

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 (p) 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 гестационного 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 среди 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 приходится на органы ЖКТ (79,3%), реже

встречаются изменения в мочевыделительной системе, ССС и легочной системе. Данные изменения мы можем объяснить тем, что при развитии панкреатита на фоне эндогенной интоксикации происходит нарушение микроциркуляторного кровообращения и включением в процесс системной воспалительной реакции.

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ УЗЛОВОМ И ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

Стяжкина С.Н., Мишулина Г.Ф., Плешакова А.Н.
Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, Россия, ra.alen@yandex.ru

Актуальность

Удмуртия входит в группу регионов России, где население страдает от дефицита йода, что является главной причиной развития узлового зоба. Наиболее серьезные проблемы диагностики связаны с узловой формой зоба. Некоторое сходство клинических проявлений заболевания с опухолью требует необходимого тщательного проведения дифференциальной диагностики между этими патологиями. Ввиду того, что достоверных клинических и инструментальных отличий узлового зоба и опухоли не найдено, основная роль в диагностике зоба принадлежит цитологическому исследованию материала АПТИ. Токсический зоб вносит свой вклад в изучение в связи с повышенным риском возникновения сердечно – сосудистых нарушений.

Цель: изучить и выявить особенности цитологических картин при узловом и токсическом зобе щитовидной железы на базе БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» г. Ижевска за 2015 год.

Задачи: изучить возрастной и половой состав оперированных в РКБ №1 за 2015 год; изучить морфологическую и функциональную характеристику щитовидной железы у больных с узловым и токсическим зобом, их рецидивы.

Материалы и методы. На клинической базе БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» г. Ижевска проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, прооперированных по поводу узлового и токсического зоба за 2015 год. Изучались фиксированные в историях болезней клинические признаки, заключения цитологических исследований, выполненные оперативные вмешательства.

Полученные результаты: за 2015 год с узловым и токсическим зобом было прооперировано 29 человек, из них 94 % женщин и 6 % мужчин. Средний возраст пациентов составил 47 лет. Городское население составило 45%, сельское 55%.

Среди показаний к оперативному лечению 63 % тиреомегалия, 31% по данным УЗИ крупный узел или наличие многоузлового токсического зоба, 6% узловой зоб в сочетании с аденомой парашитовидной железы. При цитологическом исследовании узлового зоба в 4- 11 % случаев имелась объективная возможность («риск») не распознавания фолликулярной опухоли. Однако при комплексном учете цитологических и клинично-инструментальных данных достоверность и информативность цитологического результата узлового зоба возросла до 96 %. В 10 % случаев больных по поводу токсического зоба, был обнаружен рак щитовидной железы. Более чем у 89 % пациентов с токсическим зобом регистрировались сердечно - сосудистые нарушения. После проведенной тиреоидэктомии 96% всех больных отметили улучшение состояния.

Рецидивы зоба после оперативного лечения составили 27 %.

Выводы: 1. Зоб у женщин возникает намного чаще, чем у мужчин, пик заболеваемости приходится на зрелый возраст (47 лет). 2. Выявляемость узлового зоба высокая в связи с применением цитологического метода исследования. Почти у всех больных выявляется улучшение состояния здоровья после оперативного вмешательства (тиреоидэктомии), рецидивы возникают не часто. У лиц с токсическим зобом в основном имеются сердечно-сосудистые нарушения.

Список литературы

1. Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Грачева В.А. Клинично – морфологические параллели при узловых образованиях щитовидной железы // Морфологические ведомости, № 3, 2009.
2. Стяжкина С.Н., Леднева А.В., Порываева Е.Л., Лаврентьева Н.С., Головина Ю.С., Семенова Е.И. Тиреоидэктомия как операция выбора при диффузном токсическом зобе третьей степени. Качество жизни после проведенного оперативного лечения // Современные проблемы науки и образования, № 8, 2015.
3. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Кремниевская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний // Руководство. М.: Медицина, 2002.
4. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы // Практическое руководство, 2006.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (ДО 30 ЛЕТ)

Приходько Н.Н., Приходько А.О.

Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, Россия, prikolya@gmail.com

Цель работы: изучить особенности острого панкреатита у лиц молодого возраста (до 30 лет).

Задачи: анализ историй болезни с диагнозом «острый панкреатит» у пациентов хирургического профиля в возрасте до 30 лет за 2015 год.

Материалы и методы. Проведена выкопировка данных из историй болезни с диагнозом «острый панкреатит» у пациентов до 30 лет хирургического отделения Первой РКБ за 2015 год.

Результаты. В 2015 году в хирургическом отделении Первой РКБ с диагнозом «острый панкреатит» находилось на лечении 22 пациента в возрасте до 30 лет, среди которых 68% мужского и 32% женского пола. Средний возраст больных составил 26 лет. Среди больных двое детей пятнадцатилетнего возраста (9% всех случаев). 68% пациентов проживают в городской местности, 32 - в сельской. Большинство больных с острым панкреатитом неработающие (64%). У 68% молодых пациентов, больных острым панкреатитом, заболевание протекало без каких-либо осложнений. У четырех больных (18%) заболевание осложнилось флегмоной парапанкреатической клетчатки, у троих (14%) – перитонитом, у двух пациентов (9%) – аррозивным кровотечением из парапанкреатической клетчатки. У 9% больных острый панкреатит осложнился формированием кист поджелудочной железы. Один случай (5%) острого панкреатита у лиц молодого возраста был осложнен панкреатогенным сахарным диабетом.

У 82% больных проведена только консервативная терапия. Оперативное лечение было применено лишь в 18% случаев.

Вывод: таким образом, острый панкреатит поражает среди молодого населения, как правило, лиц мужского пола, проживающих в основном в городской местности, в большинстве случаев неработающих граждан. Заболевание зачастую протекает без осложнений. Оперативное лечение острого панкреатита у лиц молодого возраста применяется редко, что говорит об эффективности консервативной терапии заболевания у данной категории граждан.