повреждающее действие на мембраны эритроцитов в концентрациях выше 10 ммоль/л (судя по степени гемолиза в растворах с 0,9% NaCl). В концентрациях выше 1 ммоль/л NaHS снижает осмотическую резистентность эритроцитов (судя по уровню гемолиза в 0,45% NaCl). Снижение осмотической резистентности эритроцитов под влиянием концентраций NaHS выше 1 ммоль/л может отрицательно сказаться на течении патологических процессов и должно учитываться исследователями при проведении экспериментов *in vivo*.

АНАЛИЗ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Русак Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра детских болезней

Научный руководитель – асс. Карчевский А.А.

Актуальность. Хронические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, длительное время не диагностированные и протекающие без проведения соответствующего лечения, обуславливают снижение качества жизни, повышение заболеваемости и инвалидизации взрослого населения. Установлено, что формирование язвенной болезни (ЯБ) у 40-60% взрослых начинается в детском возрасте. По данным Нижегородской НИИ детской гастроэнтерологии распространенность ЯБ в России составляет $1,6 \pm 0,1$ на 1000 детского населения. Клинически данные заболевания проявляются болевым, диспепсическим и астеновегетативным синдромами [1].

Цель – Установить особенности болевого синдрома при хронических воспалительных заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Объект исследования – 48 детей в возрасте от 6 до 18 лет, находящиеся на стационарном обследовании и лечении в 6 отделении УЗ «Гродненская

областная детская клиническая больница» по поводу гастродуоденальных заболеваний с болевым синдромом: 1-ю основную группу составили 16 пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и 2-ю группу сравнения вошли 32 поступивших детей с хроническим гастродуоденитом (ХГД). Группы сопоставимы по возрасту и полу.

Для решения поставленной цели были использованы следующие методы: анамнестический, выборочный метод выкопировки – сведения из истории развития ребенка (ф. 112/у), выписки из роддома, клинический, лабораторно-инструментальный, морфологический и статистический метод.

Результаты. Пациенты двух групп в большинстве случаев предъявляли жалобы на болевой синдром. В основной группе в 75% случаев наблюдался выраженный болевой синдром, против 44% в группе сравнения ($p < 0,05$). У 2/3 пациентов с ЯБ боль локализовалась в эпигастриальной области, в мезогастррии и без четкой локализации по 12,5% случаев. Каждый второй ребенок с ХГД указывал на область мезогастррии, каждый четвертый на распространенный характер болевого синдрома и в эпигастрии в 18,75% случаев. В 62,5% случаев пациентов основной группы болевой синдром беспокоил вне зависимости от времени суток, тогда как пациентов группы сравнения лишь в 37,5% ($p < 0,05$). При ЯБ дети не дают четкого характера болевого синдрома: в 37,5% указывают как на колющий, так и давящий характер, в 12,5% описывают ноющие боли. 3/4 пациентов с ХГД характеризуют болевой синдром как «ноющий», в единичных случаях колющего, схваткообразного и жгучего характера. Дети основной группы указывают различную продолжительность болевого синдрома, но, как правило, не превышающей 2 часа, в то время как половина пациентов групп сравнения указывают на длительные эпизоды болей в животе. У основной части детей с ЯБ прием пищи приносил временное облегчение, в то время как у пациентов с ХГД в половине случаев усиливался болевой синдром и в половине случаев уменьшался.

Выводы. Таким образом, у детей с ЯБ выявлен преимущественно выраженный относительно кратковременный, не зависящий от времени суток болевой синдром, без четкого характера, уменьшающийся после приема пищи.

Литература:

1. Детские болезни: пособие для студентов учреждений высшего образования, обучающихся по специальности 1-79 01 02 «Педиатрия» /Н.С.Парамонова [и др.]. – Гродно: ГрГМУ, 2014. – 608с.

СТЕНОЗ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Русак И.В., Борсук А.А., Рубель А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Плоцкий А.Р.

Актуальность. Стеноз цервикального канала – редкое явление в практике акушера-гинеколога. Все случаи непроходимости цервикального канала делятся на врожденные и приобретенные. Среди важных этиологических факторов приобретенной непроходимости шейки матки являются инфекционные процессы и оперативные вмешательства.