

писки из стационара, дети с резекцией тонкой кишки более 50 см нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении педиатра, иммунолога и хирурга.

У детей, перенесших резекцию 20–50 см, отсутствует выраженная клиническая симптоматика. В 93 % случаев наблюдаются изменения в копрограмме, такие как, наличие большого количества, нейтрального жира, зерен крахмала и обильного количества слизи в кале; в биохимическом анализе крови наблюдалось снижение общего белка, что свидетельствует о синдроме мальабсорбции. Такие дети нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении и коррекции нутритивного статуса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерпулева, Ю. В. Синдром короткой кишки у детей: причины развития и основные подходы к лечению / Ю. В. Ерпулева, А. У. Лекманов, А. К. Коновалов // Анестезиология и реаниматология. — 2006. — № 1. — С. 34–42.
2. Intestinal rehabilitation of infantile onset very short bowel syndrome / M. P. Pakarinen [et al.] // J. Pediatr. Surg. — 2015. — Vol. 50. — P. 289–292.
3. The first clinical application of the spiral intestinal lengthening and tailoring (silt) in extreme short bowel syndrome / T. J. Cserni [et al.] // Gastrointest. Surg. — 2014. — Vol. 18. — P. 1852–1857.
4. Опыт применения зондового питания у детей в условиях интенсивной терапии / В. В. Курек [и др.] // Анестезиология и реаниматология. — 2000. — № 1. — С. 78–83.
5. McKeage K. Teduglutide: a guide to its use in short bowel syndrome // Clin. Drug Invest. — 2015. — Vol. 35. — P. 335–340.
6. Соломенцева, Т. А. Синдром короткой кишки: тактика врача-гастроэнтеролога / Т. А. Соломенцева // Острые и неотложные состояния в практике врача. — 2009. — № 5. — С. 121–126.

УДК 616.381-002-02«2018»

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА У ПАЦИЕНТОВ ПО ДАННЫМ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНЕЙ ЗА 2018 Г.

Гришечкин В. Ю.

**Научные руководители: старший преподаватель Д. М. Адамович,
к.м.н., доцент Т. С. Угольник**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Перитонит представляет собой системный ответ организма на контакт брюшины с патогенным агентом, который имеет фазовое течение и проявляется тяжелой эндотоксикацией, парезом кишечника, расстройствами водно-электролитного баланса, в результате чего развиваются грубые нарушения системного и регионарного кровообращения, легочного газообмена [1, 3]. Особенности строения брюшины, ее обширная площадь, а также значимость выполняемых ею функций — экссудативной, резорбтивной и барьерной — не оставляют сомнений в опасности перитонита для жизнедеятельности организма [3, 7].

Перитонит является одним из наиболее частых, тяжелых и опасных осложнений острых хирургических заболеваний и травматических повреждений органов брюшной полости. В мирное время острый перитонит является причиной 2/3 смертей при хирургических заболеваниях органов брюшной полости [2, 6]. При распространенном перитоните летальность составляет 20–30 %, резко возрастающая среди больных с терминальной стадией перитонита и достигая 50–70 % [3, 6, 7].

Цель

Изучить причины развития перитонита по данным историй болезней у пациентов хирургических отделений УЗ «Гомельская областная клиническая больница» за 2018 г. и дать характеристику пациентам.

Материал и методы исследования

Были изучены 103 истории болезни пациентов, поступивших в экстренном порядке в хирургические отделения УЗ «Гомельская областная клиническая больница» за 2018 г. с диагнозом перитонит.

Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 13.3. trial. Данные в тексте представлены в формате $Me [Q_1; Q_3]$, где Me — медиана, Q_1 — нижний выборочный квартиль, Q_3 — верхний выборочный квартиль. Анализ различий частот двух независимых групп проводился с помощью точного критерия Фишера χ^2 с поправкой Йетса. Различия между анализируемыми показателями считались статистически значимыми при $p < 0,05$ [5].

Результаты исследования и их обсуждение

Всем пациентам в обследованной группе был выставлен диагноз перитонит. Все они имели симптомы местного или разлитого перитонита [4].

Среди всех случаев перитонита 55 % (57 пациентов) составили мужчины, 45 % (46 пациентов) — женщины.

Возраст больных с перитонитом находился в интервале от 19 до 78 лет. Пациенты в зависимости от возраста были разделены на 5 групп: 19–30 (25 [19; 30]) лет — 25 человек; 31–40 (37 [31; 40]) лет — 16 человек; 41–50 (44,5 [41; 50]) лет — 16 человек; 51–60 (56,6 [51; 60]) лет — 20 человек; 61–78 (68,5 [62; 78]) лет — 26 человек.

Также было выяснено, что 68 % (70 человек) были городскими жителями, 32 % (33 человека) — жители Гомельской области. Между жителями г. Гомеля и Гомельской области среди пациентов с перитонитом не было выявлено статистически значимых различий по полу и возрасту ($p > 0,05$).

Основные причины развития перитонита у пациентов обследованной группы приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Нозологическая характеристика пациентов с перитонитом

Нозология	Кол-во	%
Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	29	28,5
Панкреонекроз	23	22,5
Острый аппендицит	22	21
Травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства	11	11
Желчекаменная болезнь	9	8,5
Другие патологии	9	8,5

Наиболее частыми причинами (72 %) развития перитонита у пациентов обследованной группы были: перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (28,5 %), панкреонекроз (22,5 %) и острый аппендицит (21 %). Полученные результаты согласуются с данными других авторов, которые указывают, что наиболее часто к развитию перитонита приводит перфорация полого органа: желудка и двенадцатиперстной кишки (30 %), деструктивные формы аппендицита (более 20 %), поражения толстой кишки (20–25 %) и тонкой кишки (15 %) [6, 7].

Травма органов брюшной полости (11 %), желчекаменная болезнь (8,5 %) и другие патологии (8,5 %) у пациентов с перитонитом в обследованной группе встречались реже.

Выводы

1. Среди причин развития перитонита у пациентов обследованной группы наиболее часто встречались: перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (28,5 %), панкреонекроз (22,5 %) и острый аппендицит (21 %).

2. В структуре госпитализированных больных в хирургические отделения по поводу перитонита преобладали: лица мужского пола (55 %), городские жители (68 %), в возрастных группах 19–30 (24 %) и 61–78 лет (25 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Неотложная хирургия органов брюшной полости (клиническое руководство) / Р. Л. Ахметшин [и др.]; под ред. П. Г. Кондратенко, В. И. Русина. — Донецк: Издатель Заславский А. Ю., 2013.
2. *Гарбудзенко, Д. В.* Избранные лекции по неотложной абдоминальной хирургии / Д. В. Гарбудзенко // LAP Lambert Academic Publishing, 2012.
3. *Савельев, В. С.* Перитонит: практ. рук-во / под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова. — М.: Литтерра, 2006.
4. *Савельев, В. С.* Абдоминальная хирургическая инфекция. Национальные рекомендации / В. С. Савельев, Б. Р. Гельфанд. — М.: Боргес, 2011.
5. *Чубуков, Ж. А.* Описательная статистика / Ж. А. Чубуков, Т. С. Угольник. — Гомель: ГомГМУ, 2012. — 28 с.
6. *Saverio S. Di. [et al.] (eds.) // Acute Care Surgery Handbook, DOI 10.1007/978-3-319-15362-9_11.*
7. *Lawrence, P. F. [et al.] // Essentials of General Surgery and Surgical Specialties, the springer. — 2019.*

УДК 616.155.194.8-053.2(075.8)

**ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Гутник В. В.

Научный руководитель: старший преподаватель С. Н. Чепелев

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Анемия, будучи полиэтиологичной по своей природе, относится к наиболее часто встречающимся патологическим состояниям, с которыми ежедневно приходится сталкиваться врачам [1]. Железодефицитная анемия (ЖДА) является самой распространенной анемией, которая составляет 90 % от всех анемий у детей раннего возраста [2, 3]. Вопросы более подробного изучения этиологических аспектов ЖДА у детей раннего возраста явились предметом данного исследования.

Цель

Изучить этиологические особенности развития ЖДА у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования

В ходе исследования проведено анонимное анкетирование 388 матерей, возраст детей которых составил 1–3 года. Исследование выполнено на базе УЗ «6-я ГДКП» (г. Минск) в 2019 г. В представленной анкете были затронуты следующие вопросы: наличие ЖДА у матери во время беременности, наличие ЖДА у ребенка, вид вскармливания ребенка в первый год жизни. Значения $p < 0,05$ рассматривались как достоверные.

Результаты исследования и их обсуждения

Установлено, что у 270 (69,59 %) матерей имелась ЖДА во время беременности, 44 (11,34 %) матери отрицают и 74 (19,07 %) не помнят про ЖДА во время беременности. При анкетировании выявлено, что 109 (28,09 %) детей имели ЖДА, а у 279 (71,91 %) детей ЖДА отсутствовала. Установлено, что у детей, матери которых имели ЖДА, имеется статистически значимо выше вероятность развития ЖДА после рождения ($\chi^2 = 4,25$, $p < 0,05$) (рисунок 1).

Установлено, что у детей, находящихся на искусственном вскармливании, статистически значимо выше вероятность развития ЖДА по сравнению с другими видами вскармливания ($\chi^2 = 71,92$, $p < 0,01$) (рисунок 2).