

которых преобладающим видом явилась кишечная палочка (53,6 %). Также часто высева-лись микроорганизмы родов Протей и Клебсиелла (31,8 %). При анализе возраста пациен-ток установлено, что преобладают беременные от 25 до 35 лет. Преобладали женщины со второй и третьей беременностью (87,2 %). Клинических симптомов не выявлялось ни у одной из беременных. Из анамнеза предрасполагающими факторами появления бактерий в моче: хронические заболевания дыхательной системы (45,3 %), перенесенные заболевания мочеполовой системы (36,6 %), осложненный гинекологический анамнез (17,1 %). Осложнениями текущей беременности у 45,3% была преэклампсия. Выявлено, что бессимптомная бактериурия в 25,7 % случаев сопровождалась угрозой преждевременных родов. У 20,2 % беременных роды были осложнены кровотечением, преждевременными родами.

### **Выводы**

Таким образом, установлено, что наиболее частая причина возникновения бессимптомной бактериурии — перенесенная инфекция или очаг хронической инфекции в организме беременной женщины и определено существует взаимосвязь бессимптомной бактериурии с возникновением осложнений беременности и родов. Поэтому необходимо проводить профилактику инфекционных заболеваний беременных женщин, своевременную диагностику, особенно у женщин с заболеваниями мочеполовых органов в анамнезе.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Акушерство: Национальное руководство / Э. К. Айламазян [и др.]. — М., 2009. — С. 621–667.
2. Инфекции в акушерстве и гинекологии / О. В. Макаров [и др.]. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — С. 345–387.
3. Генитальные инфекции и беременность / И. М. Арестова [и др.] // Медицинское информационное агентство. — 2005. — № 7. — С. 176–183.

**УДК 616.34-002.2-053.2**

## **ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

*Борисенко А. М., Кравченко Е. А.*

**Научный руководитель: С. К. Лозовик**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК), к которым относятся болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК), характеризуются прогрессирующим течением и являются одной из наиболее серьезных проблем современной гастроэнтерологии. Устойчивая тенденция к увеличению заболеваемости, преимущественное поражение лиц молодого возраста, тяжесть течения, наличие опасных для жизни осложнений обуславливают особую актуальность изучения данной проблемы. По данным эпидемиологических исследований ряда стран наблюдается рост заболеваемости ХВЗК среди детей в последние 20 лет, рост распространенности тяжелых форм, преимущественно, среди городского населения индустриально развитых стран [1].

Среди факторов, способствующих развитию ХВЗК, обсуждается роль неблагоприятных экологических воздействий, погрешностей в питании, стресса, курения, различных инфекций и паразитарных инвазий, наследственной предрасположенности [2].

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 [3].

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 и диагностики хронических воспалительных заболеваний кишечника у детей, проживающих в Гомельской области.

### **Материал и методы исследования**

Нами проанализировано 76 медицинских карт стационарного пациента с ХВЗК. Дети и подростки в возрасте от 1 года до 17 лет находились на стационарном лечении в детском гастроэнтерологическом отделении Гомельской областной клинической больницы в 2015–2017 гг. Всем детям было проведено клинико-лабораторное и инструментальное (колоноскопия с биопсией) обследование.

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

Исследуемую группу составили 27 человек: 14 (51,9 %) девочек и 13 (48,1 %) мальчиков; проживают в городе 25 (92,6 %) детей, в сельской местности — 2 (7,4 %) ребенка. В течение 3-х лет ХВЗК выявлены впервые у 7 человек: 2015 г. — у 4 (ЯК — 1 девочка, БК — 2 девочки и 1 мальчик); 2016 г. — у 1 мальчика ЯК; 2017 г. — у 2 девочек ЯК. За этот период получали лечение в стационаре повторно 20 пациентов: с ЯК 6 девочек и 8 мальчиков; с БК 3 девочки и 3 мальчика. Стаж заболевания у детей и подростков исследуемой группы: до 3-х лет — 17 человек, до 5 лет — 6, 5 и более лет — 4 человека.

ЯК диагностирован у 18 (66,7 %) детей: 9 (50 %) девочек и 9 (50 %) мальчиков; БК — у 9 (33,3 %) детей: 5 (55,6 %) девочек и 4 (44,4 %) мальчика. В возрасте 1–7 лет — 6 (22,2 %) детей, 8–11 лет — 8 (29,6 %), 12–17 лет — 13 (48,2 %) человек. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Структура ХВЗК по возрасту

Возраст	Язвенный колит, кол-во (%)	Болезнь Крона, кол-во (%)	Всего, кол-во (%)
1–7 лет	5 (27,8 %)	1 (11,1 %)	6 (22,2 %)
8–11 лет	5 (27,8 %)	3 (33,3 %)	8 (29,6 %)
12–17 лет	8 (44,4 %)	5 (55,6 %)	13 (48,2 %)
Итого	18 (100 %)	9 (100 %)	27 (100 %)

Клинические проявления ХВЗК: боли в животе отмечали 17 (62,9 %) детей (ЯК — 8, БК — 9), тошноту — 1 (3,7%) ребенок с БК. Диарея выявлена у 11 (40,7%) человек (ЯК — 8, БК — 3); запор у 8 (29,6%) детей (ЯК — 5, БК — 3). Кровь в кале у 11 (40,7%) детей (ЯК — 8, БК — 3), слизь в кале у 9 (33,3 %) пациентов (ЯК — 6, БК — 3).

Анемия гипохромная выявлена у 6 (22,2 %) детей (ЯК — 4, БК — 2): легкой степени тяжести у 4 (ЯК — 2, БК — 2); тяжелой степени - у 2 пациентов с ЯК. Лейкоцитоз нейтрофильный (max —  $23 \times 10^9/\text{л}$ ) у 7 (25,9 %) детей (ЯК — 4, БК — 3). Увеличение СОЭ более 20 мм/ч (max — 44 мм/ч) зарегистрировано у 4 пациентов.

В анализе крови биохимическом в единичных случаях отмечалось повышение уровня белков острой фазы воспаления. Исследование сыворотки крови на аутоантитела методом ИФА проведено: ANA у 17 пациентов (ЯК — 13, БК — 4) — повышенный уровень зарегистрирован у 2 (15,4 %) детей с ЯК, у 3 (75 %) — с БК; ANCA у 16 пациентов (ЯК — 13, БК — 3) — повышенный уровень у 1 (7,7 %) ребенка с ЯК; ASCA у 17 пациентов (ЯК — 10, БК — 7) — повышенный уровень у 3 (30 %) детей с ЯК и 6 (85,7 %) — с БК.

Всем пациентам исследовали кал на скрытую кровь: положительный результат у 11 (61,1 %) детей с ЯК, у 2 (22,2 %) — с БК. Кальпротектин определяли у 10 человек (ЯК — 6, БК — 4): положительный результат у 2 (33,3 %) детей с ЯК, у 1 (25 %) с БК.

Отличить ЯК от БК (гранулематозный колит) по клиническим признакам не представляется возможным. Всем пациентам исследуемой группы была проведена колоноскопия с биопсией слизистой оболочки кишечника для верификации диагноза. 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.

### **Выводы**

Таким образом, отмечается рост ХВЗК среди городских детей и подростков, несколько чаще заболевание диагностируется у девочек пубертатного возраста. ЯК встречается одинаково часто как у девочек, так и у мальчиков; БК несколько чаще у девочек. Соотношение ЯК/БК — 2/1. Основные клинические симптомы ХВЗК: боль в животе; диарея с примесью крови и слизи в кале (чаще при ЯК). Тест на скрытую кровь положительный более чем у половины детей с ЯК. Повышенный уровень аутоантител (ANA, ASCA) зарегистрирован у большинства обследованных с БК.

### **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. Детские болезни: практ. пособие / под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко — Минск: ФУАинформ, 2013 — 896 с.
3. Майданник, В. Г. Болезни органов пищеварения у детей / В.Г. Майданник. — Киев: СП «Интертехнодрук», 2010 — 1157 с.

**УДК 614.253.83**

## **ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЕ ВРАЧА**

*Борисова З. И.*

**Научный руководитель: канд. психол. наук, доцент Н. В. Гапанович-Кайдалов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Термин «профессиональная культура» включает в себя синтез двух понятий: «профессионализм» и «культура», и обозначает набор необходимых личностных характеристик для успешной профессиональной деятельности в сочетании с общей культурой человека. Н. А. Бердяев определял профессиональную культуру как совокупность норм, правил и моделей поведения людей, значимых для конкретной деятельности [1, с. 220].

Профессиональная культура врача включает в себя систему специальных профессиональных знаний, общекультурные ценности, совокупность духовных компонентов, отдельные специфические элементы, присущие врачебной профессии, а также социальные институты, обеспечивающие устойчивость и трансляцию этой культуры. Профессиональная культура врача выражает социально-психологические характеристики личности врача, и ряд профессионально важных качественных аспектов, которые, проявляясь в профессиональной деятельности, в наибольшей степени способствуют эффективности его деятельности [2, с. 13].

Переоценка ценностей современного социума, которая произошла в постсоветские годы, а также изменения, которые произошли в организации здравоохранения, оказали влияние и на профессиональную врачебную культуру. Трансформировались отношения врача и пациента, отношение к врачам и системе здравоохранения в целом.

По мнению Ю. Л. Шевченко, причиной этих изменений стало столкновение двух противоречивых тенденций [3].

Первая из них означает возрастание власти и ответственности врача в процессе увеличения возможностей медицины и биотехнологий.

Вторая тенденция характеризуется распространением идей свободы и автономии личности, ориентацией на максимальную защиту интересов пациента. Социальные и законодательно установленные нормы ориентированы, прежде всего, на то, чтобы для врача, в основном, установить запреты, а пациентам как потребителям услуг здравоохранения и носителям общих конституционных прав предоставить определенные права.