

прием пищи объемом съеденного супа, не съедая после него на второе ничего и т.д.

Литература

1. Похлёбкин, В.В. Принципы рационального питания детей дошкольного возраста. / В.В. Похлёбкин // Журн. Пралеска. — 2016 — № 2. — С. 12-21.

2. McNally, M.A. Biliary events and an increased risk of new onset irritable bowel syndrome: a population-based cohort study / M.A. McNally, G.R. Locke // Aliment Pharmacol. Ther. — 2008. — Vol. 28, № 3. — P. 334-343.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ: ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА

Погудо А.С., Чернецкая Ю.Е.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – к.м.н., доц. Савоневич Е.Л.*

Актуальность. Острый аппендицит (ОА) является наиболее частым хирургическим заболеванием во время беременности. Частота ОА при беременности по данным литературы составляет от 1:500 до 1:2000. Известно, что клиническая картина ОА зависит от срока беременности и выраженности патологического процесса в червеобразном отростке. Догоспитальная диагностика ОА у беременных затруднена, госпитализация таких пациентов в непрофильные отделения может приводить к запоздалой диагностике и операции. Совершенствование методов диагностики и тактики лечения ОА у беременных является актуальным как для акушеров-гинекологов, так и для хирургов.

Цель: изучить особенности диагностики и тактики ведения беременных с ОА.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 46 беременных, госпитализированных с диагнозом «Острый аппендицит» в хирургические отделения УЗ «ГКБ №4 г. Гродно» в 2014-2016 гг.

Результаты. Установлено, что только у 21 (46%) пациенток диагноз ОА был подтвержден. Это свидетельствует о высоком уровне гипердиагностики, что связано со значительной трудностью и боязнью врачей пропустить острую хирургическую патологию у беременной. Наиболее часто ОА развивался в первом триместре беременности (64,3%). В III триместре беременности ОА имел место у 4 женщин (8,4%). Клинические проявления ОА у беременных не отличались от симптомов вне беременности только в I триместре, наблюдались боли, болезненность при пальпации в правой подвздошной области, тошнота, рвота, повышение температуры тела и лейкоцитоз. В III триместре беременности, как клинические проявления, так и изменения в лабораторных показателях крови были стертыми. Только у 6 беременных клиническая картина не вызывала сомнений, в связи с

чем им была выполнена типичная аппендэктомия в первые 2 часа от момента госпитализации стационар. 38 беременным с подозрением на ОА было проведено УЗИ аппендикулярного отростка и органов брюшной полости. Точность УЗИ в дифференциальной диагностике ОА составила около 90%. Лапароскопическим доступом аппендикс был удален в 27% случаев.

Выводы. Вариабельность клинической картины ОА и трудности исследования правых отделов живота у беременных не позволяют установить или исключить этот диагноз без динамического наблюдения в стационаре в большинстве случаев. Рациональная хирургическая тактика минимизирует осложнения.

СОПУТСТВУЮЩАЯ СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОК С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Подлозная Д.В., Пашковец Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель – ст. преп. Янковская А.Г.

Актуальность. У пациентов с шизофренией повышен риск заболевания сопутствующей соматической патологией как в связи с приемом антипсихотической терапии, так и с меньшим вниманием к своему здоровью в связи с мотивационно-волевым снижением.

Цель исследования: проанализировать сопутствующую соматическую патологию у пациенток с шизофренией.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили 47 историй болезней пациенток находившихся на стационарном лечении в женском отделении УЗ ГОКЦ «Психиатрия-наркология» в период с 3 апреля по 29 мая 2016 года.

Результаты. При анализе историй болезни женщин с шизофренией была выявлена следующая соматическая патология:

- 22 (47,3%) случаев ИБС: диффузный кардиосклероз, атеросклероз аорты и коронарных артерий; стабильная стенокардия напряжения (возраст пациенток 46-75 лет);
- 8(17%) случаев артериальной гипертензии (возраст - 46-75 лет);
- 5(11%) случаев хронического бронхита у пациенток 38-66 лет;
- 4 (8,5%) случая анемии легкой и средней степени тяжести (35-57 лет);
- 4(8,5%) случая дисметаболической неспецифической кардиомиопатии (35-50 лет);
- 4(8,5) случая хронического пиелонефрита (53-75 лет);
- 3 (6,4%) сахарный диабет 2 типа (50-60 лет);
- 3(6,4%) случая фибромиомы матки (44-58 лет);
- 2 (4,3%) случая мочекаменной болезни почек (32 и 63 года).
- 2(4,3%) случая хронического цистита (53 и 57 лет).