ры в концентрации выше 105 КОЕ/мл. У 2 пациенток имелся мочеточниковый катетер-стент.

Результаты исследования

Решение о проведении консервативного или оперативного лечения основывалось на ряде факторов, к которым относятся размеры, место расположения камней, степень выраженности структурных изменений мочевых путей и активность воспалительного процесса. Предпочтение отдается консервативному лечению или малоинвазивным операциям. Показания для проведения радикальных операций были строгими, так как речь идет не только об удалении камня, но и сохранении беременности. Консервативное лечение проведено 22(66,6%) больным с положительным эффектом, оперативные вмешательства 9(27,2%). Среди больных со стенированием почки, у двух пациенток наблюдалось несколько эпизодов атаки пиелонефрита, обусловленной пузырно-почечным рефлюксом по просвету стента. Для эффективности противосполительной терапии было необходимо установление мочепузырного катетера Фолле. Радикальные операции выполнены всего 2 (6,06%) беременным в основном по экстренным и жизненным показаниям.

Выводы: Терапия МКБ до сих пор совершенствуются. Для предотвращения осложнений необходимо современное проведение комплексной терапии на фоне соответствующего питьевого режима, диеты и физиотерапевтических процедур при тщательном диспансерном наблюдении врача-уролога и проведении лечебных и профилактических мероприятий под контролем клинико-лабораторных показателей, ультразвукового и рентгенологического мониторинга.

Список литературы

1. Шехтман М.М. руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Москва: Триада-Х. 2013;595.
2. Экстрагенитальная патология и беременность. Под ред. Логутовой Л.С. Москва: Литтера. 2013;544.
3. Погосян А.М., Шевцова Е.В. Является ли беременность фактором риска мочекаменной болезни? Казанский медицинский журнал. 1991;1:57-59.
4. Нефрология: Почки и беременность. Под ред. Шилова Е.М., Козловской Н.Л. Москва: Канц-Эксмо. 2007;350.
5. Никольская И.Г., Новикова С.В., Бирюкова И.В., Ефанов А.А., Крупская М.С., Рифатова А.В., Долгиева Л.У. Мочекаменная болезнь и беременность. Российский вестник акушера-гинеколога. 2012;1,82-86.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Валиуллина А.А., Каримова Г.Ф.

Республиканская клиническая больница, Ижевск, Россия, albinka-199494@mail.ru

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) - одно из самых распространенных заболеваний желудочно – кишечного тракта.

Язвенная болезнь (ЯБ) - хроническое, циклически протекающее заболевание, характерным признаком которого является образование в период обострения язв гастродуоденальной зоны. Имеющийся обширный арсенал медикаментозных средств не всегда позволяет получить достаточный терапевтический эффект. Современная лекарственная терапия не привела к снижению частоты осложнений язвенной болезни, таких как кровотечение, перфорация и пилородуоденальный стеноз, пенетрация . Осложнения язвенной болезни, число которых не имеет тенденции к уменьшению, подлежат хирургическому лечению .

За 2015 год в хирургическое отделение 1 РКБ г. Ижевск было госпитализировано 31 человек с диагнозом ЯБЖ и ЯБДПК с осложнениями: кровотечение – 21 человек (67,7%), стеноз луковицы двенадцатиперстной кишки – 5 человек (16,1%), перфорация язвы – 4 человека (12,9%), пенетрация – 1 человек (3,2%). Среди пациентов преобладают лица мужского пола – 71%. Возрастная категория: 20-39 лет – 12,9%, 40-59 лет – 32,3%, 60 лет и старше – 54,8%. В категории «работающие» находятся 10 человек (32,3%), «неработающие» - 21 человек (67,7%). На долю курящих приходится 54%. Наследственный фактор имеется у 21,6% пациентов. Среди сопутствующих заболеваний патология сердечно-сосудистой системы выявляется у 67,7% пациентов, патология желчного пузыря и желчевыводящих путей – у 27%, хронический рефлюкс-эзофагит (ГЭРБ) – у 32,4%, висцероптоз – у 10,8%. На долю консервативного лечения приходится – 54,9%, на долю оперативного лечения: ушивание перфорации язвы – 12,9%, ушивание язвенного дефекта – 9,7%, резекция желудка с гастродуоденоанастомозом – 12,9%, лапароскопическая резекция желудка – 3,2%, пилоропластика по Гейнеке-Микуличу – 6,4%. Летальность – 6,4%. Среднее пребывание больного в хирургическом отделении составило 14,8 дней.

Вывод: среди осложнений ЯБЖ и ЯБДПК преобладают кровотечение и стеноз луковицы двенадцатиперстной кишки. Из результатов данного исследования можно выявить следующие факторы риска: возраст – 40 лет и старше, мужской пол, курение, наследственный фактор, наличие сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и патология желчного пузыря и желчевыводящих путей. Основная тактика ведения пациентов с пенетрацией, перфорацией, стенозом луковицы двенадцатиперстной кишки состоит в хирургическом лечении, с кровотечением – преимущественно консервативным методом.

Список литературы

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.,1998. С. 348-350
2. Гостишев В.К., Евсеев М.А. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях. Хирургия. 2007. № 7. С. 7-11.
3. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 1. Диагностика болезней органов пищеварения. М.: Мед. лит., 2000. С.105-107, С. 140-158.
4. Рысс Е.С., Шулутко Б. И. Болезни органов пищеварения. СПб., 1998. С. 78-92, С. 95-105.
5. Хирургические болезни: Учебник/ М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин и др.; Под ред. М.И. Кузина. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2002. С.248-271.

РАЗВИТИЕ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Журавлева А.А., Пиянзина Д.А.

Республиканская Клиническая больница № 1, Ижевск, Россия, Alinzhyr@mail.ru

Желчнокаменная болезнь - это заболевание желчного пузыря и желчевыводящих протоков, для которого характерно образование конкрементов. При тяжелых осложнениях болезни может возникнуть и развиться обтурационная (механическая) желтуха. Обтурационная желтуха (далее механическая желтуха) — осложнение патологических процессов, нарушающих отток желчи на различных уровнях желчевыводящих протоков.

Встречаемость желчнокаменной болезни (ЖКБ) во всем мире в настоящее время достаточно высока, в России ежегодная обращаемость по этому поводу составляет 5-6 человек на 1000 населения, то есть около 1 млн. человек в год.

Цель работы – изучить истории болезни пациентов 1 РКБ, хирургического отделения, поступивших с диагнозом желчнокаменная болезнь и выявить наличие механической желтухи, ее степени тяжести.

Задачи: определить количество пациентов, у которых имеется осложнение в виде механической желтухи, определить уровень билирубина в крови, по уровню билирубина крови предположить степень тяжести механической желтухи.

Материалы: 87 историй болезни хирургического отделения 1 РКБ г. Ижевска с диагнозом желчнокаменная болезнь за 2015 год.

Методы: метод вариационной статистики с определением достоверности измерений (р) по критерию Стьюдента (t). Математические операции проводились с использованием компьютерной программы «Excel 2003». Статистический анализ проводили с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты: из 87 случаев заболеваний желчнокаменной болезнью, 60 случаев с осложнением механической желтухой. У пациентов с механической желтухой уровень билирубина крови выше на 275,4%(p<0,001) по сравнению с нормой уровня билирубина в крови.

Известно, что механическая желтуха делится на три степени тяжести: легкая степень (общий билирубин до 100 мкмоль/л), средняя степень (общий билирубин 101-200 мкмоль/л), тяжелая степень (общий билирубин более 200 мкмоль/л).

Исходя из уровня билирубина крови мы определили степень тяжести механической желтухи. Из расчетов получилось, что легкая степень тяжести механической желтухи у 63,3% больных, средняя степень у 28,3% больных и тяжелая степень у 8,4% больных.

Вывод: таким образом анализ клинического материала показал, что встречаемость механической желтухи на фоне ЖКБ достаточно велика. Было выявлено, что 69% больных имеют механическую желтуху, как осложнение ЖКБ, из них большая часть приходится на легкую степень тяжести.

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Кибардина Е.А., Жигалова Е.С.

Бюджетное Учреждение Здравоохранения Удмуртской Республики "Первая Республиканская Клиническая Больница Министерства Здравоохранения Удмуртской Республики", Ижевск, Россия, katyara94@icloud.com

Гестационный пиелонефрит – инфекционно-воспалительное заболевание, сопровождающиеся поражением интерстициальной ткани почек, канальцевого аппарата и стенок чашечно-лоханочной системы. Имеются случаи гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита беременных.

Развитие гестационного пиелонефрита может приводить к гестозу, увеличению частоты преждевременных родов, развитию гипотрофии плода, хронической плацентарной недостаточности.

Цель: анализ заболеваемости гестационным пиелонефритом (ГП) на базе Первой РКБ.

Задачи: анализ литературы по гестационному пиелонефриту; просмотр историй болезни с данным заболеванием; изучение особенностей течения гестанционного пиелонефрита; изучение методов лечения.

Материалы и методы: 20 историй болезни урологического отделения БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» г. Ижевска за 2015 год.

Методики исследования: теоретический анализ и синтез, сравнительная методика и абстрагирование.

Полученные результаты: анализ историй болезни показал, что возраст варьировал от 20 до 35 лет, 20-25 лет - 30%, 26-30 лет - 30%, 30-35 лет - 40%. Беременность по счету среду больных ГП: первая - 30%, вторая - 45%, третья - 15%, четвертая у 10%. Наиболее часто ГП возникает во второй триместр беременности - 65%, в третий триместр у 35%. Структура заболеваемости среди заболеваний мочеполовой системы: мочекаменная болезнь - 54,5%, хронический пиелонефрит - 36,4%, цистит - 9,1%. Соотношение стороны поражения гестационным пиелонефритом в исследуемой нами группе пациенток выглядит следующим образом: правосторонний пиелонефрит – 80 %, левосторонний пиелонефрит – 20%.

Выводы: таким образом, ГП чаще встречался у женщин в возрасте 30-35 лет 40% случаев. Наиболее часто ГП возникает во второй триместр - 65% случаев, и в большинстве случаев имеет правостороннюю локализацию - 80% случаев. Среди сопутствующих заболеваний мочевыводящей системы наиболее часто встречается мочекаменная болезнь - 54,5% случаев.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНАХ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Лукоянов Г.В., Валиуллин Р.Р.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Татарстан "Больница скорой медицинской помощи", Ижевск, Россия, galka.lukoyanova@gmail.com

Проблема острого панкреатита (ОП) является актуальной в настоящее время. Несмотря на то, что морфологические изменения в поджелудочной железе описаны уже давно, до сих пор до конца не изучены морфологические изменения других органов.

Цель работы: изучить влияние ОП на другие органы на основании морфологических данных полученных в Государственном автономном учреждении здравоохранения Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи» г. Набережные Челны.

Задачи: провести выборку больных умерших от ОП, макро- и микроскопическое исследование органов и тканей этих больных, определить влияние ОП на другие органы.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 29 протоколов вскрытия и микроскопическое исследование органов данных больных в Государственном автономном учреждении здравоохранения Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи» г. Набережные Челны за 2015 год.

Полученные результаты: анализ морфологический данных показал, что в 23 случаях (79,3%) были выявлены изменения в органах ЖКТ. При макроскопическом исследовании были обнаружены: эрозивно-язвенные поражения желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишки. На микроскопии обнаружены изменения: в слизистой оболочке – диффузный воспалительный инфильтрат, десквамированный эпителий и очаги некроза, мышечная пластинка определяется слабо, в подслизистой основе очаги выраженного отека. В печени микроскопически обнаружено перивенулярное поражение гепатоцитов, проявляющееся баллонной дистрофией и некрозом. В 11 случаях (37,9%) была выявлена патология сердца. Макроскопически – увеличение размеров полостей сердца. Микроскопически выявлены признаки гипертрофии кардиомиоцитов. Изменения в почках обнаружены в 16 случаях (55,2%) Микроскопически в почках выявлен интерстициальный отек, перитубулярная мононуклеарная инфильтрация, некроз канальцев. Изменения в легких встретилось в 7 случаях (24,1%) При микроскопии легких обнаружены микроэмболия сосудов легких, интерстициальный отек легочной ткани.

Выводы: таким образом, на основании наших исследований мы можем судить об основных изменениях в органах при остром панкреатите. Основная доля изменений приходиться на органы ЖКТ (79,3%),реже