

тат, кортинефф. Выписана в стабильном состоянии, масса тела 3620 г, сосет охотно, за сутки съедает 900 мл, срыгивания и рвоты нет. Рекомендовано наблюдение участкового педиатра, эндокринолога, невролога по месту жительства, продолжить заместительную терапию, контроль веса и роста, лабораторный скрининг.

В последующем неоднократно находилась на обследовании и лечении в стационарах г. Гомеля и г. Минска. На фоне острых респираторных инфекций отмечалось ухудшение состояния по основному заболеванию, что требовало коррекции лечения. Отмечались трудности в подборе заместительной терапии. Первые 4 года жизни физическое развитие ребенка было низким гармоничным, сохранялась умеренная гипертрофия клитора (осмотрена урологом), по данным УЗИ органов малого таза отмечалось незначительное уменьшение размеров обоих яичников.

В возрасте 4,5 лет проведена хирургическая коррекция — клиторовагинопластика. На фоне подобранной заместительной терапии с возрастом ребенка отмечается положительная динамика. При обследовании в 7,5 лет выявлено, что костный возраст соответствует 7 годам 1 месяцу, зоны роста открыты; физическое развитие среднее гармоничное (рост 122 см, масса тела 23 кг).

В настоящее время девочке 10 лет, физическое развитие среднее гармоничное (рост 136 см, масса 30 кг), половая формула $Ax1P1Ma1Me0$. Состояние стабильное, самочувствие удовлетворительное. Лабораторные показатели: уровень общего кортизола в крови — 30,2 нмоль/л (норма до 100 нмоль/л), 17ОН-прогестерон в крови — 0,033 нг/мл (норма меньше 2 нг/мл). Получает постоянно заместительную терапию глюкокортикоидными препаратами по схеме.

Таким образом, своевременная диагностика, адекватно подобранная пожизненная заместительная терапия глюкокортикоидными препаратами, хирургическая пластическая коррекция половых органов позволяют достигнуть компенсации патологического состояния при врожденной дисфункции коры надпочечников, способствуют психосоциальной адаптации, улучшению качества жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аверин, В. И.* Срыгивания и рвота у детей первого года жизни: учеб.-метод. пособие / В. И. Аверин. — Минск: БГМУ, 2004. — 26 с.
2. *Беникова, Е. А.* Генетика эндокринных заболеваний / Е. А. Беникова, Т. И. Бужиевская, Е. М. Сильванская. — Киев: «Наукова думка», 1993. — С. 42–57.
3. *Жуковский, М. А.* Детская эндокринология: руководство для врачей / М. А. Жуковский. — М.: Медицина, 1995. — 656 с.
4. Справочник по клинической эндокринологии / Е. А. Холодова [и др.]; под общ. ред. Е. А. Холодовой. — Минск: Беларусь, 1998. — 510 с.
5. Эндокринология / Н. Лавина; под общ. Ред. Н. Лавина / пер. с англ. — М.: Практика, 1999. — 1128 с.

УДК 616.34-002.2-36.1-53.2(476.2)

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Лозовик С. К., Щекатихина А. А., Мелешко И. И.

Учреждения образования

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

Введение

Болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК) относятся к группе хронических воспалительных заболеваний кишечника (ХВЗК), характеризующихся прогрессирующим течением. ХВЗК не лидируют среди гастроэнтерологической патологии, однако по тяже-

сти течения, частоте осложнений, инвалидизации в молодом возрасте и летальности занимают одну из главенствующих позиций. До настоящего времени нет достоверных данных об этиологии, недостаточно изучен патогенез ХВЗК, большинство авторов придерживаются аутоиммунной природы. По данным эпидемиологических исследований ряда стран в последние 20 лет наблюдается рост заболеваемости ХВЗК среди детей, рост распространенности тяжелых форм, преимущественно, среди городского населения индустриально развитых стран [1].

Распространенность ЯК составляет 30–240, БК 10–150 на 100 тыс. населения в зависимости от региона проживания. Заболеваемость среди детей: ЯК 0,5–4,3; БК (до 10 лет редко) 0,2–8,5 на 100 тыс. детского населения. В росте заболеваемости детей имеет значение резко возрастающая аллергизация населения [3].

Соотношения ЯК/БК колеблется 2:1–8:1. В материалах, представленных на первом Международном конгрессе по ХВЗК (Мадрид, 2000), в ближайшие десятилетия прогнозируется эпидемия ХВЗК в Восточной Европе [2].

В настоящее время совершенствуются методы диагностики и подходы к лечению ХВЗК, что позволяет достичь клинической ремиссии заболевания, улучшить качество жизни пациентов [1].

Цель

Изучить особенности клиники хронических воспалительных заболеваний кишечника у детей, проживающих в Гомельской области.

Материалы и методы

Нами проанализировано 14 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в 1-м детском отделении Гомельской областной клинической больницы по поводу ХВЗК за 2-х летний период (2011–2012 гг.). Исследуемую группу составили 10 человек в возрасте от 4 до 16 лет, 8 (80 %) девочек и 2 (20 %) мальчика. Проживают в городе 7 (70 %) детей, в сельской местности — 3 (30 %) ребенка. Всем детям было проведено клиничко-лабораторное и инструментальное (колоноскопия) обследование.

Результаты и обсуждение

Отличить ЯК от БК (гранулематозный колит) по клиническим признакам не представляется возможным. Для верификации диагноза необходимо проведение колоноскопии с биопсией слизистой оболочки кишечника [2]. У 9 (90 %) пациентов диагноз был подтвержден результатами колоноскопии с биопсией, у 1 (10 %) ребенка выставлен на основании характерной клиники и данных колоноскопии.

Основные эндоскопические признаки, выявленные при ЯК: на фоне неизменной слизистой имеются сливные, крупные очаги с отеком и гиперемией, подслизистыми кровоизлияниями; при инсuffляции воздуха на некоторых очагах имеются капли крови, контактная кровоточивость.

Основные эндоскопические изменения при БК: слизистая отечна, гиперемирована, с множественными полиповидными грануляциями, сосудистый рисунок может не прослеживаться.

ЯК диагностирован у 4 (40 %) детей (1 мальчик, 3 девочки); БК — у 6 (60 %) детей (1 мальчик, 5 девочек). В возрасте 4–5 лет было 2 ребенка (1 мальчик, 1 девочка) с ЯК низкой степени активности, легкое течение. В возрасте 11–13 лет 2 детей (1 мальчик, 1 девочка) с БК. Из 6 девочек 14–16 лет у 2 выявлен ЯК средней и высокой степени активности, у 4 — БК.

Клинические проявления ХВЗК: боли в животе отмечали 9 (90 %) детей, тошноту — 4 (40 %) ребенка, по 1 (10 %) человеку указывали на рвоту, запор и тенезмы. Диарея выявлена у 4 (40 %) человек (ЯК — 1, БК — 3), кровь в кале у 5 (50 %) детей (ЯК — 3, БК — 2), слизь в кале у 2 (20 %) пациентов с ЯК. Наличие и слизи, и примеси крови в разжиженном или оформленном кале отмечалось только у больных с ЯК.

Анемия гипохромная выявлена у 6 (60 %) детей (ЯК — 3, БК — 3), причем у 5 из них отмечалась примесь крови в кале. Анемия легкой степени тяжести (гемоглобин 104–115 г/л) у 5 девочек (ЯК — 2, БК — 3); анемия тяжелой степени (гемоглобин 69 г/л) и увеличение СОЭ до 20мм/час у девочки с ЯК высокой степени активности, тяжелое течение.

Лейкоцитоз ($9,5\text{--}16,5 \times 10^9/\text{л}$) у 4 (40 %) детей (ЯК — 2, БК — 2), лейкопения (менее $4,0 \times 10^9/\text{л}$) — у 1 (10 %) с БК.

Отягощена наследственность по гастропатологии (язвенная болезнь, хронический гастрит, хронический холецистит, желчекаменная болезнь) у 5 (50 %) детей, в т. ч. в 1 случае саркома толстой кишки у родной сестры.

Физическое развитие девочек исследуемой группы среднее, выше среднего гармоничное (5 человек), дисгармоничное за счет дефицита массы тела 1 степени (3 человека). Физическое развитие мальчиков высокое, дисгармоничное за счет избытка массы тела 1 степени.

В 2011 г. на стационарном лечении по поводу ХВЗК находилось 2 девочки (14-летняя с БК, 4-летняя с ЯК). В 2012 г. — 10 человек (в т. ч. и вышеназванные повторно), которые и составили исследуемую группу. 14-летняя девочка с впервые выявленной БК находилась на лечении в 1-м детском отделении трижды в течение года (март, июнь, сентябрь).

Таким образом, отмечается рост ХВЗК, чаще болеют городские девочки пубертатного возраста. Соотношения ЯК/БК — 1/1,5. Основные клинические симптомы ХВЗК: боль в животе, тошнота, диарея с примесью крови и слизи в кале. Примерно у половины детей выявляется анемия, лейкоцитоз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисова, М. Ф. Болезнь Крона у детей. Особенности клиники и диагностики / М. Ф. Денисова, М. Б. Дыба // Современная педиатрия. — 2009. — № 6 (28). — С. 84–88.
2. Педиатрия: национальное руководство. — М., 2009. — Т. 1. — С. 771–791.
3. Загорский, С. Э. Хронические воспалительные заболевания кишечника у детей и подростков: учеб.-метод. пособие / С. Э. Загорский, Л. М. Беляева. — Минск: БелМАПО, 2007. — С. 3–8.

УДК 608.1:2:17

РЕЛИГИОЗНО-ЭТИЧЕСКИЙ СИНТЕЗ БИОЭТИКИ

Лукина Л. В.

Учреждение образования

«Витебская государственная академия ветеринарной медицины»

г. Витебск, Республика Беларусь

Различные религиозно-этические рекомендации, правила, принципы, исходя из исторических особенностей, синтезированы в ценностно-нормативном содержании «уважения прав и достоинства человека» (биоэтики). Биоэтика работает в режиме исторической модели биомедицинской этики, наряду с моделями Гиппократов, Парацельса и деонтологии. Историческая специфика и логические основания моделей определили становление и выработку ряда морально-нравственных принципов, составляющих ценностно-нормативное содержание современной биомедицинской этики.

Так, принципы врачевания «отца медицины» Гиппократов (460–377 гг. до н. э.) изложены в его «Клятве», в текстах «О законе», «О врачах». В их содержании отражено появление профессиональной врачебной этики. «Модель Парацельса», понимаемая как составляющая стратегии терапевтического поведения врача, учитывает эмоционально-психические особенности, душевно-духовные контакты личности с врачом и включенность этих контактов в процесс лечения. Нравственной основой, в формате данной модели, выступает принцип «делай добро», благо, или «твори любовь», благодеяние, милосердие. Врачевание по существу и представляет организованное осуществление доб-