

с контрольной группой. Толщина средней оболочки составила 90.5 ± 0.05 мкм. . Складки внешней эластической мембраны оказались более гладкими, чем у контрольной группы.

На 90-й день эксперимента было отмечено утолщение эластической мембраны внутренней оболочки брюшной аорты у группы, подвергнутой эвтаназии, по сравнению с контрольной группой, и средняя толщина составила 4.25 ± 0.06 мкм.

К этому моменту эксперимента было отмечено снижение количества гладких мышечных клеток в средней оболочке по сравнению с другими периодами эксперимента и контрольной группой; их среднее количество составило 6.8 ± 0.08 мкм.

Выводы. При экспериментальной гипокинезии и метаболическом синдроме наблюдается утолщение внутренней эластической мембраны стенки брюшной аорты, снижение толщины средней оболочки и уменьшение количества гладких мышечных клеток в стенке сосуда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эффективность ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента при коронарной микроваскулярной дисфункции: систематический обзор и мета-анализ рандомизированных клинических испытаний. / М.Р. Абузид, С. Эльдхатури, С.М. Эльшафеи, С. Деви [и др] // Cureus. – 2024. Т.16. – С. 52-68.

2. Ахмед, А. Периваскулярная жировая ткань и тонус гладкой мускулатуры сосудов: друзья или враги? / А. Ахмед, А. Биби, Ф. Фузи // Клетки. – 2023. – Т. 12. – С. 9-11.

3. Периваскулярная жировая ткань в функции и заболеваниях сосудов. / Н.К. Браун, З. Чжоу, Дж. Чжан, Р. Зенг [и др] // Артериосклероз, тромбоцитарная биология и васкулярная биология. – 2014. – Т.34. – С.1621–1630.

КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСТРОЙ БОЛЬЮ В ЖИВОТЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Худовцова А.В.¹, Парамонова Н.С.²

*Гродненская областная детская клиническая больница¹,
Гродненский государственный медицинский университет²*

Актуальность. Боль в животе является частой жалобой в детском возрасте. Абдоминальным болевым синдромом у детей может дебютировать более 100 различных заболеваний, что осложняет дифференциальную диагностику. До настоящего времени в Республике Беларусь отмечается нечеткий алгоритм оказания первичной медицинской помощи детям с острой болью в животе [1, 2].

Цель. установить структуру острых абдоминальных болей и проанализировать качество экстренной и неотложной помощи детям с острой болью в животе на примере УЗ «ГОДКБ».

Методы исследования. Согласно критериям включения и исключения, проведен анализ результатов обследования и лечения 750 пациентов, доставленных в приемное отделение УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с острыми неспецифическими болями в животе, за период 2016–2021 гг. Средний возраст Me (LQ;UQ) составил 8,0 (2,0;17,0) лет.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета статистического анализа Statistica 9,0 корпорации Stat Soft Inc (США).

Результаты и их обсуждение. Из 750 пациентов в хирургическое отделение госпитализировано – 690 детей, в соматические – 60. Оперировано, в связи с невозможностью исключить хирургическую патологию только 35 (4,6%) пациентов.

Дети, не нуждавшиеся в оперативном лечении, находились в хирургическом стационаре с такими диагнозами, как неспецифический брыжеечный лимфаденит 5%, кишечная колика 8%. В соматический стационар дети были госпитализированы с острым гастроэнтеритом (11,0%), инфекцией мочевыводящих путей (3,0%). После обследования 41,4% родителей отказались от дальнейшего нахождения в стационаре (койко–день пребывания таких детей составил 2 ± 1 день), они были выписаны под амбулаторное наблюдение педиатра. 54,0% пациентов осмотрены и обследованы в условиях приемного отделения и отпущены домой сразу из приемного отделения врачами стационара, т.е. часть детей была привезена в больницу напрасно. Скорая медицинская помощь доставляет в стационары различного профиля 80% обратившихся по поводу острой боли в животе. Необоснованная госпитализация при этом составляет 28–67%, непрофильная госпитализация с последующей перегоспитализацией пациентов достигает 22% от всех доставленных в стационар детей. Следствием этой тактики является увеличение временного интервала до оказания пациентам специализированной квалифицированной медицинской помощи, а также избыточные расходы на здравоохранение. В хирургическом вмешательстве нуждаются не более 1–8% доставленных в стационары детей.

Выводы. 1. В хирургическом вмешательстве нуждаются не более 1–8% доставленных в стационары детей.

2. Необоснованная госпитализация пациентов с острым абдоминальным синдромом в условиях УЗ «ГОДКБ» составляет 41,4%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медведева, Е. А. Маски абдоминальной боли у детей дошкольного и раннего школьного возраста / Е. А. Медведева, А. И. Хавкин // РМЖ. Мать и дитя. – 2023. – № 6 (2). – С. 175–183.

2. Raymond, M. Diagnosing and managing acute abdominal pain in children / M. Raymond, P. Marsicovetere, K. De Shaney // JAAPA. – 2022. – Vol. 35 (1). – P. 16–20.

САЊІТАРНА–МЕДЫЦЫНСКІЯ АСПЕКТЫ АБМЕНА ПАЛОННЫМІ Ў 1921 Г. У ПАВЕДАМЛЕННЯХ ПАЎЛА КЛІНГЕРА

Ціхаміраў А. У.

Гродзенскі дзяржаўны музей гісторыі рэлігіі

Актуальнасць. Гісторыя медыцыны Беларусі ў 1920–1930–я гг. з’яўляецца важнай навуковай праблемай, якая мае таксама значны патэнцыял у выхаваўчым працэсе.

Мэта. Даследванне санітарна–медыцынскага аспекта абмена ваеннапалоннымі паміж Савецкай Расіяй і Польшчай ў 1921 г. на прыкладзе пункта абмена палоннымі ў Баранавічах у паведамленнях урача Паўла Клінгера.

Метады даследвання. Пры даследванні дадзенай тэмы былі выкарыстаны агульнанавуковыя, гісторыка–генетычны і параўнальна–гістарычны метады.

Результаты і іх абсуджэнне. З сакавіка 1921 г. адбываўся працэс абмена ваеннапалоннымі паміж Савецкай Расіяй і Польшчай у рамках заключаных пагадненняў. Адзін з пунктаў абмену быў арганізаваны ў Баранавічах. Сведкам работы гэтага пункта быў урач Павел (Пінхас) Клінгер (1894–1943), спецыяліст у галіне ўралогіі, венералогіі і сексалогіі. З верасня 1939 г. ён жыў у Гродне, а з 1941 г. быў вязнем гродзенскага гета [1, с. 81].

У сакавіку і красавіку 1921 г. П. Клінгер знаходзіўся ў Баранавічах. 18 красавіка 1921 г. выйшаў яго артыкул з падрабязным апісаннем санітарна–медыцынскіх аспектаў працэса абмена ў адносінах да савецкіх і польскіх ваеннапалонных. Між іншым ён пісаў: “Кожны надыходзячы транспарт з палоннымі, якія вяртаюцца з няволі ўрачыста вітаецца на чыгуначным вакзале ген. Білевічам, афіцэрскім корпусам і вайсковым аркестрам. Пасля кароткага вітання з боку генерала, які віншуе іх шчырымі словамі са шчаслівым вяртаннем у краіну, прыбыўшыя пад музыку перадаюцца ў спецыяльна створанае сартавальнае бюро, у якім ўрач іх падзяляе на здаровых і хворых. Хворыя накіроўваюцца адразу ў бальніцу, а здаровыя партыямі па 100 чалавек – у лазню, якая знаходзіцца побач з сартавальным бюро. У лазні палонных мыюць, стрыгуць і пазбаўляюць ад вошаў. Іх абмундзіраванне, калі яшчэ яно ёсць, перадаецца для дэзінфекцыі, у супрацьлеглым выпадку – яны атрымліваюць зусім новае ад інтэндантуры пункта абмена палоннымі. Дадаткова атрымліваюць чыстую бялізну. Пасля купання скіроўваюцца ў спецыяльна створаныя для прыбыўшых баракі, якія ўтрымліваюцца ва ўзорнай чысціні, маюць электрычнае асвятленне і добра вентыліруюцца. Тут кожны з іх