До аппликации тейпов и после респондентам было предложено оценить свое настроение и раздражительность по балльной шкале от 0 до 10. При внутригрупповом анализе значений настроения и раздражительности по баллам статистически значимых различий выявлено не было, однако имеется значимое различие между оценкой раздражительности на фоне аппликации кинезиотейпа в основной группе ($7,0 \pm 2,3$) и группе сравнения ($8,3 \pm 1,7$) ($p < 0,05$).

Выводы

1. Применение кинезиотейпов на поясничную или надлобковую область снижает интенсивность боли с $6,6 \pm 2,2$ до $4,8 \pm 2,2$ ($p \leq 0,01$).
2. Аппликация тейпов на надлобковую или крестцовую области снижает интенсивность вечерней боли ($p > 0,05$).
3. Кинезиотейпирование на надлобковую или крестцовую области при дисменорее улучшает социальные связи ($p < 0,05$).
4. На фоне применения тейпов снижается раздражительность во время менструации ($p < 0,05$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Effects of kinesio tape application on pain, anxiety, and menstrual complaints in women with primary dysmenorrhea: A randomized sham-controlled trial / S. T. Celenay, B. Kavalci, A. Karakus [et al.] // *Complementary Therapies in Clinical Practice*. – 2020. – Vol. 39. – P. 101–148.
2. Safety and efficacy of therapeutic taping in primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis / E. Bandara, W. Kularathne, K. Brain [et al.] // *Sci Rep*. – 2022. – Vol. 12, № 1. – P. 7146.
3. Šabec, L. The effects of taping in the management of primary dysmenorrhoea: A systematic review with meta-analysis / L. Šabec, I. Golob, Ž. Kozinc // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. – 2024. – № 296. – P. 148–157.

УДК 616.346.2-002.1:618.7

И. И. Слепокурова

Научный руководитель: профессор кафедры д.м.н., доцент Ю. А. Лызикова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Введение

Острый аппендицит является наиболее распространенной хирургической патологией во время беременности [1]. Частота заболевания превышает популяционный уровень у женщин репродуктивного возраста, что является следствием физиологических изменений во время беременности: иммуносупрессии, гормонального влияния прогестерона на моторику кишечника, топографических особенностей расположения органов брюшной полости при беременности. Наиболее часто острый аппендицит встречается в I и II триместрах беременности (19–36 и 27–60 % соответственно), реже – в III (15–33 %) и в послеродовом периоде (6–8 %) [2]. Диагностика во время беременности затруднена из-за неспецифических признаков и симптомов, физиологических изменений и ограниченных возможностей визуализации. Следует отметить, что острый аппендицит является наиболее распространенным послеродовым заболеванием, не связанным с мочеполовой сферой, и наиболее частой причиной повторной госпитализации [3]. Диагностика заболевания в послеродовом периоде затруднена, вследствие чего острый аппендицит является частой причиной послеродового сепсиса, уступая только послеродовому сепсису.

Цель

Провести анализ клинического случая острого аппендицита в послеродовом периоде.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни на базе одной из больниц города Гомеля за период с 01.01.2024 по 01.01.2025. В исследование включена 1 пациентка, перенесшая острый аппендицит в послеродовом периоде. Проведен анализ клинико-лабораторных показателей, жалоб, особенностей хирургического вмешательства и послеоперационного периода. Все данные представлены с учетом принятия мер, направленных на предупреждение рисков, которые могут возникнуть при обработке персональных данных.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка N, 25 лет, поступила в родильное отделение по направлению врача женской консультации с диагнозом: беременность первая, 39 недель 4 дня. Подозрение на подтекание околоплодных вод.

Акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Беременность осложнилась анемией в сроке 30 недель.

При поступлении жалобы на схваткообразные боли внизу живота, жидкие выделения из половых путей. Диагноз при поступлении: Беременность 39–40 недель (279 дней). Первый период первых срочных родов. Раннее излитие околоплодных вод. ОГА (эктропион шейки матки). Миопия слабой степени.

Через 3 часа после поступления в стационар родила живого доношенного ребенка женского пола, весом 3220 г, 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Ребенок приложен к груди в течение 30 минут.

Продолжительность родов: первый период 06 часов 25 минут, второй период – 10 минут, 3 период 10 минут.

На 2 сутки послеродового периода у пациентки появились жалобы на тошноту, болезненные сокращения матки. Вечером этого же дня отмечала тошноту, рвоту съеденной пищей, боли внизу живота, болезненные сокращения матки. На 3 сутки консультирована хирургом, выполнено УЗИ органов брюшной полости.

Данные клинико-лабораторного обследования:

Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов (2 стуки послеродового периода): флора скудная, палочки, дрожжеподобные грибы не обнаружены.

Общий анализ крови (3 сутки послеродового периода): эритроциты $3,83 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 117 г/л, гематокрит 36,2, лейкоциты $14,6 \times 10^9/л$, нейтрофилы палочкоядерные 3%, нейтрофилы сегментоядерные 87%, лимфоциты 7%, моноциты 3%, СОЭ 30 мм/ч. Контроль уровня лейкоцитов (3 сутки послеродового периода): $16,6 \times 10^9/л$.

УЗИ органов малого таза (3 стуки послеродового периода): размеры матки 118×103 мм, полость матки 14 мм, выполнена однородным содержимым, над внутренним зевом расширена до 19 мм.

УЗИ органов брюшной полости (3 сутки послеродового периода): в правой подвздошной области определяется отечный участок кишки на протяжении около 60 мм до 12 мм толщиной на фоне гиперэхогенной инфильтрации окружающей клетчатки. Выпота в брюшной полости и малом тазу не выявлено.

На 3 сутки послеродового выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Послеоперационный диагноз: Острый гангренозный перфоративный аппендицит. Местный неотграниченный серозно-фибринозный перитонит, реактивная фаза.

Микробиологическое исследование отделяемого по дренажу: *E.coli*, со среды обогащения.

Послеоперационный период осложнился двусторонней сегментарной пневмонией.

Патогистологическое исследование последа: внутриутробная гипоксия. Клеточная пролиферация стромы ворсин. Диссоциация ворсин. Выпадение фибриноида. Очаговый париетальный хориодецидуит. Пуповина не изменена.

Получала лечение: цефотаксим, метронидазол, анальгин, димедрол, меропенем, омепразол, эноксапарин, противостолбнячная сыворотка.

Выписана в удовлетворительном состоянии на 12 сутки послеродового периода.

Выводы

Острый аппендицит является наиболее распространенным хирургическим заболеванием, однако диагностика данного заболевания в послеродовом периоде затруднена из-за атипичных проявлений и широкого диапазона заболеваний для дифференциальной диагностики, включающих эндометрит и другие послеродовые гнойно-септические заболевания. При наблюдении за пациентками в послеродовом периоде следует учитывать возможность развития острого аппендицита, так как перфорация аппендикса может явиться причиной послеродового сепсиса.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Экстрагенитальные заболевания и беременность / Д. С. Россолько, Е. И. Кахиани, Т. А. Дудниченко [и др.]. – Санкт-Петербург: Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, 2016. – 64 с.
2. Крот, И. Ф. Острый аппендицит в поздние сроки беременности / И. Ф. Крот, Е. А. Эйныш, А. А. Призенцов // Проблемы здоровья и экологии. – 2014. – № 4 (42). – С. 148–153.
3. Sahin, B. Are Cesarean Section and Appendectomy in Pregnancy and Puerperium Interrelated? A Cohort Study / B. Sahin, A. Tinelli, G. Augustin // Front Surg. – 2022. – Vol. 9. – P. 819418.

УДК 618.3-037:616.379-008.64

Е. И. Фетисова, А. А. Кольчевская

Научный руководитель: ассистент кафедры Е. П. Яковенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ФАКТОРЫ РИСКА, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Введение

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – это патологическое нарушение углеводного обмена, характеризующееся гипергликемией, которое выявляется во время беременности. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), частота гестационного сахарного диабета (ГСД) в мире варьируется от 7% до 18% в зависимости [1]. Потребность в медикаментозном лечении возникает у 15–30% пациентов с ГСД, а 70–85% пациентов с ГСД можно вести с помощью модификации диеты, изменения образа жизни, физической активности и контроля уровня глюкозы в крови [2]. ГСД проявляется средними уровнями глюкозы между нормальными уровнями для беременности и уровнями глюкозы, диагностическими для диабета у небеременных женщин [3]. Частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД достигает почти 80%. Угроза прерывания беременности и преждевременных родов отмечается у 30–50% пациенток [4].

Цель

Изучить факторы риска и осложнения в период беременности и родов у пациенток с ГСД и с нормально протекающей беременностью без нарушения углеводного обмена.