

Одной из наиболее серьезных проблем раневых патологий является инфицирование ран патогенными микробами и грибами. Поэтому вели поиск лекарственных растительных средств, повышающих регенераторный потенциал организма, обладающих противомикробными свойствами.

Известны случаи использования партизанами сфагнового мха для перевязок без стерилизации. Хирург И. П. Виноградов в годы войны приготовил сфагновую мазь из листьев сфагноума папиллозного и вазелина, взятых в соотношении 1:1, которая способствовала заживлению гнойных ран. Все это позволяло в случае острой необходимости заменять лекарства, а иногда было единственным способом спасения раненого [2, С. 42].

Наряду с применением лекарственных средств растительного происхождения большое внимание уделялось физиотерапевтическим методам лечения. Для лечения ревматических заболеваний широко использовалось прогревание паром над каткой с камнями, из-за отсутствия медицинских банок шли в ход разные кружки, чашки, гильзы от патронов. Как профилактику разных инфекционных заболеваний можно привести, например, использование партизанских дезкамер. Это когда в бочке с кипящей водой и плотно закрытым дном от этой же металлической емкости, с укрепленной внутри сеткой, укладывалась грязная одежда. За один день в бочке дезинфицировали одежду до 100 партизан. Использование этих проверенных опытом народных средств способствовало повышению действенности и эффективности медицинской помощи как партизанам, так и местному населению.

Выводы

Опыт врачей партизанских соединений периода Великой Отечественной войны имеет огромное медицинское значение, может быть использован для разработки препаратов растительного происхождения в разных экстремальных ситуациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крючок, Г. Р. Очерки истории медицины Беларуси / Г. Р. Крючок. — Минск, 1967.
2. Минько, Л. И. Народная медицина Белоруссии (краткий исторический очерк) / Л. И. Минько. — Минск, 1969.

УДК 616.33/.34-053.2/.6

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Тарасенко А. С.

Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик

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

Введение

В общей структуре заболеваний детского возраста хронические воспалительные болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) занимают первое и второе место среди всех заболеваний (25–45 %). Наиболее часто у детей наблюдаются хронические гастродуодениты — у 55–60 %, тогда как язвенная болезнь (ЯБ) желудка диагностируется редко (1–2 %). У детей чаще бывают сочетанные поражения пищевода, желудка и ДПК. Эзофагит хронический составляет около 11–17 % среди заболеваний органов пищеварения. В структуре патологии пищевода в детском возрасте до 85 % приходится на гастроэзофагальный рефлюкс (ГЭР), который приводит к выраженным деструктивным изменениям слизистой оболочки пищевода.

Цель

Изучить особенности течения заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта с эрозивно-язвенными поражениями у детей и подростков Гомельской области.

Материал и методы исследования

Исследование проведено на базе педиатрического отделения № 1 Гомельской областной детской клинической больницы в 2016 г. — 113 детей и подростков в возрасте от 8 до

17 лет находились на стационарном лечении по поводу заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта с эрозивно-язвенными поражениями. По локализации деструктивного процесса согласно МКБ-10 выделено 3 подгруппы: K22.1 — 67 пациентов с эрозивным эзофагитом (21 (31,3 %) девочка и 46 (68,7 %) мальчиков), жители г. Гомеля — 51 (76,1 %), Гомельской области — 16 (23,9 %) человек; K25 — 19 пациентов с эрозивным гастритом (10 (52,6 %) девочек и 9 (47,4 %) мальчиков), жители г. Гомеля — 15 (78,9 %), Гомельской области — 4 (21,1 %) человека; K26 — эрозии и язвы («свежие» и постязвенные рубцы) ДПК — 27 пациентов (12 (44,4 %) девочек и 15 (55,6 %) мальчиков), жители г. Гомеля — 18 (66,7 %), Гомельской области — 9 (33,3 %) человек. Проведен анализ результатов клинического, эндоскопического и морфологического исследований по медицинским картам стационарного пациента.

Результаты исследования и их обсуждение

Патология верхних отделов пищеварительного тракта чаще встречается у подростков 14–17 лет, эрозивный эзофагит диагностирован у детей 8–9-летнего возраста, поражение ДПК — у 5 мальчиков 12–13 лет. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Возраст пациентов в подгруппах

Возраст	K22.1 (67)	K25 (19)	K26 (27)	Всего (113)
8–9 лет	7 (10,4 %)	—	—	7 (6,2 %)
10–13 лет	27 (40,3 %)	6 (31,6 %)	5 (18,5 %)	38 (33,6 %)
14–17 лет	33 (49,3 %)	13 (68,4 %)	22 (81,5 %)	68 (60,2 %)

Наследственность по гастропатологии в подгруппе K22.1 отягощена у 42 (62,7 %) человек, K25 — у 12 (63,2 %), из них у 5 — по ЯБ, K26 — у 18 (66,7 %), из них у 12 — по ЯБ.

В клинике эрозивного эзофагита болевой абдоминальный синдром выявлен у 62 (92,5 %) детей, при заболеваниях желудка и ДПК — в 100 % случаев. Диспептический синдром представлен тошнотой, рвотой, отрыжкой, изжогой. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Проявления диспепсии в подгруппах

Симптомы	K22.1 (67)	K25 (19)	K26 (27)	Всего (113)
Тошнота	28 (41,8 %)	12 (63,2 %)	11 (40,7 %)	51 (45,5 %)
Рвота	10 (14,9 %)	3 (15,8 %)	1 (3,7 %)	14 (12,4 %)
Отрыжка	16 (23,9 %)	5 (26,3 %)	2 (7,4 %)	23 (20,4 %)
Изжога	31 (46,3 %)	8 (42,1 %)	6 (22,2 %)	45 (39,8 %)

В подгруппе K22.1 эндоскопическая картина гастрита (Г) у 27 (40,3 %), гастродуоденита (ГД) — у 40 (59,7 %) детей; аксиальные грыжи выявлены у 13 (19,4 %), дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) — у 23 (34,3 %) человек. В подгруппе K25: Г — у 3 (15,8 %), ГД — у 16 (84,2 %) детей; ГЭР — у 5 (26,3%), ДГР — у 3 (15,8 %), ГЭР + ДГР — у 10 (52,6 %) человек. В подгруппе K26: Г — у 9 (33,3 %), ГД — у 18 (66,7 %) детей; ГЭР — у 10 (37 %), ДГР — у 2 (7,4 %), ГЭР + ДГР — у 7 (25,9 %) человек.

По результатам биопсии слизистой оболочки антрального отдела желудка оценивали активность, выраженность патологического процесса, наличие хеликобактерной инфекции (гистологический метод). В подгруппе K22.1 выполнено 54 биопсии, в 19 (35,2 %) случаях слизистая нормального гистологического строения, в подгруппе K25 — 13 биопсий, в 2 (15,4 %) случаях — норма, в подгруппе K26 — 19 биопсий, в 2 (10,5 %) случаях — норма. Результаты представлены в таблице 3–5.

Таблица 3 — Активность антрального гастрита в подгруппах

Активность	K22.1 (35)	K25 (11)	K26 (17)	Всего (63)
Неактивный	24 (68,6 %)	7 (63,6 %)	8 (47 %)	39 (61,9 %)
I степени	6 (17,1 %)	1 (9,1 %)	7 (41,2 %)	14 (22,2 %)
II степени	5 (14,3 %)	3 (27,3 %)	1 (5,9 %)	9 (14,3 %)
III степени	—	—	1 (5,9 %)	1 (1,6 %)

Таблица 4 — Выраженность антрального гастрита в подгруппах

Выраженность	K22.1 (35)	K25 (11)	K26 (17)	Всего (63)
Слабая	28 (80 %)	8 (72,7 %)	12 (70,6 %)	48 (76,2 %)
Умеренная	7 (20 %)	2 (18,2 %)	4 (23,5 %)	13 (20,6 %)
Резкая	—	1 (9,1 %)	1 (5,9 %)	2 (3,2 %)

Таблица 5 — Результаты обследования на хеликобактериоз в подгруппах

Наличие Нр	K22.1 (54)	K25 (13)	K26 (19)	Всего (86)
Нр(-)	39 (72,2 %)	4 (30,8 %)	7 (36,8 %)	50 (58,1 %)
Нр(+)	8 (14,8 %)	5 (38,5 %)	9 (47,4 %)	22 (25,6 %)
Нр(++)	6 (11,1 %)	3 (23 %)	—	9 (10,5 %)
Нр(+++)	1 (1,9 %)	1 (7,7 %)	3 (15,8 %)	5 (5,8 %)

Выводы

Таким образом, заболевания верхних отделов пищеварительного тракта чаще диагностируются у городских подростков, эрозивно-язвенные поражения пищевода и ДПК преобладают у мальчиков, эрозивный гастрит одинаково часто встречается как у мальчиков, так и у девочек. Более чем у половины обследованных прослеживается отягощенная наследственность по гастропатологии. В клинике доминируют болевой абдоминальный и диспептический синдромы (при эрозивном эзофагите доминирует изжога, при патологии желудка и ДПК — тошнота). По данным эндоскопии преобладают гастродуодениты, у большинства детей имеет место нарушение моторики. В большинстве случаев морфологически подтверждается неактивный, слабовыраженный антральный Нр (-) или Нр (+) гастрит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Майданник, В. Г. Болезни органов пищеварения у детей / В. Г. Майданник. — К.: СП «Интертехнодрук», 2010. — 1157 с.
2. Детские болезни: практ. пособие / под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко. — Минск: ФУАинформ, 2013. — 896 с.
3. Баранов, А. А. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии / А. А. Баранов // Вопросы современной педиатрии. — 2002. — Т. 1, № 1. — С. 12–16.

УДК 61:930.25

СТРУКТУРА АРХИВА ДИСПАНСЕРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Тарнопольский В. О.¹, Тур В. Г.¹, Гусак П. С.²

Научный руководитель: к.м.н., доцент, заведующая кафедрой *О. В. Шилова*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная клиническая психиатрическая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

На сегодняшний момент ни у кого не вызывает сомнений, что психические расстройства являются не только распространенными во всем мире, но и высоко затратными [1]. Они являются одной из основных причин ухудшения состояния здоровья населения во всем мире [2]. В связи с этим возникает необходимость в изучении эпидемиологических тенденций распространенности различных видов патологии — для планирования и проведения различных превентивных мероприятий, улучшения качества лечебных мероприятий, а также экономически грамотного распределения ресурсов. Оптимальным образом это можно осуществить, изучая архив медицинского учреждения. Так за долгие годы работы диспансерного отделения Гомельской областной клинической психиатрической больницы (ГОКПБ) в архиве накопился значительный клинически и научно значимый материал в ви-