

## В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

*Ковалёва А. А., Буркина Я. А.*

Научный руководитель: к.м.н., ассистент И. Э. Бовбель

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

### **Введение**

Острые респираторные инфекции (ОРИ) являются наиболее распространенными в детском возрасте, доля вирусов в этиологии составляет 90 %. Наиболее высокая заболеваемость респираторными инфекциями наблюдается среди детей дошкольного возраста, в среднем на одного ребенка приходится до 5 случаев ОРИ в год. В настоящее время в арсенале врача-педиатра имеется большой выбор лекарственных средств для лечения воспалительных заболеваний дыхательных путей — противовирусные, антибактериальные, жаропонижающие, противокашлевые и др. С этих позиций является актуальным их рациональное применение.

### **Цель**

Проанализировать применение лекарственных средств различных групп для лечения острых респираторных инфекций у детей дошкольного возраста в амбулаторной практике педиатра.

### **Материалы и методы исследования**

На основании данных, представленных в 130 историях развития ребенка (ф.112/у), нами проанализировано 349 случаев ОРИ у детей в возрасте 2–6 лет, обратившихся за оказанием медицинской помощи в амбулаторные учреждения здравоохранения за период январь – декабрь 2012 г.

### **Результаты исследования**

Получены результаты исследования, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Лекарственные средства различных групп и частота их назначения для лечения ОРИ у детей дошкольного возраста в амбулаторных условиях

Лекарственные средства	Частота назначения, %
Влияющие на кашель	68,8
Антибиотики	48,1
Для местного лечения	39,3
Гомеопатические	18,9
Противовирусные	16,9
Жаропонижающие	26,1
Антигистаминные	8,9

### **Выводы**

1. В структуре заболеваемости ОРИ преобладает острая инфекция верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (J 06.9) — 34,4 %.

2. Наиболее часто в лечении детей с ОРИ назначаются три группы лекарственных средств — противокашлевые (68,8 %), антибактериальные (48,1 %) и для местного лечения (39,3 %).

3. С позиций вопроса лекарственной «нагрузки» на организм обращает на себя внимание одновременное назначение четырех и более лекарственных средств в 19,8 % случаев.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бовбель, И. Э. Профилактика и лечение острых респираторных инфекций у детей в амбулаторных условиях: учеб.-метод. пособие / И. Э. Бовбель, В. Ю. Малюгин. — 2-е изд., доп. — Минск: БГМУ, 2011. — 48 с.
2. Вознесенская, Н. И. Острые респираторные инфекции у детей — выбор тактики ведения / Н. И. Вознесенская, Т. В. Маргиева // Педиатрическая фармакология. — 2011. — Т. 8, № 2. — С. 102–106.
3. Барычева, Л. Ю. Острые респираторные инфекции у детей: клиника и лечение: учеб. пособие / Л. Ю. Барычева, Л. В. Погорелова, М. В. Голубева. — Ростов н/Д: Феникс, 2012. — 219 с.

УДК 616.366-002.2:57

МЕДИЦИНСКИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХОЛЕЦИСТИТА

*Ковалевич А. К.*

**Научные руководители: В. П. Журавский, к.б.н. Н. Е. Фомченко**

**Учреждение здравоохранения  
«Мозырская городская больница»  
г. Мозырь, Республика Беларусь**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### ***Введение***

Одним из наиболее частых последствий желчнокаменной болезни (ЖКБ) является холецистит — воспаление желчного пузыря. Ведущим фактором развития острого холецистита является нарушение оттока желчи из желчного пузыря, что возникает при окклюзии камнем шейки желчного пузыря. Первоначально развитию холецистита предшествуют альтернативное изменение слизистой пузыря, вызванные действием разных факторов (инфекционно-аллергические агенты, аутоиммунизация). Затем происходила активация иммунокомпетентных клеток и синтез ими медиаторов воспаления, которые активируют хемотаксис лейкоцитов, моноцитов, усиливают их миграцию в стенку желчного пузыря, что приводит к воспалению, отеку и шелушению эпителия слизистой пузыря.

### ***Цель***

Изучить литературные источники по вопросам медицинских и биологических аспектов холецистита.

### ***Материалы и методы исследования***

Истории болезней и литературные источники.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

В настоящее время холецистит стал одним из наиболее распространенных заболеваний в разных странах. Несмотря на заметное улучшение результатов лечения, летальность после экстренных операций по поводу острого холецистита остается в несколько раз выше, чем при плановых хирургических вмешательствах. В большинстве случаев это связано с поздней госпитализацией пациентов. Помимо этого отмечается тенденция к росту числа пациентов пожилого возраста, как правило, страдающих рядом сопутствующих заболеваний, составляющих группу риска, где показатель летальности нередко достигает 27 %.

В случае окклюзии камнем шейки желчного пузыря желчь не оттекает из желчного пузыря, что приводит к воспалительному процессу. Так же причиной холецистита являются различные инфекции. Микроорганизмы, в первую очередь кишечная палочка, выделяют фермент, который трансформирует растворимый билирубин в нерастворимый. Образующийся избыточный билирубин взаимодействует с ионами кальция образуя кальция билирубинат — компонент пигментных желчных камней. Но стоит отметить, что если бы отток желчи не был затруднен и желчь свободно выходила из желчного пузыря, то инфекции бы не вызывали воспаление.

В определении тактики лечения большая часть хирургов ориентируются на возраст пациента и сроки заболевания. На международной конференции хирургов-гепатологов (май 2002 г.) в г. Санкт-Петербурге (Россия) было принято решение производить оценку тяжести соматического статуса у больных с острым холециститом по шкале Американской ассоциации анестезиологов (ASA). Данная шкала делится на пять классов: ASA I — практически здоровый человек; ASA II — пациент с незначительными системными расстройствами; ASA III — пациент со значительными системными расстройствами, ограничивающими активность, но не приводящими к инвалидности; ASA IV — пациент с инвалидизирующим заболеванием, представляющим угрозу жизни; ASA V — крайне тяжелый больной. Внедрение в широкую клиническую практику неинвазивных ультразвуковых методов диагностики дало возможность быстро и точно определить степень

воспалительных изменений в стенке желчного пузыря, а так же прогнозировать течение острого холецистита. Лечением, как правило, является холецистэктомия. В наше время, наиболее используемым стал способ видеолапароскопической холецистэктомии.

#### **Вывод**

Наиболее частыми причинами холецистита является ЖКБ, а отягчающим фактором являются инфекции. Оценка тяжести соматического статуса у больных острым холецистом проводят при помощи шкалы Американской ассоциации анестезиологов (ASA), что влияет на принятие решения о лечении и срочности холецистэктомии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Иванченкова, Р. А.* Хронические заболевания желчевыводящих путей / Р. А. Иванченкова. — М.: Атмосфера, 2006.
2. *Окороков, А. Н.* Диагностика болезней внутренних органов / А. Н. Окороков. — М.: Мед.лит., 2000.
3. *Мараховский, Ю. Х.* Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы / Ю. Х. Мараховский // Российский журнал гастроэнтерологии гепатологии. — 2003.

**УДК 612.8(092)Сеченов**

### **И. М. СЕЧЕНОВ — ОСНОВОПОЛОЖНИК ФИЗИОЛОГИИ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

*Ковальчук Л. П.*

**Научный руководитель: ассистент Б. Э. Абрамов**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

*Самым лучшим и надежным методом  
в исследовании природы служит  
прежде всего открытие и установление  
опытами свойств этих явлений*

*И. Ньютон*

Прославленный русский физиолог Иван Михайлович Сеченов — один из титанов мировой науки. Он вошел в ее историю прежде всего своими выдающимися трудами по физиологии. Он доказал, что все акты сознательной и бессознательной жизни являются рефлекторными. Рассматривая рефлекс как главный закон деятельности нервной системы, он пришел к выводу, что в основе сложных психических явлений лежат физиологические процессы, которые могут быть изучены физиологическими методами. Он всегда отстаивал материалистическое понимание психической деятельности как функции мозга. В нейрофизиологии И. М. Сеченов создал учение о торможении. Доказал, что оно является таким же важным процессом нервной деятельности, как и возбуждение. Его классические исследования психологии, проблем мышления, физикохимии газов крови, физиологии труда и многие другие до сих пор не потеряли своего значения.

Желание поближе познакомиться с исследованиями Клода Бернара осенью 1862 г. привело И. М. Сеченова в Париж. Он не был уверен, что К. Бернар пустит его в свою лабораторию. До этого, работая в лаборатории Фуке в Лейпциге, И. М. Сеченов обнаружил ошибку в экспериментах знаменитого француза и сообщил об этом в научном журнале. К чести К. Бернара, он оказался настоящим ученым, для которого научная истина была дороже личных отношений. При первой встрече с И. М. Сеченовым он лишь коротко поблагодарил его за установленную когда-то ошибку, а затем гостеприимно распахнул перед ним двери своей лаборатории. Невмешательство хозяина в эксперименты русского гостя во многом облегчало ход самостоятельных исследований.

Самым значительным результатом, начатых И. М. Сеченовым еще в Петербурге, но