

гадами скорой помощи (78%), переведены из других стационаров – 17,1% и 4,9% направлены врачами поликлиник.

У всех больных были гастроинтестинальные формы сальмонеллеза. Легкая форма – у 2,4% больных, среднетяжелая – у 75,6% и тяжелая у 22%. Инкубационный период в среднем составил  $1,4 \pm 0,08$  дня. Лихорадка наблюдалась у  $70,8 \pm 2,75\%$  больных, из них в  $25,3 \pm 2,6\%$  случаев с ознобом. Продолжительность лихорадки составила  $3,7 \pm 0,2$  дня. Нормотермия встречалась в  $29,3 \pm 2,6\%$  случаев. Боли в животе беспокоили  $78,04 \pm 2,1\%$  больных, локализовались в эпигастрции ( $34,1 \pm 2,8\%$ ), в мезогастрии ( $43,9 \pm 2,54\%$ ), в мезогастрии и подвздошной области в  $9,7 \pm 1,23\%$  случаев. Выраженная слабость была у 77,8% больных, тошнота  $56,1 \pm 2,88\%$ , рвота –  $56,9 \pm 2,92\%$ . Диарея имела место у всех больных, стул пенистый, с зеленью – у  $68,3 \pm 2,64\%$ , частотой более 10 раз в сутки у  $59,0 \pm 2,89\%$ .

Содержание лейкоцитов в периферической крови в среднем составляло  $6,2 \pm 0,88 \cdot 10^9$ , палочкоядерных –  $18,0 \pm 0,62\%$ , сегментоядерных –  $53,3 \pm 1,44\%$ . Повышенная СОЭ имела место в  $20,3 \pm 1,43\%$  случаев. В 63,29% случаев сальмонеллез был вызван *S.enteritidis*, в 36,0% – *S. typhimurium*, в остальных случаях – редкими штаммами.

**Заключение.** В эпидемический процесс при сальмонеллезе вовлекаются в основном рабочие и колхозники, принимающие пищу в обеденное время вне дома. Факторами передачи служат яйца и курятину. Клинически преобладают среднетяжелые формы сальмонеллеза с типичной клиникой. По этиологии сальмонеллез в 63,29% случаев представлен *S.enteritidis*, в 36% случаев – *S. typhimurium*.

Литература:

1. Богуцкий, М.И. Сальмонеллезнная инфекция в современный период / М.И. Богуцкий [и др.] // Медицинская панорама, 2009. – №7. – С. 3–4.
2. Дмитраченко, Т.И. Сальмонеллезы, клинико-эпидемиологические и микробиологические аспекты терапии / Т.И. Дмитраченко, В.М. Семенов. – Витебск : издво ВГМУ, 2001. – 148 с.

## АНАЛИЗ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Рудская Е.В., Курбат М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биохимии

Научный руководитель – к.м.н. Курбат М.Н.

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) довольно распространенное заболевание. По данным European Renal Association (ERA-EDTA) Registry, в среднем она может быть оценена как 100-250 случаев на миллион населения. ХПН – симптомокомплекс, обусловленный резким уменьшением числа и функции нефронов, приводящий к нарушению деятельности всех органов и систем. Гемодиализ – основной метод лечения больных с ХПН.

**Цель данной работы** – анализ биохимических показателей сыворотки крови пациентов с ХПН. Особое внимание уделялось индикаторам структурного и функционального состояния клеток печени: концентрация мочевины до и после сеанса диализа, холестерола, активности аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ) в сыворотке крови.

В работе использовались данные из историй болезней больных ХПН в терминальной стадии с клиническими формами 2А и 2Б, любезно предоставленные заведующей отделением программного гемодиализа Берёзовской ЦРБ Горустович Н.Н., с участием медицинской сестры Нестеренко С.В.

Программный гемодиализ назначен 31 пациенту в возрасте от 27 до 72 лет, из них мужчин – 11, женщин – 20.

Причиной развития терминальной стадии ХПН у пациентов Берёзовской ЦРБ послужили следующие заболевания: 25% – хронический пиелонефрит (15,62% с ис-

ходом в нефросклероз); 25% – поликистоз почек (3,125% с исходом в нефросклероз); 18,75% – хронический гломерулонефрит (12,5% с исходом в нефросклероз); 31,25% – другие заболевания почек (диабетическая нефропатия; хронический интерстициальный нефрит с исходом в нефросклероз; гипоплазия обеих почек; стеноз почечных артерий, нефроангиостеноз; амилоидоз почек с исходом в нефросклероз; синдром Рейно и др.).

Проанализировав биохимические показатели сыворотки крови, можно сделать следующие выводы: концентрация мочевины в сыворотке крови перед диализом – 23,942 +/- 5,7 ммоль/л – уремия, связанная с затруднением её выделения почками и, по неизвестным причинам, усилением её продукции печенью; концентрация мочевины после диализа – 11,176 +/- 5,7 ммоль/л – на верхней границе нормы, что демонстрирует качество и эффективность гемодиализа; активность АсАТ – 17,52 +/- 5,7 ед/л – в норме, активность АлАТ – 15,196 +/- 5,7 ед/л – в норме, что говорит о том, что деструкции клеточных мембран гепатоцитов не происходит (ферменты внутриклеточные органоспецифические), несмотря на сильнейшую интоксикацию организма. В подтверждение этого свидетельствуют коэффициент де Ритиса составляет 1,15 и данные о концентрации холестерола – 4,84 ммоль/л, находящиеся также в пределах нормы.

Динамический контроль уровня мочевины, АлАТ, АсАТ, холестерола и др. биохимических показателей крови позволяет составить четкое представление о состоянии гепатоцитов, о прогрессировании ХПН, предположить прогноз развития заболевания и назначить активные методы лечения, к которым относятся различные способы внепочечного очищения крови и трансплантация почки. Наиболее приемлемым способом очищения крови является гемодиализ, с помощью которого можно продлить жизнь больного ХПН более чем на 15 лет.

Литература:

1. Ткачук, В.А. Клиническая биохимия. / В.А. Ткачук. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Гэотар-Мед., 2004. – 512 с.
2. Камышников, В.С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике / В.С. Камышников. – М.: МЕДПресс-информ, 2004. – 920 с.

## ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

Рукан Т.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – преп. Пашко А.К.

Электронная медицинская карта, – звучит, по меньшей мере, странно, но если попытаться задуматься хоть на секундочку: «А что это такое?» и «Есть ли в этом необходимость?», – сразу становится понятным, какую огромную помочь медицине может оказать в наше время элементарная информатика.

Медицина тесно связана с накоплением и обработкой информации, ведь только анализируя многочисленные исследования и общее состояние определённой группы населения, можно быстро и точно определять результативность того или иного метода лечения, находить новые и более эффективные способы решения той или иной проблемы.

Так что же представляет собой современная электронная медицинская карта? Это та же самая карта, которую имеет каждый гражданин в нашей стране, но только в более удобном, электронном виде. Таким образом, она может находиться везде, где есть компьютер и где есть потребность вносить информацию в карту пациента.