

ренхимы. Поэтому оперативное вмешательство необходимо проводить с учетом коморбидного фона.

Перспективной улучшением результатов хирургического и комплексного лечения больных с патологией щитовидной железы является создание центра эндокринной хирургии в Удмуртии.

Список литературы

1. Стяжкина С.Н., Чернышова Т.Е., Порываева Е.Л., Хафизова Ч.Р., Игнатъева К.Д. Офтальмопатии при тиреотоксикозе.
2. Бровка А.Ф. Эндокринная офтальмопатия. М.: ГЭОТАР – МЕД, 2004. 176 с.
3. Заравачкий М.Ф., Стяжкина С.Н. Избранные страницы хирургической тиреондологии, 2011. 216 с.
4. Калинин А.П., Стяжкина С.Н. Современные аспекты хирургической эндокринологии. 2010. 376 с.
5. Стяжкина С.Н. Трудные и нестандартные ситуации в хирургии и клинической практике // Сборник научно-практических статей. 2014. № 7.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ 1 РКБ ЗА 2015 ГОД

Стяжкина С.Н., Байшева Е.П., Галиева Г.Р., Бабаева С.М.
Ижевская государственная медицинская академия, Россия,
Ижевск, medik76-76@yandex.ru

Одной из самых актуальных проблем в неотложной хирургии на протяжении многих десятилетий, являются желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК), возникающие как осложнения многих заболеваний и нередко представляющие опасность для жизни больного. Показатели летальности устойчиво сохраняются на уровне 5-10%, по данным отдельных авторов, летальность достигает 14%, увеличиваясь при рецидивах от 30 до 80%. Частота развития желудочно-кишечных кровотечений достигает 60 случаев на 100тыс. населения. Согласно данным литературы, пациенты с ЖКК в большинстве случаев (68%) пожилого возраста.

Кровотечения из нижних отделов пищеварительного тракта встречаются значительно реже, чем из верхних его отделов (10-20 и 80-90% случаев соответственно). О кровотечениях из нижних отделов принято говорить в тех случаях, когда источник кровотечения располагается в кишечнике дистальнее связки Трейтца. По мнению американских и западноевропейских хирургов, чаще всего толстокишечные кровотечения бывают вызваны дивертикулитом, ангиодисплазией и опухолью ободочной кишки (в общей сложности – от 45–70% всех наблюдений). В российских публикациях приоритет традиционно отдают геморрою (около 60% всех кишечных кровотечений нижних отделов ЖКТ). По данным отечественных хирургов, кровотечение из дивертикулов наблюдают у 3–5% больных, а по мнению зарубежных авторов – 22–25% случаев всех кишечных кровотечений.

Ангиодисплазии встречаются в 5–15% случаев. Чаще всего их находят в правых отделах ободочной кишки, они могут быть множественными, количество их увеличивается с возрастом. Эпителиальные опухоли – 3-я причина; их частота – от 2–8 до 10–13%. Кровотечения обычно носят оккультный характер и редко бывают профузными (не более 2–5% всех случаев рака толстой кишки).

Прогноз ухудшают следующие факторы: клинические признаки шока; эпизод потери сознания; прием НПВП или антикоагулянтов; тяжелые сопутствующие заболевания (2 и более); возраст более 70 лет; ишемия кишки; мужской пол; гиповолемия; необходимость в переливании 2 и более доз эритроцитарной массы.

Нами было проведено альтернативное исследование, материалом в котором стали архивные истории болезни за 2015 год колопроктологического отделе-

ния БУЗ 1 РКБ города Ижевска с диагнозом кишечное кровотечение.

Наблюдали 68 пациентов, находившихся на лечении в стационаре БУЗ «Первая республиканская клиническая больница», в возрасте от 54 лет, из которых 4,4% пациенты старше 90 лет. Женщины составили 78%, мужчины – 22%. Средний возраст женщин составил – 66 лет, мужчин – 67 лет. Общими симптомами большинства пациентов являлись признаки общего анемического синдрома: быстрая утомляемость, снижение работоспособности, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, сухость во рту, ощущение жажды. Так же наиболее часто было отмечено: общая слабость, головокружение, ощущение жажды, бледность кожных покровов, ослабление и учащение пульса (как компенсаторная реакция гемодинамической системы). Изменение цвета и характера каловых масс является достоверным признаком кишечных кровотечений, причем по конкретному цвету можно дифференцировать кровотечение по локализации. При кровотечениях в начальном отделе толстого кишечника кал черный из-за сульфата железа, зловонный, кровь равномерно перемешана в кале. При кровотечениях из прямой кишки кровь мало изменена, не перемешана с калом.

Диагностика и лечение больных с кишечным кровотечением является сложной, окончательно не решенной проблемой. Для установления факта кровотечения и его источника необходимо тщательно анализировать клинико-лабораторные данные и прибегать к методам инструментального осмотра, благодаря которой в 98 % случаев удается установить источник кровотечения. Современные эндоскопические технологии позволяют осуществить не только временный, но и окончательный местный гемостаз, а также провести мероприятия, препятствующие возобновлению кровотечения, что, в свою очередь, дает возможность избежать экстренной операции.

Список литературы

1. Звенигородская Л.А. «Особенности клинического течения и лекарственной терапии язвенной болезни у пожилых больных» // Consilium medicum. 2007. Т. 10. №8.
2. Климентов М.Н., Стяжкина С.Н., Чернышева Т.Е. «Ближайшие и отдаленные результаты комплексного и хирургического лечения воспалительных заболеваний толстой кишки» // Автореферат, диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Пермь, 2013.
3. Пальцев А.И. «Проблемы здоровья и болезни, диагностики и лечения с историко-философских позиций» // Всероссийский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2011. Т. 11. №5.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Татауров Р.М., Андреева Т.С., Зернов А.В.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия, tataurov94@gmail.com

Согласно проведенным исследованиям пиелонефрит представляет собой неспецифический воспалительный процесс почечной паренхимы с преимущественным поражением межпочечной ее ткани и вовлечением в этот процесс лоханки, чашечек. Пиелонефриту может предшествовать небактериальный интерстициальный нефрит, который предрасполагает к проникновению бактерий в интерстициальную ткань с развитием в ней воспаления. Пиелонефрит занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний почек. В последнее время отмечается значительное увеличение заболеваемости пиелонефритом, что связано с экологическими проблемами и с улучшением диагностики с использованием современных методов исследования.

84,9% госпитализаций с пиелонефритом приходится на женщин и 15,1% - на мужчин (p<0,001). По течению заболевания структура следующая: острый пиелонефрит – 36 случаев (67,9%). Из них: острый гестационный пиелонефрит беременных – 10 случаев (18,8%); острый