

операция является единственным рациональным методом лечения.

Доказано, что чем раньше удаляется воспаленный червеобразный отросток, тем лучше результаты оперативного лечения острого аппендицита. Известно, что среди госпитализированных в стационар в течение 6 часов с момента заболевания летальность не превышает 0,02%. У больных, поступивших между 6 и 24 часами, летальность возрастает в 4-5 раз. При поступлении после 24 часов летальность увеличивается в 50 раз по сравнению с летальностью у больных с острым аппендицитом, госпитализированных в течение 6 часов от момента возникновения приступа, составляет 1%.

Острый аппендицит является наиболее часто встречающимся заболеванием, с которым при оказании экстренной хирургической помощи хирург сталкивается в самой известной клинике и в неизвестной участковой больнице. По статистическим данным заболеваемость составляет 4 – 5 больных на 1000 населения. Наиболее высокая заболеваемость отмечается у подростков и у лиц трудоспособного возраста. Люди пожилого и старческого возраста болеют острым аппендицитом чаще, чем дети, но реже, чем лицам среднего возраста. Острый аппендицит оставляет около 30% хирургических вмешательств на органах брюшной полости и 80% неотложных операций.

Процент диагностических ошибок остается очень высоким и зачастую превосходит 20%, показатели послеоперационных осложнений традиционной операции при осложненном аппендиците достигают 30%, а летальность по данным литературы – 1%.

Наиболее распространенным и менее травматичным доступом для удаления червеобразного отростка является косой разрез Волковича-Дьяконова-Мак-Бурнея.

Этот разрез, длиной 6—10 см, проводят параллельно паховой связке, через точку Мак Бурнея, расположенную между наружной и средней третью линии, соединяющей пупок с правой передней верхней остью подвздошной кости. Одна треть разреза должна располагаться выше, две трети — ниже указанной линии. Длина разреза должна быть достаточна, чтобы обеспечить широкий доступ. Чрезмерное растягивание раны крючками травмирует ткани и способствует нагноению.

Также применяется параректальный доступ Ленандера. Разрез проводят вертикально на 1 см кнутри от наружного края правой прямой мышцы живота с таким расчетом, чтобы середина разреза соответствовала *linea biliaca*. После рассечения передней стенки влагалища прямой мышцы последнюю тупо выделяют и крючком оттягивают влево. Затем рассекают заднюю стенку влагалища прямой мышцы вместе с брюшиной. При выполнении этого разреза следует избегать ранения межреберных нервов и подвздошно-подчревного нерва. Если в нижнем углу раны обнажаются нижние надчревные сосуды, то их необходимо перевязать.

Реже используют поперечный доступ Шпренгеля. Преимуществом данного доступа является возможность сохранения сосудисто-нервных структур передней брюшной стенки.

С развитием научно-технического прогресса на сегодняшний день почти повсеместно методом выбора в диагностике и лечении экстренной абдоминальной патологии является диагностическая лапароскопия и эндохирургия. Лапароскопический доступ обеспечивает точную диагностику, возможность полноценной ревизии брюшной полости, а также минимальную травматичность операций; снизить количе-

ство послеоперационных осложнений и потребность в анальгезии, сократить время пребывания больных в стационаре и, тем самым, снизить стоимость лечения. Тем не менее, несмотря на огромный опыт, накопленный в этой области остается еще множество нерешенных вопросов, таких как: уменьшение количества гнойных послеоперационных осложнений, показания и противопоказания к лапароскопической аппендэктомии, способы оптимальной обработки культи аппендикса и др.

Цель. По данным литературы и материалам хирургического отделения БУЗ УР "Первая республиканская клиническая больница МЗ УР" изучить зависимость исходов острого аппендицита и его осложнений от своевременности и методов хирургического лечения.

Материалы и методы. Проводился ретроспективный статистический анализ историй болезни пациентов в возрасте от 15 до 79 лет, оперированных в хирургическом отделении БУЗ УР "Первая республиканская клиническая больница МЗ УР" по поводу острого аппендицита.

Результат. В ходе исследований выявлено за 2014 г. в хирургическом отделении поступило 56 пациентов с диагнозом острый аппендицит.

Из них: 37-флегмонозный аппендицит; 7-катаральный аппендицит;

9-гангренозный аппендицит; 3- гангренозно-перфоративный аппендицит. Проведено 52 аппендэктомий доступом Волковича-Дьяконова-Мак-Бурнея,

1 ретроградная аппендэктомия, 3-срединная лапаротомия с санацией брюшной полости и удалением аппендикса.

За 2015 г. в хирургическом отделении поступило 46 пациентов с диагнозом острый аппендицит.

Из них: 35-флегмонозный аппендицит; 3-катаральный аппендицит;

4-гангренозный аппендицит; 4- гангренозно-перфоративный аппендицит, Проведено 41 аппендэктомий доступом Волковича-Дьяконова-Мак-Бурнея;

4-срединная лапаротомия с санацией брюшной полости и удалением аппендикса; 1- лапароскопическая аппендэктомия.

Вывод. В ходе исследований выявлено, что оказание экстренно хирургической помощи в первые 6 часов после возникновения острого аппендицита, сводит к минимуму возникновение осложнений. За 2014 г. составляет 5,3 % осложнений, а за 2015 г. – 8,6%.

Низкий процент осложнений острого аппендицита зависит, в первую очередь, от своевременной обращаемости за медицинской помощью и ранней диагностики. Метод хирургического лечения, практически, не влияет на исход заболевания и возникновение его осложнений.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА. КРОВОТЕЧЕНИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА.

Сергеева Т.Ю., Закирова Р.И.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», кафедра факультетской хирургии, Ижевск, Россия, tanya.1993@bk.ru

Цель: Изучить особенности и распространенность кровотечений в зависимости от заболевания толстого кишечника на территории УР по материалам колопроктологического отделения 1 РКБ.

Задачи: 1) Проанализировать результаты лечения пациентов с заболеваниями толстого кишечника, сопровождающимися кровотечением; 2) Провести расчеты, которые покажут частоту встречаемости того

или иного заболевания, а также встречаемость кровотечения среди этих заболеваний.

Материалы и методы: было обработано в общей сложности 2702 истории болезни, из которых 720 историй болезни имеют диагноз соответствующий теме.

Результаты: за 2014 год: количество историй болезни по данным патологиям: 384. Сопровождаются кровотечением: 153. 1 место- хр. геморрой 2 ст., 2 место -полипы толстого кишечника, 3 место- хр. геморрой 3 ст. Хр. геморрой 2 ст. чаще встречается у мужчин

За 2015 год: количество историй болезни по данным патологиям: 336. Сопровождаются кровотечением: 141. 1 место- хр. геморрой 2 ст., 2 место –хр. геморрой 3 ст., 3 место-НЯК.

Хр. геморрой 2 ст. чаще встречается у женщин
Болезнь Крона по сравнению с 2014 годом уменьшилась на 54,2%

Дивертикулы толстого кишечника по сравнению с 2014 годом уменьшились на 57,8%

Количество историй болезни с диагнозом «анальная трещина» в 2015 году увеличилось на 37,5%.

Выводы: по результатам нашего исследования, заболевания толстого кишечника сопровождаются кровотечениями примерно в 40% случаев. Эти данные позволяют сделать вывод о том, что данная тема является актуальной для современного общества, так как в наше время имеется огромное количество факторов риска, которым подвержен каждый человек.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Скрябина М.С., Татарских А.К., Иванова Т.А.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», кафедра факультетской хирургии с курсом урологии, Ижевск, Россия, marijaskrjbn@rambler.ru

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности дистанционной литотрипсии у больных с локализацией камней в почке.

Материал и методы

Мы изучили истории болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в ИРКБ города Ижевска в период с 2013 по 2015 года. Было обработано 562 истории болезни, всего пациентов с камнями почек 446, так как большая часть находилась на стационарном лечении неоднократно (средний возраст 42 года, диапазон возраста 18-72года). Все пациенты в зависимости от размера камня были распределены на 3 группы. Первую группу составили пациенты с размерами камней 0,5 -1,0 (46%), вторую от 1,0 до 1,5 см (27%), третью – с размерами более 1,5 см (26%).

Результаты исследования.

В первой группе полную элиминацию камней достигли в 18 % случая, 59% пациентов отметили отхождение песка и осколков камней, в 8% камень фрагментировался, но отхождения осколков не наблюдалось и лишь в 15% никакого эффекта от литотрипсии не получили. Данные статистического исследования второй группы пациентов получились следующие: полная элиминация камней-8% случаях, в 57% случаях пациенты отметили отхождение осколков камней и песка, у 21% камень фрагментировался, и в 18% литотрипсия оказалась неэффективной. В третьей группе пациентов полной элиминации камней получили только в 1% случаев, 53% пациентов отметили отхождение осколков камня с мочой, в 24% случаях камень фрагментировался, и в 22% случаях эффекта от литотрипсии мы не получили.

50% всех осложнений, возникающих после литотрипсии наблюдается при камнях размерами 1,5 и более см, 35% при камнях 1,0- 1,5см, при камнях размерами 0,5 – 1,0 процент осложнений относительно низок - 15%.

Выводы: проанализировав полученные статистические данные, были выявлены следующие особенности эффективности ДЛТ при МКБ: с увеличением размера камня наблюдается снижение эффективности ДЛТ и повышается количество осложнений, возникающих после сеанса ДЛТ.

VI ПОВОЛЖСКАЯ ОЛИМПИАДА ПО ХИРУРГИИ В ИЖЕВСКЕ

Стяжкина С.Н., Акимов А.А., Атаманова А.А., Созонова Н.С., Стрелкова И.В., Шангараев Р.Н., Назмиева А.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия, nastina90@mail.ru

Олимпиада – является частью формирующейся инновационной технологией совершенствования образовательной деятельности. Включает разработки и внедрение новых обучающих технологий, форме организации учебного процесса.

Олимпиада повышает профессиональный интерес, уровень теоретической подготовки будущих врачей, совершенствует практические навыки.

Медвузовская Олимпиада это:

- мотивирующее
- воспитательное

- образовательное мероприятие по подготовке профессиональных кадров для будущей работы в практическом здравоохранении.

Главная задача олимпиады – повышение уровня образования. Неоспоримо преимущество подобных конкурсов – обмен опытом, выявление лучших в данной специальности, повышение интереса к хирургической работе, стремление к научно - исследовательской деятельности.

25 – 26 февраля 2016 года на базе ИГМА состоялась VI Поволжская Олимпиада по хирургии. Эта Олимпиада стала первой в столице Удмуртии. Со всего Поволжья приехали студенты 5,6 курсов. Они защищали честь медицинских ВУЗов городов: Саратов, Нижний Новгород, Оренбург, Самара, Уфа, Пермь, Казань, Саранск, Киров, Пенза, Чебоксары, Ижевск.

В программу олимпиады входили:

1. Домашнее задание «Творческий конкурс». В этом конкурсе каждая команда представляет себя. Это были сценки, музыкальные номера, видеоклипы, представления особенностей выбранной специальности в шуточной форме и обязательное «живое» выступление на сцене.

2. Конкурс «Эрудит»

В рамках Олимпиады были проведены испытания:

1. Ушивание ранений сердца
2. Ушивание ранений кишечника
3. Ушивание ранений сосудов различного происхождения
4. Урологические операции
5. Интубация трахеи
6. Скорость завязывания хирургических узлов
7. Наложение гипсовых повязок

При проведении конкурсов были использованы медицинские симуляторы, трупный материал.

За эффективную и продуктивную организацию отдельное спасибо Стяжкиной Светлане Николаевне, доктору медицинских наук, профессору кафедры факультетской хирургии с курсом урологии, лауреату Государственной премии УР в области науки, заслу-