

Основными немедикаментозными принципами коррекции АД будет являться соблюдение диеты с ограничением суточного каллоража за счет легкоусвояемых углеводов и животных жиров. Регулярная посильная дозированная физическая нагрузка. Контроль динамики веса, тощаковой гликемии, уровня АД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Садыкова, Д. И. Артериальная гипертензия у детей: причины и диагностика / Д. И. Садыкова // Практическая медицина. — 2010. — № 5. — С. 36–41.
2. Мищенко, А. А. Артериальная гипертензия у детей и подростков / А. А. Мищенко // Артериальная гипертензия. — 2011. — № 6. — С. 113–121.
3. Архипова, Н. Н. Вторичные артериальные гипертензии у детей / Н. Н. Архипова // Практическая медицина. — 2011. — № 5. — С. 20–24.

УДК 616.34-009.7-053.2

СИМПТОМ БОЛИ В ЖИВОТЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Орлов И. А., Орлова К. О.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Козловский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Очень важно правильно оценить абдоминальный болевой синдром у детей, т. к. от этого зависит направление диагностического поиска, своевременность и адекватность последующих лечебных мероприятий. Перед практическим врачом-педиатром встает целый ряд сложных вопросов, среди которых первый и наиболее существенный — является ли боль в животе проявлением острой хирургической патологии, требующей незамедлительного оперативного лечения? И второй, более уместный в случае рецидивирующей боли — является ли боль в животе проявлением органического заболевания, и какого, или она имеет функциональный характер [1, 2].

Установлено, что у пациентов с острой хирургической патологией существует прямая зависимость послеоперационной летальности от срока, прошедшего с момента начала заболевания до поступления больных в хирургический стационар и выполнения необходимого им оперативного вмешательства. Например, при перфорации желудка или кишечника, кишечной непроходимости, ущемленных грыжах в случаях поздней госпитализации больных, обусловленной ошибками первичной диагностики острого живота, а также выполнении операций более чем через сутки от начала заболевания послеоперационная летальность в 5–9 раз выше, чем в случаях, когда первичный диагноз этих заболеваний оказался своевременным и операция была выполнена в первые 6 ч [3, 4, 5].

Цель

Проанализировать структуру заболеваний у детей с болевым абдоминальным синдромом.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 249 медицинских карт пациентов (форма №003/у-07), поступивших в детское хирургическое отделение учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» с жалобами на боли в животе в период с января по март 2020 г.

Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного анализа установлено, что в детское хирургическое отделение учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» большинство пациентов с жалобами на боль в животе достоверно чаще поступают самостоятельно, бригадой скорой помощи доставлено лишь 84 человека (33,7 %) ($p < 0,001$).

Среди пациентов, поступивших с жалобами на боли в животе, чаще встречались мальчики (55 %), чем девочки (45 %). Возраст пациентов наиболее часто находился в пределах от 7 до 12 лет, среднее значение составило $9,79 \pm 1,4$ лет.

При поступлении в стационар все пациенты предъявляли жалобы на боль в животе, которая имела разную локализацию или со временем меняла ее. Из других симптомов чаще отмечалась тошнота (16,9 %), рвота (40,2 %), диарея (12 %), повышение температуры тела (47 %).

При объективном обследовании пациентов в 42 случаях отмечен положительный симптом Кохера — Волковича (16,9 %).

В результате анализа лабораторных данных пациентов с жалобами на боли в животе выявлено повышение числа лейкоцитов в первые сутки заболевания в среднем до $12,12 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$. При выписке пациентов из стационара число лейкоцитов составляло в среднем $7,9 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$. Других изменений в периферическом анализе крови не выявлено. Средний уровень лейкоцитов в первые сутки был повышен у пациентов с различной патологией: с острым аппендицитом составил $13,42 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$, с кишечной коликой — $9,81 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$, с функциональным расстройством желудка — $13,01 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$, у детей с острой респираторной инфекцией и кишечным синдромом — $13,23 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$, с желчекаменной болезнью — $9,18 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$. Поэтому изолированный лейкоцитоз в общем анализе крови не может служить достоверным показателем для дифференциальной диагностики острой хирургической патологии у детей, однако это не исключает необходимость его проведения.

У пациентов с неясным диагнозом проводилось динамическое наблюдение, контроль общего анализа крови, по показаниям применялись инструментальные методы обследования.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости было проведено 53 (21,3 %) пациентам. В результате проведенного обследования выявлено: признаки острого аппендицита — 32 (60,4 %) случая; признаки перитонита — 4 (7,5 %); тонко-кишечная инвагинация — 4 (7,5 %); аппендикулярный абсцесс — 3 (5,7 %); конкременты в желчных протоках — 4 (7,5 %); увеличение внутрибрюшных лимфоузлов — 4 (7,5 %); признаки мезаденита — 2 (3,8 %) случая.

В результате проведенного углубленного обследования у 108 (43,4 %) пациентов диагностирован острый аппендицит. Из них острый флегмонозный аппендицит выявлен в 74 (68,5 %) случаях, острый гангренозный — в 13 (12 %), перфоративный — в 15 (13,9 %), острый катаральный аппендицит — в 6 (5,6 %) случаях.

Среди пациентов, у которых в процессе обследования и динамического наблюдения острый аппендицит был исключен (141 (56,6 %) человек), установлен широкий спектр других заболеваний (таблица 1).

Наиболее распространенной патологией у пациентов с острым животом, после исключения острого аппендицита, являлась: кишечная колика — 46 (32,6 %) случаев, функциональное расстройство желудка — 34 (24,1 %), функциональное расстройство кишечника — 17 (12,1 %), острая респираторная инфекция с абдоминальным синдромом — 13 (9,2 %).

Таблица 1 — Структура заболеваний у детей с острым животом

Диагноз	Количество пациентов	
	абсолютное количество	%
Кишечная колика	46	32,7
Функциональное расстройство желудка	34	24,1
Функциональное расстройство кишечника	17	12,1
Острая респираторная инфекция с абдоминальным синдромом	13	9,2
Желчекаменная болезнь	8	5,7
Закрытая травма живота	6	4,3
Инвагинация кишечника	4	2,8
Неспецифический мезаденит	4	2,8
Первичный перитонит	3	2,1
Спаечно-кишечная непроходимость	2	1,4
Инородное тело желудочно-кишечного тракта	2	1,4
Хронический терминальный колит	1	0,7
Карциноид червеобразного отростка	1	0,7
ИТОГО	141	100,0

Выводы

Пациенты с острыми болями в животе достоверно чаще поступают в стационар самостоятельно, машиной скорой помощи доставляется лишь 1/3 пациентов. В структуре заболеваний госпитализированных детей с острыми болями в животе преобладают острый аппендицит, кишечная колика, функциональное расстройство желудка, функциональное расстройство кишечника, острая респираторная инфекция с абдоминальным синдромом.

Таким образом, несмотря на высокий уровень развития современной клинической медицины, проблема острого аппендицита в настоящее время сохраняет свою актуальность и остается одной из наиболее распространенных в экстренной абдоминальной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Острая боль в животе у детей: причины и механизмы формирования / Е. А. Романова [др.] // Педиатрическая фармакология. — 2017. — Т. 14, № 1. — С. 55–59.
2. Карасева, О. В. Острый живот в практике педиатра / О. В. Карасева // Педиатрическая фармакология. — 2011. — Т. 8, № 5. — С. 21–26.
3. Оценка сложных случаев болевого абдоминального синдрома у детей в условиях хирургического стационара / Б. Г. Сафронов [и др.] // Детская хирургия. — 2012. — № 2. — С. 33–35.
4. Айдлен, Дж. Т. Острая боль в животе и тазу / Дж. Т. Айдлен, С. Е. Долгин // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2017. — № 2–3. — С. 73–81.
5. ШUTOва, Е. В. Абдоминальный болевой синдром у детей и подростков: возможности терапии / Е. В. ШUTOва // Здоровье ребенка. — 2018. — Т. 13, № 5. — С. 495–500.

УДК 616-053.32

АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НЕДОНОШЕННЫХ

Оршанская В. О., Изох К. М., Кишкурно В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Недоношенные дети представляют собой одну из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. Актуальность изучения данной темы существенно возросла в последнее время в связи с внедрением новых критериев живорождения, рекомендуемых ВОЗ.