

что в целом совпадает с предложениями других исследователей [4, 6].

При анализе отдаленных краткосрочных результатов через 1-2 месяца после вмешательства менструальный цикл восстановился у 18 (85,7%) женщин 1-й группы и у 75 (84,2%) женщин 2-й группы.

Выводы:

1. Гистероскопия является высокоэффективным методом лечения внутриматочной патологии, характеризуется меньшей инвазивностью, сопровождается низкой частотой анестезиологических и интраоперационных осложнений, что свидетельствует о возможности ее применения в качестве альтернативы инструментального кюретажа.

2. Гистероскопия ПМ позволяет избежать повторных операций у женщин репродуктивного возраста, в результате чего снижается количество осложнений, которые нередко приводят к бесплодию.

3. Использование эндоскопических методов диагностики и лечения у женщин с ранними потерями беременности – высокоэффективно, поскольку позволяет определить особенности повреждения репродуктивных органов и выполнить необходимый объем в 96,5% случаев.

Литература:

1. Подзолкова, Н.М. Невынашивание беременности: учебно-методические рекомендации / Н.М. Подзолкова, М.Ю. Скворцова. – М., 2010. – 52 с.

2. Ранние потери беременности – новое понимание гормональных нарушений / Б.М. Венцковский [и др.] // Здоров'я України. – 2006. – № 8. – С. 20-25.

3. Сидельникова, В.М. Невынашивание беременности / В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих. – Москва, 2010. – 347 с.

4. Стрижаков, А.Н. Потеря беременности / А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко. – М.: МИА, 2007. – 224 с.

5. Чайкина, М.А. Привычное невынашивание беременности: факторы развития и особенности терапии / М.А. Чайкина // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2008. – № 5(14). – С.10-12.

6. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for improving preconception health and health care: United States: a report of the CC/ATSDR Preconception Care workgroup and the Select Panel on Preconception care // Morb. Mortal. Weekly. Rep. – 2006. – V.55. – P. 1-23.

Конюх Е.А., Добренко О.В., Рыбинская В.А.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Клиническая онкология детского возраста за прошедшее десятилетие добилась определенных успехов в понимании многих вопросов этиологии, патогенеза, особенностей клинического течения, диагностики и лечения ряда заболеваний опухолевой природы у

детей. Долго существовавшее мнение о редкости новообразований у детей в настоящее время ставится под сомнение. По данным М.В. Волкова, доброкачественные опухоли у детей составляют 92,8%, злокачественные – 7,2% (без учета лейкозов и лимфогранулематоза) [1]. Среди солидных опухолей у детей на первом месте стоят опухоли ЦНС [3].

Согласно имеющимся статистическим данным (официальные отчеты и данные канцеррегистров) за 1996 г., общая заболеваемость злокачественными новообразованиями у детей России составила от 3100 до 4450 случаев, причем в структуре заболеваемости гемобластыозы составляют 45-46% (или от 1400 до 2100 случаев в год). Наибольший удельный вес в этой структуре принадлежит лейкозам (1000-1400 случаев). Показатель заболеваемости лейкозом в разных регионах России на 100 000 детского населения за последние 8-10 лет составил от 2,8 до 3,2 [2].

Цель исследования: дать эпидемиологическую характеристику доброкачественных и злокачественных новообразований у детей Гродненской области.

Материал и методы. Проанализированы 456 медицинских карт пациентов с новообразованиями, госпитализированных в отделения Учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» (УЗ «ГОДКБ») в период с 2009 по 2011 гг. Учитывались жалобы детей и/или их родителей, методы и сроки диагностики новообразований.

Возраст пациентов составлял от 6 ч жизни до 17 лет. При этом дети до 1 года составили 31% (142 ребенка), старше 1 года – 69,0% (314 чел.). По половому признаку разделение было следующим: девочки – 228, мальчики – 228 чел. 17,5% (80 пациентов) проживают в сельской местности, 82,5% (376 чел.) – в городской. 54 ребенка (11,8%) были госпитализированы в стационар в экстренном порядке, планово – 88,2% (402 чел.).

Результаты. При анализе полученных данных установлено, что в 2009 г. в отделениях УЗ «ГОДКБ» выявлено 146 новообразований, в 2010 г. – 166, в 2011 г. – 144. Данный факт указывает на то, что тенденции к росту количества новообразований у детей не наблюдается.

Распределение процентного соотношения новообразований органов и систем представлено в таблице.

Результаты анализа показали, что наиболее часто у детей встречаются поражения кожи (38,8%), системы кроветворения (35,5%), новообразования соединительной (5,9%) и жировой ткани (5,0%), нервной (4,4%) и лимфатической систем (3,9%). Полученные нами данные представляют общее количество новообразований, учитывая, что установить злокачественный и доброкачественный характер новообразований на уровне УЗ «ГОДКБ» не всегда представляется возможным в связи с необходимостью гистологического исследования материала с использованием иммуногистохимического и других методов.

Таблица – Количество новообразований органов и систем

<i>Система</i>	<i>%</i>
Кожа и придатки	38,8%
Система кроветворения	35,5%
Соединительная ткань	5,9%
Жировая ткань	5,0%
Нервная система	4,4%
Лимфатическая система	3,9%
Мочевыделительная система	1,8%
Эндокринная система	1,1%
Тератомы	0,9%
Система кровообращения	0,6%
Желудочно-кишечный тракт	0,6%
Половая система	0,4%
Костная ткань	0,4%
Мышечная ткань	0,2%

При этом у 50 пациентов (11,0%) наличие опухоли диагностировано в течение первых суток пребывания в стационаре, у 374 (82,0%) – в течение трех суток, у 22 (7,0%) для подтверждения диагноза потребовалось более 3 дней. 360 детей (78,9%) были прооперированы в хирургическом отделении «ГОДКБ», 48 (10,5%) – переведены в учреждения здравоохранения республиканского уровня. Большинство новообразований диагностируются в течение первых трех суток от момента поступления в стационар. Большая часть из них (83%) – доброкачественные новообразования кожи и жировой ткани, что дает возможность проведения хирургического лечения. Для диагностики новообразований у некоторых пациентов потребовалось более 3 суток, что, по нашему мнению, связано со сглаженностью клинической симптоматики, а также с тем, что опухоли могут скрываться под «масками» других соматических заболеваний.

Нами проанализированы клинические и лабораторные проявления новообразований при поступлении пациентов в стационар. Наиболее частыми жалобами были локальные изменения кожных покровов (у 87,7%), болевой синдром (у 12,1%), повышение температуры тела до субфебрильных цифр (4,2%), лихорадка (1,5%) и снижение аппетита (3,5%).

По результатам общего анализа крови у 74 детей (16,2%) выявлена анемия, у 80 (17,5%) – лейкоцитоз, у 17 (3,7%) – тромбоцитопения, повышение СОЭ – у 62 пациентов (13,6%). Верификация диагноза в 120 случаях (26,3%) проведена с использованием УЗИ, в 40 случаях (8,7%) – КТ/МРТ, локальные новообразования – при гистологическом исследовании.

Выводы:

1. Зависимости развития новообразований от пола ребенка не выявлено.

2. Около 30% опухолей выявляется у детей до 1 года.
3. Чаще новообразования диагностируются у городского детского населения области.
4. Верификация заболевания практически в 90% случаев проводится в течение первых 3-х суток госпитализации в стационар.
5. Наиболее часто в детском возрасте встречаются новообразования кожи и поражение органов кроветворения (38,8% и 35,5%, соответственно).
6. У 7% детей для диагностики новообразования необходимо более 3 дней, что требует большей настороженности у врачей-педиатров и детских хирургов.

Литература:

1. Волков, М.В. Первичные опухоли костей у детей / М.В. Волков. – М: Медицина, 1974. – 560 с.
2. Курмашов, В.И. Возможности и пути ранней диагностики гемобластозов у детей / В.И. Курмашов // Лечащий врач. - №2. – 1998. - С. 8-14.
3. Low-grade gliomas: Review of 10 years / M.J. Pardal Souto [et all.] // An Pediatr (Barc). – 2014, May 23. pii: S1695-4033(14)00087-3. doi: 10.1016/j.anpedi.2014.02.009. [Epub. ahead of print].

Королев П.М., Полякова В.И.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФЕНОМЕНА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В последние годы большое внимание уделяется проблеме применения здоровьесберегающих технологий в условиях высшего образования, мобилизирующих ресурсный потенциал участников образовательного процесса на достижение цели [1].

Известно, что студенты вузов испытывают информационный стресс, особенно в период экзаменационной сессии, что способствует развитию феномена эмоционального выгорания (ЭВ), характеризующегося постепенной утратой эмоциональной, познавательной и физической энергии, проявляющегося в симптомах эмоционального, умственного и физического истощения [2, 3].

Актуальность и практическая значимость исследований феномена ЭВ обусловлена достаточно широким его распространением среди населения, в том числе и среди студентов-медиков, учебный процесс которых относится к числу эмоционально напряженных видов труда, что отражается на уровне психического и соматического здоровья.

Однако в литературе недостаточно четко отражена динамика ЭВ у студентов-медиков в зависимости от стадии учебного процесса.