

ЛИТЕРАТУРА

1. Проблема внутрибольничной инфекции в многопрофильном стационаре как часть экосоциальных взаимоотношений человека и окружающей среды / В. А. Глущенко, А. В. Лямин, Е. Е. Круглов // Здоровье населения, качество жизни и социально-гигиенический мониторинг. – 26.09.2014 – С. 839–842.

2. Нозокомиальная инфекция в отделениях интенсивной терапии / Лопатин А.Ф. [и др.] // Эффективная фармакотерапия. – 2010. – №1 – С. 42–51.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ НА ФОНЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Сурмачевская А. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Шейбак В. М.

Актуальность. Абдоминальный синдром – самая частая причина госпитализации в хирургическое отделение. Важно помнить, что боли в животе при гинекологических патологиях могут протекать под маской хирургических заболеваний, что может привести к несвоевременной диагностике, выполнения необоснованных хирургических вмешательств и неправильной тактике ведения пациентов [1,2].

Цель. Изучить структуру гинекологических заболеваний, которые проявляются абдоминальным синдромом, методы диагностики и необходимость хирургического вмешательства.

Методы исследования. Проанализировано 116 историй болезни пациентов с гинекологической патологией, которые находились на лечении в ГОДКБ в 2022–2023 году.

Результаты и их обсуждение. На лечении в хирургическом отделении находилось 116 девочек, из них 84 девочки поступили с предварительным диагнозом «острый аппендицит». Возраст госпитализированных: от 1 до 3 лет – 1 (1 %) пациент, с 3 до 6 лет – 1 (1 %) пациент, с 6 до 12 лет – 11 (9,5 %) девочек, с 12 до 17 лет – 103 (88,8 %) человека. 34 (29,3 %) девочки поступили в стационар до 6 часов от момента начала заболевания, 44 пациентки (37,9 %) – от 6 до 24 часов, 38 (32,8 %) – через 24 часа. 7 (6,0 %) пациентов были направлены детской поликлиникой, 58 (50 %) доставлены бригадой скорой медицинской помощи, 43 (37 %) обратились самостоятельно, 8 (7 %) – другим способом. В анализе крови: у 73 (62,9 %) был лейкоцитоз, у 2 (1,7 %) наблюдалась лейкопения, у 14 (12 %) было повышение СОЭ, в 8 (6,9 %) случаях было

выявлено снижение уровня гемоглобина. У 16 (13,8 %) было повышение СРБ, у 4 (3,4 %) – повышение щелочной фосфатазы. УЗИ органов малого таза было выполнено 108 (93,1 %) пациентам, 3 (2,6 %) пациентам проводилось МРТ и 1 (0,9 %) – КТ. По данным УЗИ: у 29 (25 %) – без патологии, у 3 (2,6 %) – кровоизлияние в кисту правого яичника, апоплексия правого яичника – у 11 (9,5 %), перекрут правого яичника – у 11 (9,5 %), левого – 1 (1 %), увеличение в размере левого яичника – 5 (4,3 %), апоплексия правого яичника – у 6 (5,2 %); увеличение в размере правого яичника – у 6 (5,2 %), у 1 (0,8 %) – признаки двурогой матки, наличие свободной жидкости в малом тазу – у 24 (20,7 %), у 17 (14,6 %) – кисты яичников с наличием жидкости в позадматочном пространстве, у 21 (18,1 %) – признаки кисты левого яичника, у 12 (10,3 %) – правого. Осмотр гинекологом был произведен 77 (66,3 %) девочкам. В ходе обследования были выставлены клинические диагнозы: «альгоменорея» – 23 (19,8 %); «дисменорея» – 8 (6,9 %), «апоплексия правого яичника» – 6 (5,2 %); «киста левого яичника» – 19 (16,4 %), правого – 37 (31,9 %); «овуляторный синдром» – 4 (3,4 %); «перекрут правого яичника» – 11 (9,5 %), левого – 1 (1 %), «вульвовагинит» – 1 (1 %), «аднексит» – 4 (3,4 %), «двурогая матка» – 1 (1 %). Консервативное лечение получили 97 (83,6 %) пациенток. Оперативное вмешательство было проведено 19 (16,4 %) пациентов, из которых: 6 была проведена диагностическая лапароскопия; лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости – 6; лапароскопическое удаление кисты левого яичника – 3; лапароскопическое удаление кисты левой маточной трубы – 2, лапаротомия по Пфаненштилю, овариэктомия слева – 2. Средняя продолжительность стационарного лечения у прооперированных составила – 9 койко-дней, у непрооперированных – 4 койко-дня. Исход заболевания: выздоровление – 17, улучшение – 62, 37 пациенток были переведены в Городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение.

Выводы.

1. Наиболее частый возраст пациенток с гинекологической патологией – с 12 до 17 лет – 103 (88,8 %) человека.
2. В структуре гинекологической патологии преобладают кисты правого яичника (31,9 %).
3. Среди поступивших с гинекологической патологией в хирургическое отделение хирургическое вмешательство выполнялось 19 (16,4 %) девочкам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян, Л. В., Богданова, Е. А. Оперативная гинекология детей и подростков. М.: ЭликсКом. 2004. 206 с.
2. 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.