

конечно, могут поднять вопрос о миграции закрепленного населения, но в любом случае вопрос о достоверности количества обслуживаемого закрепленного населения и соответственно нагрузки посещений на поликлинику с учетом врачебных ставок остается.

Также, к сожалению, в «Инструкции о оказании медицинской помощи» не оговорено время прикрепления к учреждению здравоохранения. Когда время прикрепления может регулироваться документами, такими как договор найма или временная регистрация, вопросов не возникает, хотя и тут есть проблема в том, что согласно действующей инструкции пациент для регистрации должен предъявить только паспорт, и предъявление других документов – это только «доброе волеизъявление пациента». Это к вопросу о достоверности проживания пациента по заявленному адресу.

Но многие живут семьями, и в семье один из родственников может быть не прописан, при этом постоянно проживать в зоне обслуживания поликлиники. И, как правило, возникают вопросы о длительности прикрепления данной категории пациентов (с целью снижения документооборота, доступностью медицинской помощи и избеганию конфликтных ситуаций, хотелось бы чтобы данные вопросы решались каждый раз не в индивидуальном порядке, а были определены нормативно). В связи с вышеперечисленным, хотелось бы обратить внимание на необходимость доработки документа, регулирующего прикрепление пациентов к амбулаторному медицинскому учреждению, тем более в рамках действующего закона от 07.05.2021 №99-3 «О защите персональных данных».

Гаевская Е.А.¹, Тихон Н.М.¹, Глазев А.А.², Клиса С.Д.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

² Гродненский государственный университет им. Янки Купалы, Гродно, Беларусь

СОДЕРЖАНИЕ ТАУРИНА В СТУЛЕ МЛАДЕНЦЕВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

Актуальность. Желчные кислоты имеют решающее значение для переваривания и всасывания липидов и жирорастворимых витаминов,

однако продолжают появляться доказательства, подтверждающие дополнительную роль желчных кислот в качестве сигнальных молекул. После синтеза из холестерина в печени первичные желчные кислоты превращаются во вторичные кишечной флорой, что способствует разнообразию пула и делает состав желчных кислот очень чувствительным к изменениям в микробиоте кишечника. Предполагается, что по содержанию различных метаболитов в стуле можно косвенно судить о составе микробиоты кишечника. В свою очередь в ряде исследований описана разная метаболическая активность семейств кишечных бактерий. В ряде работ авторы приводят данные о том, что у детей с воспалительными заболеваниями кишечника отмечались высокие уровни концентрации желчных кислот, особенно тауриновых конъюгатов. Различные желчные кислоты оказывают разное влияние на воспалительную реакцию и проницаемость кишечника, что требует тщательного изучения.

Цель. Изучить содержание таурина в стуле у младенцев в зависимости от вида вскармливания.

Методы исследования. Работа выполнялась на базе УО «Гродненский государственный медицинский университет» и УО «Гродненский государственный университет имени Янки Купалы», научно-исследовательская лаборатория «Биохимии биологически активных веществ». Для участия в исследовании был отобран 31 ребенок в возрасте от 1 месяца до 1 года. Качественное и количественное определение свободных аминокислот и их дериватов осуществляли методом ВЭЖХ с помощью жидкостного хроматографа HP-Agilent 1100 (Agilent Technologies, США).

Результаты и их обсуждение. Всего в исследование случайным образом был отобран 31 ребенок. 71% детей ($n=22$) были на грудном вскармливании и 29% ($n=9$) на искусственном вскармливании. Достоверная корреляционная связь была выявлена между типом вскармливания и концентрацией таурина в стуле. У детей на искусственном питании были достоверно более низкие цифры таурина ($r=0,36$, $p=0,048$), чем у детей на естественном вскармливании. У детей на грудном вскармливании медиана концентрации таурина составила 1,43 мкМоль/г (0,45–4,57), в то время как на искусственном вскармливании была равна 0,29 мкМоль/г (0,03–1,35).