

симптоматикой у матери и сокращением сроков грудного вскармливания ($p \leq 0,05$). В группе женщин с ПД 43,8% женщин отказались от грудного вскармливания, в свою очередь более 91,7% женщин КГ кормили грудью как минимум до 3-х месяцев жизни ребенка. Различия статистически достоверны ($\chi^2 = 4,215$).

2. Уровень ситуативной тревожности. Установлена положительная связь умеренной силы ($r=0,466$) между ПД и уровнем ситуативной тревожности ($p \leq 0,01$). 47,6% женщин с ПД имели высокий уровень ситуативной тревожности в послеродовом периоде. В ОГ таких женщин не было, а 46,7% – женщины с низким уровнем ситуативной тревожности.

Влияние послеродовой депрессии на физическое развитие ребенка в первые 3 месяца жизни. При сравнении ОГ и КГ не было выявлено статистически значимых различий в прибавках массы и длины тела ребенка в первые 3 месяца жизни.

Выводы:

1. Депрессии в послеродовом периоде в популяции женщин г. Минска широко распространены и выявляются у 58,3% женщин.

2. Факторы риска развития ПД: молодой возраст родителей и небольшая разница в возрасте, проживание семьи с родственниками, первые роды, ранняя выписка из роддома, оценка по Апгар ниже 9 баллов на 5-й минуте, высокая личностная тревожность матери.

3. Не выявлено влияния ПД матери на физическое развитие ребенка в первые 3 месяца жизни.

4. У женщин с депрессивными нарушениями в послеродовом периоде отмечаются тенденции к ограничению и отказу от грудного вскармливания в первые 3 месяца жизни ребенка.

5. Особенностью депрессии в послеродовом периоде является наличие выраженного тревожного компонента.

Литература:

1. Голубович, В.В. Эпидемиологическое исследование послеродовой депрессии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – Минск, 2004. – 100 с.

2. Голубович, В.В. Педиатрические аспекты материнской послеродовой депрессии // Медицинская панорама. – 2003. – № 1. – С. 68.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Довнар Р.И., Гук Н.С., Путята Д.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В арсенале современного терапевтического лечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки имеется множество достаточно эффективных препаратов: антихеликобактерные средства, блокаторы H₂-рецепторов

третьего поколения, ингибиторы протонной помпы, новые препараты репаративного действия [1]. Несмотря на это, в силу различных социально-экономических причин более 80% пациентов с язвенной болезнью не могут позволить себе адекватное медикаментозное, санаторно-курортное лечение и диетотерапию [2]. В результате частота прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки не имеет тенденции к снижению [3]. С другой стороны, несмотря на значительный технический прогресс в медицине, диагностика перфоративных язв в ряде случаев остается сложной задачей.

В связи с вышеизложенным нами была поставлена цель: оценить информативность диагностических методов прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки в современных условиях.

Материалы и методы. Нами изучены истории болезни пациентов, оперированных по поводу прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в УЗ «ГКБСМП г. Гродно» в 2014-2015 годах. Всего было 34 пациента, среди них 24 (71%) мужчины и 10 женщин (29%). Возраст – от 21 до 91 года. Средний возраст составил 53 года. В соответствии с принятыми в Республике Беларусь клиническими протоколами все пациенты были оперированы. Характер операций различен. У 9 (26,4%) пациентов выполнены лапароскопическое или лапароскопически ассистированное ушивание, у 21 (61,8%) пациента прободная язва ушита после выполнения лапаротомии, а у оставшихся 4 (11,8%) выполнена резекция желудка. Пациенты были доставлены через разное время после перфорации – от 30 минут до 7 суток. Среднее время после перфорации составило 16,8 ч. Истории болезни были проанализированы по выставленным диагнозам врачами скорой помощи, выполненным методам инструментальной диагностики и их результатам, диагнозам после операции.

Результаты и обсуждение. Согласно приведенным в истории болезни данным, 27 (79%) пациентов из 34 были доставлены бригадой скорой помощи, 4 (12%) пациента направлены из других лечебных учреждений после дообследования, одна пациентка (3%) находилась на лечении в данной больнице по поводу другого заболевания и 1 пациент (3%) обратился сам. При этом диагноз прободной язвы в качестве направляющего был только у 10 чел. (29%). При этом, если при направлении из других лечебных учреждений диагноз прободной язвы звучал в 3 случаях (75%) из 4, то в направляющем диагнозе скорой помощи только у 5 пациентов (19%) из 27.

Таким образом, уровень диагностики перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки на догоспитальном этапе у бригад скорой помощи остается низким. Объяснить это можно как меньшими диагностическими возможностями на данном этапе, так и меньшей профессиональной подготовкой в области экстренной хирургии.

Стандартными методами диагностики прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, согласно клиническим протоколам МЗ РБ, являются ФГДС и обзорная рентгенограмма брюшной полости. В нашем

исследовании ФГДС была выполнена у 29 пациентов (85%). У остальных до операции был выставлен диагноз перитонит (3%), что явилось показанием к лапаротомии без дальнейшей диагностики, либо выявлено наличие газа в брюшной полости по данным рентгенограммы (12%). Информативность в диагностике прободной язвы ФГДС составила 66%. У оставшихся пациентов во время ФГДС язва была выявлена, однако не установлено, что она прободная либо в целом язвыне выявлено.

Обзорная рентгенограмма брюшной полости выполнена у 30 пациентов (88%). При этом информативность обзорной рентгенограммы составила 97%. В 3% случаев выявить наличие газа в брюшной полости по данным рентгеновского исследования не удалось.

Считается, что косвенным признаком наличия прободной язвы желудка может служить наличие жидкости в брюшной полости по данным УЗИ. У исследуемых пациентов ультразвуковое исследование органов брюшной полости проведено у 24 чел. (71%). При этом свободная жидкость в брюшной полости по данным этого метода исследования, или информативность, составила 63%.

Таким образом, несмотря на явные успехи в техническом оснащении медицинских учреждений, в настоящее время отсутствует среди традиционно применяемых метод диагностики прободных язв желудка или двенадцатиперстной кишки со стопроцентной вероятностью. При этом информативность общепринятых инструментальных методов диагностики можно расположить в следующем порядке: обзорная рентгенограмма брюшной полости (97%), ФГДС (66%), УЗИ (63%).

Выводы:

1. При исключении диагноза прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки нельзя руководствоваться данными только одного инструментального метода, так как отсутствует стопроцентная информативность.

2. Только комплекс выполненных методов диагностики позволит правильно поставить диагноз прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки или исключить его.

3. Необходимо повышать уровень профессиональной подготовки врачей и фельдшеров бригады скорой помощи в плане диагностики перфоративных язв гастродуоденальной зоны.

Литература:

1. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение / С.Ф. Багненко [и др.] // Вестник хирургии им. Грекова. – 2009. – № 6. – С. 12-15.

2. Постульцерорафический синдром, причины развития и патогенетические формы / А.Е. Борисов [и др.] // Вестник хирургии им. Грекова. – 2010. – № 3. – С. 25-28.

3. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / Гостищев В.К. [и др.] // Хирургия. – 2004. – № 3. – С. 10-16.