

группе пациентов с нормальным ИМТ, болеющих коронавирусной инфекцией, значительно эффективнее и зачастую не требуют повышения дозировки НМГ и назначения дополнительной терапии.

Родоразрешение 42 и 27 пациентов из исследуемой группы и группы сравнения, соответственно, произошло через естественные родовые пути и закончилось срочными родами, живым, доношенным плодом, что составило 76 и 96%, соответственно, от общего количества пациентов. Оставшиеся 24 и 4% родоразрешились оперативным путем в срок, живым доношенным плодом, по показаниям со стороны матери. У 4 новорожденных, рожденных от матерей из числа пациентов исследуемой группы, наблюдались признаки врожденной пневмонии (ПЦР на SARS-CoV-2 – отриц.). Все новорожденные, рожденные от матерей группы сравнения, врожденной патологии не имели.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты с изначально избыточной массой тела подвержены более высокому риску тромбообразования во время беременности на фоне коронавирусной инфекции и должны включаться в группу риска по тромбоэмболическим осложнениям, при постановке на учет по беременности в женской консультации и на этапе предгравидарной подготовки. Пациенты данной группы переносят коронавирусную инфекцию в более тяжелой форме и нуждаются в назначении НМГ в максимально допустимых дозировках, зачастую превосходящих профилактические. У беременных, не имеющих метаболических нарушений, коронавирусная инфекция протекает в более легкой форме и для нормализации коагуляционного гемостаза не требует назначения НМГ в дозировках, превышающих профилактические.

Рождение здоровых детей у матерей, перенесших коронавирусную инфекцию во время беременности в легкой форме, свидетельствует о низком риске перинатальных осложнений.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОК, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ДЕТСКОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Шейбак В. М., Обуховская Е. И., Лавцова Н. В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. По статистическим данным Республики Беларусь, первичная заболеваемость мочеполовой системы за период 2019 г. среди детей составляет 1 192,2 случая на 100 тыс. населения [1]. Заболеваемость гинекологической патологией растет с каждым годом, возможной причиной чему могут быть: улучшение диагностических возможностей, низкая сексуальная просвещенность населения, ускорение роста и развития детей и

подростков по сравнению с предшествующими поколениями. Актуальность данной проблемы все больше привлекает внимание врачей.

Репродуктивное здоровье – важнейшая часть общего здоровья, его сохранение позволяет вести полноценную жизнь населению во всех личностных аспектах. Более того, своевременная диагностика и лечение гинекологической патологии позволяет решить ряд социально-демографических проблем. Важность участия педиатра, детского хирурга и гинеколога в решении проблем репродуктивной сферы неоспорима.

Важно знать, что некоторые гинекологические заболевания протекают под маской абдоминального синдрома, что может привести к поздней диагностике, проведению необоснованных оперативных вмешательств и неадекватному лечению. Во избежание диагностических ошибок, помимо проведения лабораторных и инструментальных методов исследования, необходимо уделять должное внимание сбору анамнеза, а именно: уточнять сведения о менструальной функции, наличии половой жизни, использовании средств контрацепции [3].

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что гинекологическая патология в педиатрии актуальна и требует усиленного внимания не только акушеров-гинекологов, но и врачей разных специальностей. Владея знаниями клиники, диагностики, структуры заболеваний и принципов их лечения, можно избежать острых состояний и нарушений репродуктивных функций в будущем.

Цель – анализ структуры гинекологических заболеваний с проявлением абдоминального синдрома у девочек разного возраста, методов их диагностики и необходимости хирургического лечения.

Материалы и методы. Проанализированы 54 истории болезни пациентов с гинекологическими заболеваниями за 2020 г., поступивших в хирургическое отделение Гродненской областной детской клинической больницы.

Результаты и их обсуждение. Все девочки поступили экстренно в хирургическое отделение с предварительным диагнозом при поступлении – острый аппендицит. Госпитализировались девочки в возрасте от 5 до 17 лет, средний возраст поступивших – 14 лет. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 5 койко-дней. С момента начала заболевания до обращения в больницу время составило до 6 ч – 16 чел., от 6 до 24 ч – 16 чел., после 24 ч – 22 человека. 13 пациентов направлены врачом скорой помощи, 18 – самостоятельно, 15 – направлены детской поликлиникой, 6 – другим способом.

При поступлении был проведен общий осмотр хирургом, осмотр гинекологом 32 пациенток, у всех взят общий анализ крови, УЗИ органов малого таза было выполнено 48 пациенткам, 4 проводилась МРТ и 1 – КТ. По результатам общего анализа крови установлено, что у 17 был лейкоцитоз, у 5 снижен гемоглобин, в 4 случаях – повышение СОЭ.

В ходе обследования выставлены диагнозы: альгоменорея – 12 (21%); апоплексия правого яичника – 9 (17%), левого яичника – 1 (2%); киста правого

яичника – 8 (13%), левого яичника – 4 (7,6%); нарушение менструального цикла – 2 (3,8%); овуляторный синдром – 4 (7,6%); перекрут и некроз правого яичника – 2 (3,8%), синдром предменструального напряжения – (3,8%); фолликулярные кисты правого яичника – 2 (3,8%), левого яичника – 1 (2%). Единичные случаи: агенезия левого яичника, вульвовагинит, острый гнойный бартолинит, острый и подострый правосторонние аднекситы, разрыв кисты правого яичника, перекрут кистомы правого яичника.

Операция проводилась 17 пациентам, среди них 14 была проведена диагностическая лапароскопия; лапароскопическая санация брюшной полости и дренирование – 3; лапароскопическое удаление правого яичника вместе с симультанной аппендектомией – 1; тубэктомия справа, дренирование брюшной полости – 1; вскрытие кисты бартолиновой железы – 1; лапаротомия по Пфаненштилю, аднексэктомия справа – 1, удаление гидатид правой маточной трубы, удаление эмбрионального тяжа брюшной полости, дренирование брюшной полости – 1. Антибиотикотерапия проводилась 14 пациенткам.

Исход заболевания: выздоровели – 20, улучшение – у 26, 6 девочек были переведены в больницу скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с диагнозами: киста правого яичника – 3, киста левого яичника, апоплексия правого яичника и фолликулярная киста левого яичника.

Выводы:

- Среди всех поступивших в детское хирургическое отделение с гинекологической патологией оперативное вмешательство проводилось 16 пациентам (30,8%).
- Гинекологические заболевания следует дифференцировать с острым аппендицитом путем проведения УЗИ, МРТ и КТ-диагностики, осмотра детским акушером-гинекологом.
- Преобладали девочки с диагнозом альгоменорея, среди органической патологии – апоплексия и кисты яичников (чаще всего поражается правый яичник).
- Детским хирургам необходимо знать гинекологическую патологию, уметь грамотно ее диагностировать и проводить как экстренные, так и плановые операции.

Литература

1. И. В. Медведева, И. С. Кангро, Ж. Н. Василевская, Демографический ежегодник Республики Беларусь. – Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Минск 2019 г., с. 429.
2. Адамян Л. В., Богданова Е. А. Оперативная гинекология детей и подростков. М.: ЭликсКом. 2004. 206 с.
3. Богданова Е. А., Адамян Л. В., Сибирская Е. В., Глыбина Т. М. Гинекологическая патология у детей и подростков как причина абдоминального синдрома. Проблемы репродукции. 2011; 1: 28–35.