

Литература:

1. Клиническая оценка мочевого синдрома у детей: учебно-метод. пособие / З.А. Станкевич [и др.]. – Минск: БГМУ, 2003. – 24 с.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Михаловская М.Г., Мысливец И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – Мокров Ю.В.

С 60-х годов XX столетия наметился рост распространенности аллергических заболеваний среди взрослого и детского населения, который продолжается в последние годы и представляет большую медико-социальную проблему [1,2]. По данным эпидемиологических исследований, хотя бы один раз на протяжении жизни острая аллергическая реакция (ОАР) наблюдалась у 15–25% населения [3,4].

Цель исследования. Изучение особенностей контингента лечившихся в стационаре по поводу острых аллергических заболеваний.

Материал и методы. Источником информации послужили «Статистические карты выбывшего из стационара» терапевтического отделения одной из городских больниц Республики Беларусь. Произведена сплошная выборка лечившихся на протяжении года с диагнозом «Острые аллергические реакции» (шифр J, T по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра).

Результаты. Контингент лечившихся по поводу ОАР преимущественно сформирован из лиц женского пола (65,5%), мужчины составили 34,5%, $p < 0,05$. Выявлено различие частоты госпитализации в зависимости от возраста. Наибольшая интенсивность прослеживается у лиц в возрасте 20–29 лет (18,3%) с последующим снижением в каждом 10-летнем возрастном интервале. В целом среди госпитализированных дети в возрасте до 18 лет составляют 9,2%, а лица в трудоспособном периоде – 55,2%. На пенсионный возраст приходится 35,6%. Характерно, что среди работающих преобладает контингент, занятый преимущественно умственным трудом (31,0%), в 1,5 раза меньше заняты на физических видах труда (20,7%), у остальных (3,5%) – смешанный труд. Каждый десятый госпитализированный с исследуемой патологией является инвалидом.

У большинства пациентов ОАР проявилась крапивницей (43,7%), у 31,0% – по типу отека Квинке и у 23,0% больных наблюдалось сочетание этих двух форм. Преобладали ОАР средней степени тяжести (94,3%), легкая зарегистрирована у 3,4% и тяжелая – у 2,3% госпитализированных. Этиологический фактор уточнен лишь у каждого третьего. Среди них по убывающей расположились укусы насекомых, лекарственные препараты, пищевая аллергия и бытовая химия.

Кроме основного заболевания, у 2/3 имелась сопутствующая патология, которая в основном представлена 4-мя классами болезней. У каждого второго пациента зарегистрированы болезни системы кровообращения (51,1%), почти у каждого третьего (32,0%) – болезни органов пищеварения, у каждого 8-го – болезни мочеполовых органов (12,8 %) и у каждого 50-го – болезни органов дыхания (2,1%). Как показали результаты исследования, все пациенты направлены врачом скорой помощи и доставлены в стационар преимущественно в первые 6 часов от начала заболевания (71,3%).

Наибольшая интенсивность госпитализаций приходится на летние (44,8%) и весенние (26,4%) месяцы, а по дням недели – на понедельник (19,5%), среду (18,4%) и четверг (18,3%).

Расхождение диагноза направившего учреждения и окончательного диагноза в стационаре составило 11,5%.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре с ОАР составила $4,3 \pm 0,1$ дня, различаясь по полу (мужчины – $3,0 \pm 0,3$, женщины – $4,6 \pm 0,2$ дня, $t = 4,4$).

Однако более половины пациентов (55,2%) выписываются в первые три дня, а 7,9% – спустя 10 дней и более с момента поступления.

Исход лечения благоприятный: у 21,8% отмечено выздоровление, у остальных (78,2%) – улучшение состояния здоровья.

Таким образом, при планировании медицинской помощи необходимо учитывать особенности госпитализации лиц, страдающих аллергическими реакциями.

Литература:

1. Клинические рекомендации. Аллергология / под ред. Р.М.Хаитова, Н.И.Ильиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 240 с.

2. Лазарева, Д.Н. Лекарственная аллергия /Д.Н.Лазарева, В.В.Плечев, Е.К.Алехин. – Уфа: Башк. гос. мед. ун-т, 2000 – 103 с.

3. Паттерсон, Р. Аллергические болезни: диагностика и лечение / Р.Паттерсон, Л.К.Грэммер, П.А.Гринбергер//Перевод с англ., под ред. акад. РАМН А.Г.Чучалина (гл. ред.), чл.-корр. РАМН И.С.Гушина (отв. ред.). – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2000. – 768 с.

4. Пищевая аллергия и пищевая непереносимость: Справочник. – М.: Знание, 2001 – 124 с.

ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПЛОДОВ, РАЗВИВАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ХОЛЕСТАЗА МАТЕРИ Михальчук И.И.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии
Научный руководитель – д.б.н., профессор Мацюк Я.Р.*

Установлено, что нарушение энтерогепатической циркуляции желчи (холестаз) в период беременности приводит как к задержке физического развития потомства, так и его органогенеза [1]. В желудке крысят, родившихся в условиях холестаза, уже на 15-е сутки после рождения имеет место уменьшение толщины слизистой, меньшая развитость собственных желез и образующих их экзокриноцитов. Изменены и их цитохимические свойства [2]. Проявятся ли эти изменения во внутриутробном периоде развития – не известно. В связи с вышеизложенным была поставлена цель – изучить, применяя гистологические и гистохимические методы, у плодов крыс с экспериментально вызванным на 17-е сутки беременности подпеченочным обтурационным холестазом структурные и цитохимические особенности слизистой донного отдела желудка и ее железистого аппарата.

Проведенными исследованиями установлено, что слизистая оболочка дна желудка 19-суточных плодов, развивающихся в условиях холестаза, тоньше, чем у контрольных животных, а образующие ее складки отличаются небольшими размерами. Количество и глубина желудочных ямок на поле зрения также снижаются (ув. $\times 200$, $p < 0,0001$), а ядра в однослойном призматическом эпителии располагаются на разных уровнях.

Реже чем в контроле у основания желудочных ямочек, в виде почек закладываются собственные железы, представленные немногочисленными мелкими клетками, выделяющихся базофильной окраской цитоплазмы. Среди них изредка обнаруживаются клетки более крупных размеров, отличающихся разной степенью оксифилии цитоплазмы. Это дифференцирующие париетальные экзокриноциты. Их количество в железе составляет $0,4 \pm 0,1$ при $1,7 \pm 0,1$ в контроле, $p < 0,0001$. Их окружают более мелкие клетки – образующиеся главные, добавочные и шейные экзокриноциты.

Активность СДГ, ЛДГ, НАДН-ДГ в эпителиоцитах слизистой оболочки, как и в мелкоклеточной популяции закладывающихся собственных желез, снижена. Довольно низкая активность ферментов отмечена и в дифференцирующихся париетальных экзокриноцитах. Продукты реакции в них крупноглыбчатые и неравномерно распределены по цитоплазме. В поверхностно-ямочных эпителиоцитах усиливается фоновая окраска на гликопротеины и сиаломуцины. Мукоциты при окраске на гли-