

ременности, родов и послеродового периода у женщин основной и контрольной групп статистически значимых различий не выявлено (таблица 1).

Таблица 1 — Сравнение частоты возникновения осложнений беременности и родов у женщин основной и контрольной групп.

Осложнение	Основная группа (n = 20)	Контрольная группа (n = 20)	$\chi^2$	p
Преждевременное излитие околоплодных вод	7(35 %)	4(20 %)	6,46	0,011*
Анемия беременных	5(25 %)	8(40 %)	1,02	0,311
Аномалии родовой деятельности	4(20 %)	0	4,44	0,035 *
Дефект плаценты	4(20 %)	0	4,44	0,035 *
Самопроизвольный выкидыш	3(15 %)	2(10 %)	0,23	0,632
Гестоз	2(10 %)	0	2,10	0,147
Субинволюция матки	2(10 %)	0	2,10	0,147
Гематометра	2(10 %)	0	2,10	0,147
Угрожающие преждевременные роды	1(5 %)	0	1,03	0,314
Неразвивающаяся беременность	1(5 %)	0	1,03	0,314
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	1(5 %)	0	1,03	0,314

\* различия достоверны при сравнении основной и контрольной групп ( $p < 0,05$ ).

### **Выводы**

В ходе проведенного исследования были получены статистически значимые различия увеличения частоты встречаемости преждевременного излития околоплодных вод ( $\chi^2 = 6,46$ ;  $p = 0,011$ ) у женщин основной группы. Такие осложнения как дефекты плаценты ( $\chi^2 = 4,44$ ;  $p = 0,035$ ) и аномалии родовой деятельности ( $\chi^2 = 4,44$ ;  $p = 0,035$ ) были выявлены в основной группе и не встречались у женщин группы контроля. Это достоверно доказывает влияние перенесенного туберкулеза на возникновение дефектов плаценты и аномалий родовой деятельности у женщин с данным заболеванием в анамнезе. Таким образом, женщин, перенесших туберкулез, следует относить к группе повышенного риска по возникновению осложнений беременности и родов.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Государственная научно-техническая программа «Инфекции и нанотехнологии» / В. А. Горбунов [и др.] // Сборник научных трудов / ГУ РНПЦЭМ. — Минск, 2012. — Вып. 5: Современные проблемы инфекционной патологии человека. — 23–24 с.
2. Копылова, И. Ф. Материнство и туберкулез / И. Ф. Копылова, Г. Е. Петерс // Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области. Кемеровский областной перинатальный центр. Научно-практический медицинский журнал «Мать и дитя». — 2003. — № 3 (14). — 3–9 с.

УДК 616.346.2-002.1-053.2-07-08[1997-2014](476.2)

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОГО РАЙОНА ЗА ПЕРИОД 1997–2014 ГГ.**

*Прохоренко Д. Г., Кудрявцева Д. А., Курбацкая О. А.*

**Научный руководитель: ассистент С. Ю. Баранов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

Воспалительные процессы в брюшной полости в настоящее время продолжают оставаться одной из актуальных проблем экстренной детской хирургии. Наибольшее их количество в детском возрасте традиционно приходится на острый аппендицит (ОА) [1, 4, 5]. Операции при ОА у детей составляют 75 % всех экстренных оперативных вмеша-

тельств. Возрастная заболеваемость ОА по данным ряда авторов составляет: от года до 3 — 0,6 на 1 тыс.; от 4 до 7 — 2,6 на 1 тыс.; 13 лет — 8 на 1 тыс. Пик заболеваемости в детском возрасте приходится на возраст 10–12 лет. Наименьшая заболеваемость аппендицит встречается у младенцев. Мальчики болеют в 2 раза чаще девочек. Клиническое течение ОА у детей младшего возраста более тяжелое, с преобладанием общих симптомов [1, 4].

Уровень смертности в детстве по мировой статистике менее 1 %.

При этом возможные диагностические ошибки в стационаре могут составлять от 3 до 15 % [2, 3], а на догоспитальном этапе — до 70 %, что из-за гипер- или гиподиагностики определяет неправильный выбор тактики и развитие последующих проблем [2, 3, 4]. Принцип «сомневаешься — оперируй» еще широко распространен среди хирургов [1, 3].

### **Целью**

Изучение особенностей госпитализируемых детей с ОА, демонстрация произошедших количественных и качественных изменений у пациентов с деструктивными формами ОА по результатам работы отделения детской хирургии (ДХО) учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (ГОКБ) за период 1997–2014 гг.

### **Материалы и методы**

По унифицированным схемам был проведен ретроспективный анализ 6381 историй болезни детей, оперированных при ургентной абдоминальной патологии воспалительного генеза в ДХО ГОКБ за период 1997–2014 гг.

### **Результаты и обсуждение**

Было отмечено относительное увеличение числа экстренных аппендэктомий детям в весенние и осенние периоды. Госпитализация детей в стационар более чем на 65 % была осуществлена бригадами скорой медицинской помощи, в 11 % случаях — обратились самостоятельно, остальные поступили из поликлиник или других стационаров. Основной причиной развития осложненных форм деструктивного аппендицита явилась поздняя обращаемость за медицинской помощью.

За указанные годы была отмечена динамика к снижению абсолютного числа выполнения аппендэктомий (в возрасте до 15 лет включительно), с некоторой стабилизацией в последние годы.

Большинство из числа всех оперированных детей составили городские жители (около 82 %), в основном жители г. Гомеля. Мальчики составили почти 58 %. Преимущественный возраст встречаемости патологии составил с 9 до 13 лет.

В клинической картине пациентов более младшего возраста традиционно доминировали общеинтоксикационные симптомы (более частая рвота, повышение температуры тела, возможен понос).

У значительного большинства оперированных детей в общем анализе крови отмечался лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, изредка — нормоцитоз. Показатели скорости оседания эритроцитов (СОЭ) в основном были умеренно повышены.

В динамике значительно увеличился удельный вес флегмонозных форм ОА, происходит относительное и абсолютное снижение осложненных форм ОА. Благодаря активному применению в последние годы в учреждении ультразвуковой и видеолапароскопической техники уменьшилось количество «напрасных аппендэктомий», а, соответственно, снизилось и число катаральных форм ОА до 2–4 %

Анализируя ретроспективно морфологические формы ОА наиболее трудными клинически в диагностике явились катаральные и осложненные деструктивные формы данного заболевания. Это могло быть обусловлено клиническими особенностями указанных форм, анатомическим расположением отростка, возрастными нюансами, сопутствующей патологией.

Самыми частыми заболеваниями, протекавшими под «маской» лже-ОА, оказались кишечная колика, кишечные инфекции, неспецифический мезаденит, первичный перитонит.

Попутная резекция измененного большого сальника относительно увеличилась в динамике с 11 % операций до 16–17 %, без тенденции к абсолютному снижению.

В полученных посевах выпота из брюшной полости при запущенных деструктивных формах ОА нередко отсутствовали данные о росте аэробной микрофлоры, а в остальных доминировала *E. coli* и эпидермальный стрептококк, реже — другие микроорганизмы.

Послеоперационный период в основном протекал благоприятно (до 99 %), время нахождения детей в отделении при «флегмонозной форме ОА» в среднем составляло от 7 до 9 дней, при «гангренозной» — до 10–12 дней.

#### **Выводы**

Несколько чаще по поводу острого аппендицита оперируются мальчики.

Преимущественный возраст встречаемости острого аппендицита у детей приходится на возраст 9–13 лет.

Особой разницы в течение года по значительному увеличению оперативной активности по поводу острого аппендицита у детей не отмечено, наблюдается некоторое увеличение в весенние и осенние периоды.

Наиболее частой формой оперируемого острого аппендицита остается «флегмонозная», причем с тенденцией к значительному увеличению удельного веса благодаря современным достижениям диагностической техники и качеству диагностического скрининга врачей–хирургов отделения.

Поздняя обращаемость за медицинской помощью остается основной причиной развития осложненных форм деструктивного аппендицита.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Брянцев, А. В. Лапароскопия в диагностике и лечении острой хирургической патологии внутренних половых органов у девочек: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1999.
2. Дронов, А. Ф. Эндоскопическая хирургия у детей / А. Ф. Дронов, И. В. Поддубный, В. И. Котлобовский. — М., 2002. — 440 с.
3. Выбор хирургической тактики при остром аппендиците / Х. Т. Нишанов [и др.] // Эндоскоп хир., 2003. — 6. — С. 38–41.
4. Ротков, И. Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците / И. Л. Ротков. — М: Медицина, 1988. — 208 с.
5. Юдин, Я. Б. Острый аппендицит у детей / Я. Б. Юдин, Ю. Д. Прокопенко, К. К. Федоров. — М., 1998. — 256 с.

**УДК: 616.72-002.77:575.113**

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО И ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

*Процюк Л. А.*

**Научный руководитель: д.м.н., проф. Н. А. Станиславчук**

**«Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова»  
г. Винница, Украина**

#### **Введение**

Существует немного исследований пограничных психических нарушений при ревматоидном артрите (РА), что обуславливает диагностические ошибки, несвоевременное лечение указанных расстройств, а это в свою очередь, приводит к росту продолжительности и снижению эффективности лечения, быстрой инвалидизации и ухудшению качества жизни больных [1–4].

#### **Цель**

Изучить особенности психического и личностно-психологического состояния больных РА.

#### **Материалы и методы исследования**

Оценка психического и личностно-психологического состояния проведена у 101 больного РА, средний возраст —  $42,6 \pm 1,7$  года, находившихся на лечении в Винницкой областной клинической больнице. Контрольная группа — 50 здоровых доноров. Оценка тревож-