

доверительных отношений. Активное участие пациента в системе коммуникации «врач – пациент» выражается в честности пациента при ответе на вопросы относительно симптомов и состояния здоровья, подробный рассказ пациента позволит врачу принимать более обоснованные решения. Врач также должен быть уверен в том, что пациент будет выполнять его рекомендации. Пациент не должен быть пассивным, он должен участвовать в выборе лечения. У врача и пациента могут быть разные мнения, и они должны уметь договариваться, чтобы выработать совместное согласованное решение. Обе стороны должны понимать друг друга, соблюдая границы.

Выводы. Подавляющее большинство респондентов (89 %) согласилось с тем, что общение врача и пациента – это улица с двусторонним движением и ответственность за здоровье пациента несет не только врач, но и сам пациент. Примечательно, что в Конституцию Республики Беларусь на республиканском референдуме 27.02.2022 г. среди прочих внесена поправка в статью 45 раздела «Личность. Общество. Государство»: «Гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение за счет государственных средств в порядке, установленном законом. *Граждане заботятся о сохранении собственного здоровья*» [1]. Таким образом, в Беларуси на уровне основного закона государства закреплена норма ответственности граждан за свое здоровье наряду с ответственностью государства за охрану здоровья граждан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Конституция Республики Беларусь [Электронный ресурс] // Президент Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://president.gov.by/ru/gosudarstvo/constitution>. – Date of access: 13.03.2024.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУЛЯРЕМИИ

Арцименя В. А., Прокопович В. Г.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Научный руководитель: ст. препод. Данилевич Н. А.

Актуальность. Туляремия – зоонозная природно-очаговая особо опасная инфекция, вызываемая грамотрицательной коккобациллой *Francisella tularensis* [1]. В последние годы в Республике Беларусь отмечается неуклонный рост заболеваемости туляремией [2].

Цель. Изучить клинико-эпидемиологические особенности туляремии в г. Гродно и Гродненской области за 2022 год.

Методы исследования. Анализ 5 историй болезни пациентов с лабораторно подтвержденным диагнозом туляремии, которые находились на стационарном лечении в УЗ «Гродненская областная клиническая инфекционная больница», УЗ «Островецкая центральная районная клиническая больница» в 2022 году.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты мужского пола находились в одинаковых эпидемиологических условиях в природном очаге туляремии. Трое из них накануне заболевания охотились вместе в лесах Брестской области Пружанском районе. Двое других находились в лесах Гродненской области Островецкого района по роду деятельности (геодезист, лесник). У всех пациентов отмечались множественные укусы насекомых, в том числе клещей. Все случаи пришлось на летний сезон.

Длительность инкубационного периода 3-7 суток. Все пациенты отмечали острое начало заболевания с повышением температуры тела до фебрильных цифр. Продолжительность лихорадочного периода колебалась от 6 до 13 дней. При поступлении 100% пациентов предъявляли жалобы на слабость, 80% на потливость, 80% на головную боль, 80% на боль в мышцах, 60% на боль в горле.

У 60% пациентов первичный аффект представлен дефектом кожи в виде медленно заживающих язв с нагноением в сочетании с регионарным лимфаденитом (в двух случаях на коже голени с паховым лимфаденитом, в одном случае на коже кисти с подмышечным лимфаденитом). В 20% случаев отмечалась односторонняя отечность, гиперемия, гипертрофия и гнойный налет на миндалинах в сочетании с лимфаденитом подчелюстных и шейных лимфатических узлов. Подмышечный лимфаденит без первичного аффекта выявлен в 20% случаев. Лимфаденит представлен в виде плотноватых конгломератов лимфатических узлов, не спаянных с кожей, умеренно болезненных при пальпации.

У 20% пациентов отмечалась сыпь в виде пустул с желтоватой жидкостью на коже головы, верхнего плечевого пояса и в виде папул на нижних конечностях.

При анализе лабораторных данных выявлено, что у 100% пациентов в общем анализе крови (ОАК) наблюдалось ускорение СОЭ, у 40% пациентов был выявлен лейкоцитоз, у 20% – тромбоцитопения, нейтропения, относительный лимфоцитоз. При оценке биохимического анализа крови (БАК) найдено, что у 100% пациентов повышен СРБ, у 40% – ЛДГ, АЛТ, у 20% – повышение АСТ и прокальцитонина.

По результатам ультразвукового исследования (УЗИ) у 100% наблюдались гепатомегалия, у 60% – спленомегалия, у 20% – гидроторакс.

Диагноз туляремии во всех случаях был подтвержден методом ИФА обнаружением IgM+, IgG+.

Распределение по частоте клинических форм следующее: ульцерогландулярная – 60%; ангинозно-гландулярная – 20%; glandулярная – 20%.

Специфическая антибактериальная терапия проводилась доксициклином, ципрофлоксацином. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. В описанных случаях основной механизм передачи инфекции трансмиссивный: через кожные покровы при укусе клещей и других насекомых. В случае клинической картины с острым началом заболевания, повышением температуры до высоких цифр, слабостью, потливостью, головной болью, миалгией в сочетании с лимфаденитом, гепатоспленомегалией и указанием на укусы насекомых в анамнезе – повод для обследования на туляремию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Суркунов V.M., Yakusevich T.V. Return of tularemia... What's next? Medicinskiy vestnik. 2022;50:4–6. (in Russian)
2. Туляремия-Инфекционные болезни [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.msmanuals.com/ru>. – Дата доступа: 09.03.2024

ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ КОЖИ У ДЕТЕЙ: 10 ЛЕТНИЙ ОПЫТ

Афанасенко Е. В., Гнедова А. В.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Глуткин А. В.

Актуальность. Электротравма занимает одно из ведущих мест в структуре детского травматизма. За последние 10 лет удельный вес электротермических ожогов вырос с 2,7% до 8%. Дети периода раннего детства и дошкольного возраста получают электротравму в домашних условиях при прямом контакте с проводником тока. Школьники и подростки электротравму получают при воздействии переменного или постоянного высоковольтного электричества при проникновении на электроподстанции [1].

Цель. Изучить структуру и тактику лечения электротермических ожогов кожи у детей.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 35 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с 2014 по 2023 годы.