

диагноз поставили в стационаре и 1 мужчине в ЦРБ. В большинстве случаев врач приемного покоя диагностировал острый гастроэнтерит — 60 % (27 человек). Также пациентам с подозрением на острую кишечную инфекцию в приемном покое выставлялись такие диагнозы как острый энтерит — 17,8 % (8 человек); острый гастроэнтероколит — 11,1 % (5 человек); острый гемоколит — 2,2 % (1 человек) у 2,2 % (1 человека) была микст-инфекция — COVID-19 с явлениями гастроэнтерита, который протекал в легкой форме.

Окончательным диагнозом у всех пациентов была гастроинтестинальная форма сальмонеллеза, который протекал в форме средней степени тяжести. Осложнений не было. По исходу лечения все пациенты были выписаны с выздоровлением (19 человек (42,2 %)) или улучшением (26 человек (57,8 %)).

В среднем пациенты пребывали в стационаре $6 \pm 2,32$ дней. При подсчете проведенных дней в стационаре для каждой возрастной группы выяснилось, что меньше всего там провели пациенты старшей возрастной группы (19–54 года) — $6 \pm 1,83$ дней. Дети до 18 лет и пациенты возрастной категории старше 54 лет были в стационаре немного дольше — $7 \pm 2,43$ дней.

Выводы

Путем ретроспективного анализа были получены данные структуры обращения в приемный покой Гомельской областной инфекционной клинической больницы за период 2021 г с подозрением на острую кишечную инфекцию, которым в процессе лечения был диагностирован сальмонеллез:

- Среди всех обратившихся преобладали дети до 18 лет, которые составили 46,7 %.
- Большинство обращений приходилось на летний период (48,9 %).
- Большинство пациентов (46,7 %) были доставлены в приемный покой инфекционного стационара бригадой скорой медицинской помощи.
- Направительным диагнозом был сальмонеллез в 6,7 %.
- Наиболее частым диагнозом, выставляемым в приемном отделении, было функциональное расстройство желудка или кишечника (33 %).
- В среднем пациенты пребывали в стационаре $6 \pm 2,32$ дней.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным сальмонеллезом [Электронный ресурс] : разработан ФГБУ НИИДИ России Казанский гос. мед. ун-т : внесён ФГБУ НИИДИ ФМБА России : принят и введен в действие на заседании Профильной комиссии 9 окт. 2013. – 12 с. – Режим доступа: <http://niidi.ru/dotAsset/6501246b-27f5-4d17-964d-7dc4defb8b43.pdf>. – Дата доступа: 18.09.2022.

2. Лавринович, Д. Н. Клинические особенности госпитального сальмонеллеза // Д. Н. Лавринович, В. М. Семенов, Т. И. Дмитраченко / Вестник ВГМУ. – 2007. – № 3. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskie-osobennosti-gospitalnogo-salmonelleza>. – Дата доступа: 18.09.2022.

УДК 616.972:316.774]:378.6-057.875

К. И. Довгая

Научный руководитель: ст. преп. Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

**ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ 1–3 КУРСА
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О СИФИЛИСЕ**

Введение

Одно из самых опасных инфекций, передающихся половым путем (ИППП), является сифилис.

Сифилис — общее инфекционное заболевание с волнообразным течением, со сменой периодов обострения, характеризующихся поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей и нервной системы, скрытыми периодами, когда клинические признаки болезни отсутствуют, и только положительные серологические реакции крови свидетельствуют о наличии инфекционного процесса [1].

Возбудителем является бледная трепонема (*Treponema pallidum*), которая в организме человека стимулирует выработку антител.

Заболевание передается главным образом половым путем; группами риска являются проститутки, гомосексуалисты, лица, имеющие беспорядочные половые связи, наркоманы. Возможно бытовое (неполовое) заражение при прямом контакте с больным заразной формой сифилиса и через предметы, загрязненные выделениями больного (например, слюной, гноем), содержащими возбудителей заболевания. Особенно чувствительны к заражению при бытовом контакте дети младшего возраста. Крайне редко наблюдаются случаи заболевания сифилисом медперсонала при выполнении служебных обязанностей без соблюдения мер предосторожности (профессиональный сифилис) и случаи заражения при переливании консервированной крови (трансфузионный). При заболевании сифилисом беременных в результате трансплацентарного проникновения бледных трепонем инфицируется плод, что ведет к его гибели или к рождению ребенка с врожденным сифилисом.

Сифилис является классическим и наиболее массовым представителем инфекций, передающихся половым путем. Он отражает сложившуюся эпидемическую ситуацию по инфекциям передаваемым половым путем и социально-экономическое состояние населения Гомельской области. Вспышки заболеваемости регистрируются через 25–30 лет. Во время последней из них, пик заболеваемости был зарегистрирован в 1996 г. (более 21 тыс. больных в Республике Беларусь). По оценкам ВОЗ, ежегодно во всем мире сифилисом инфицируются более 15 млн человек [2].

Выделяют несколько стадий: первичная, вторичная, латентная, третичная. Инкубационный период сифилиса составляет 9–90 дней [3].

Первичная стадия характеризуется наличием твердого шанкра и увеличением региональных узлов [1]. Самая распространенная локализация шанкра — аногенитальная зона (пенис, вульва, шейка матки, анус), реже твердый шанкр обнаруживают на губах, языке. Иногда язвы бывают атипичными: множественными, болезненными, гнойными, экстрагенитальными (шанкр-панариций, шанкр-амигдалит, баланит Фольмана) [2].

Вторичная стадия заболевания, обусловлена гематогенным распространением возбудителя из первичного очага, проявляющаяся полиморфными высыпаниями (розеолы, папулы, пустулы) на коже и слизистых оболочек.

Третичный период сифилиса при классическом течении инфекции развивается спустя 4–5 лет с момента заражения. Этот период характеризуется деструктивными поражениями кожи, слизистых оболочек, костей, суставов, внутренних органов, органов чувств, глаз, нервной системы. Сифилиды на этой стадии имеют особенности: малозаразительность; монотипность и асимметричность; медленное развитие и регресс; отсутствие островоспалительных явлений, субъективность ощущений. При третичном активном сифилисе наблюдаются дермальные бугорки либо формируются гиподермальные узлы — гуммы. Поражение сердечно-сосудистой системы проявляется развитием стенокардии, стеноза устьев коронарных артерий, клапанного поражения (чаще аортального), аневризмы грудного отдела аорты, опорнодвигательного аппарата — развитием артритов. Нейросифилис наблюдают у 3–7 % больных, не леченных на ранних стадиях заболевания. Он может протекать по типу менингита (лихорадка, головная боль, ригидность затылочных мышц) или менингососудистого поражения (мышечная слабость, потеря чувствительности, ухудшение зрения). В поздних стадиях заболевания возникает

паренхиматозный нейросифилис (прогрессивный паралич, сухотка спинного мозга), который может длиться в течение многих лет. Бывает и бессимптомное течение нейросифилиса. Третичный сифилис приводит к психическим и неврологическим расстройствам, слепоте, тяжелым поражениям сердца и сосудов и смерти.

Для латентной стадии заболевания характерно наличие положительных серологических реакций на сифилис при отсутствии признаков поражения кожи, слизистых оболочек и внутренних органов [1, 2].

При наличии скрытых форм пациенты не обращаются за амбулаторной помощью и идет активное увеличение числа естественным путем.

Серьезность протеканий и наличие скрытых форм осложняют данное заболевание. Заболевание сифилис является актуальным и в наши дни, поэтому я решила узнать осведомленность студентов 1–3 курсов о данной болезни, так как они не изучали данный материал и их знания могут свидетельствовать об осведомленности населения в целом.

Цель

Выяснить степень осведомленности студентов 1–3 курсов УО «Гомельский государственный медицинский университет» о сифилисе.

Материалы и методы исследования

В ходе проведенного исследования студентам было предложено анонимно заполнить анкету на платформе Survio (анкета была разработана самостоятельно), которая включала 12 вопросов, касающихся знаний, о таком заболевании, как сифилис, по результатам которого проведен статистический анализ данных.

Результаты исследования и их обсуждение

Было проведено анкетирование в количестве 100 человек, студентов 1–3 курсов лечебного и медико-диагностического факультета учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет».

98 % всех респондентов знают, что сифилис относится к группе венерических заболеваний, однако 2 % выбрали вариант ответа генодерматозы. Вопрос, касающийся возбудителя сифилиса, дал следующие ответы: 84 % опрошиваемых считают, что возбудителем являются бактерии, 12 % — вирусы, 3 % — простейшие, 1 % — нематоды.

83 % респондентов хорошо осведомлены, что поражает сифилис (кожу, слизистые оболочки, внутренние органы, нервную и костную системы), но 7 % считают, что только кожу и слизистые оболочки, 5 % — только внутренние органы и 5 % — только нервную систему.

61 % опрошиваемых на вопрос о проявлении первичной формы сифилиса выбрали ответ, включающий себя следующие варианты: выделения, боли и язвы в мочеполовой области, что оказалось неправильным; только 29 % выбрали правильный ответ — язвы без выделений и болей.

На вопрос о путях передачи ответы распределились следующим образом: 72 % считают, что заражение возможно всеми предложенными вариантами (половой, тесный бытовой контакт, трансфузионный, трансплацентарный), 27 %, что только половой и 1 % — трансфузионный.

На вопрос о инкубационном периоде 62 % респондентов ответили верно — 9–90 дней, 14 % ответили, что 3–7 дней, 14 % — 7 часов и только 10 % — более 3 месяцев.

По данным опросника 77 % опрошиваемых хорошо ознакомлены с клинической картиной сифилиса (наличие безболезненных, округлых форм язв, распространенных высыпаний на коже и слизистых оболочках, регионарный лимфаденит, бессимптомное течение), но 12 % считают, что для сифилиса характерно только наличие распространенных высыпаний, 7 % — регионарный лимфаденит и 4 % — безболезненной, округлой формы язвы.

Касаясь вопросов возможно ли самоизлечение при сифилисе 84 % опрошиваемых ответили верно (невозможно) и возможно ли повторное заражение 92 % ответили, что возможно, что является правильным ответом.

Обращаясь к вопросам профилактики сифилиса 39 % опрошиваемых студентов, выбирают ответ, что использование презервативов защищают на 90–95 %, что является неверным; 33 % — на 50–30 % (правильный ответ), 18 % — на 70–80 % и 10 %, что барьерная контрацепция не защищает от данного заболевания.

По данным последнего вопроса, после перенесенного сифилиса формируется ли пожизненный иммунитет, ответы следующие: 67 % респондентов выбрали ответ — нет, 14 % — на 1–2 года, 11 % — на 2–7 лет и 8 %, что формируется на 3–5 месяцев.

Выводы

Таким образом, по данным исследования можем видеть, что большинство студентов 1–3 курса достаточно хорошо осведомлены о сифилисе, что подтверждает высокий процент правильных ответов, однако 67 % опрошиваемых не знают, что барьерная контрацепция защищает лишь на 50–30 %.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дерматовенерология : метод. рекоменд. к практ. занятиям для препод. высших мед. учебных заведений / В. П. Адашкевич [и др.]. – Витебск : ВГМУ, 2020. – Ч. I. – 70 с.
2. Матюшенко, Е. А. Оценка социального статуса пациентов, страдающих сифилисом / Е. А. Матюшенко, В. Ю. Зборовский, И. В. Полин // Проблемы и перспективы развития современной медицины : материалы V Республиканской научно-практической конференции с международным участием студентов и молодых ученых. – Гомель, 2016. – Т. 3. – С. 83–85.
3. Порошина, Л. А. Инфекции, передаваемые половым путем = Sexually transmitted infections : учеб.-метод. пособие для студентов 4 и 6 курсов фак-та по подготовке специалистов для заруб. стран мед. вузов / Л. А. Порошина. – Гомель : ГомГМУ, 2016. – 48 с.

УДК 616.65-002-022-036.12

М. А. Дрик, Я. В. Приходько

Научный руководитель: к.б.н., доцент Е. И. Дегтярёва

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ИНФЕКЦИОННЫЕ АГЕНТЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

Введение

Простатит (лат. prostatitis; анат. prostata — предстательная железа + -itis — воспаление) — термин, означающий воспалительные поражения предстательной железы.

Острый простатит — это острое воспалительное заболевание предстательной железы, вызванное бактериальным инфицированием ее ткани. Однако, при неуспешном лечении (несвоевременном, недостаточно оперативном и длительном, неадекватном, с неполной эрадикацией возбудителей) острого бактериального простатита заболевание переходит в хроническую форму. При хроническом простатите возникают аутоиммунные нарушения, характеризующиеся поражением паренхиматозной и интерстициальной ткани предстательной железы [1, 2].

В настоящее время хронический бактериальный простатит остается распространенным, плохо поддающимся лечению заболеванием. Чаще всего диагностируется у мужчин молодого возраста (20–40 лет) в период наибольшей сексуальной активности и нередко осложняется нарушением копулятивной и репродуктивной функций. На сегодняшний день данным заболеванием страдают от 8 до 35 % мужчин и лишь 2/3 мужской популяции обращаются за помощью [3].