

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. Бровкина А.Ф. Эндокринная офтальмопатия. М.: ГЭОТАР – МЕД. 2004. 176 с.
3. Заравчакский 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 дивертикулем, 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

левосторонний пиелонефрит – 9 случаев (16,9%); острый правосторонний пиелонефрит – 17 случаев (32,0%); обострение хронического пиелонефрита – 17 случаев (32,0%) ( $p < 0,002$ ). Только 5 больных из 53 (9,4%) госпитализированы планово. Остальные пациенты доставлены экстренно, при этом 14 пациентов (26,4%) доставлены в первые 6 часов, а 39 пациентов (73,6%) – позднее. Из них 22 пациента (41,5%) позднее 24 часов. Основными жалобами при поступлении являлись ноющие боли, в 25 из 53 случаев (43,4%) сопровождающиеся повышением температуры до 39,0о С, реж при мочеиспускании, в половине случаев – никтурия, а в случае обострения хронического заболевания – отечность лица. Острый пиелонефрит – заболевание преимущественно бактериальной этиологии, но в нашем исследовании только у 4 из 36 случаев (11,1%) ( $p < 0,002$ ) выселились микроорганизмы (*Enterococcus jejuni*, *Escherichia coli*). По данным ультразвукового обследования в большинстве случаев: 48 из 53 (90,5%) – наблюдаются пиелоэктазии. Изменения паренхимы незначительны или не выявляются: 18 случаев из 53 (33,9%).

Вывод: Острое течение и обострения хронических пиелонефритов чаще возникает у женщин, в среднем, в возрасте 31,1 год. У обследованных мужчин средний возраст заболеваемости выше (44,8 лет), так как у женщин доля пиелонефритов приходится на острые гестационные пиелонефриты беременных в возрасте 20-25 лет. Выявлена связь между редкими случаями заболевания с бактериальной этиологией и незначительными изменениями паренхимы.

**Список литературы**

1. Папаян А.В., Савинкова И.Д. Клиническая нефрология: руководство для врачей. Санкт-Петербург: Медицина, 1997.
2. Кузнецова О.П., Воробьев П.А., Яковлев С.В. «Инфекции мочевыводящих путей». Рус. мед. журн. 1997.
3. Лопаткин Н.А., Деревянко И.И. Неосложненные и осложненные инфекции мочеполовых путей. Принципы антибактериальной терапии
4. Лопаткин Н.А., Шабад А.Л. Урологические заболевания почек у женщин, с. 89, М., 1985.
5. Лоран О.Б. Эпидемиологические аспекты инфекций мочевыводящих путей. Материалы симпозиума "Инфекции мочевыводящих путей у амбулаторных больных"; 16 февр 1999. М.

**ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАРАПРОКТИТОМ**

Федорова Е.В., Хохрякова Ю.А., Стяжкина С.Н.

*1* Республиканская клиническая больница, Ижевск, Россия, elizdorova28@mail.ru

Парапроктит относится к одним из самых распространенных проктологических заболеваний, «уступая» место лишь геморрою, анальным трещинам и колитам, и занимает первое место среди пациентов с экстренной проктологической патологией. По данным литературы известно, что заболеваемость парапроктитом составляет около 0,5 % всего населения, 0,5-4% среди пациентов с общехирургической патологией, 20-40% среди пациентов с заболеваниями прямой кишки. По современным представлениям, острый парапроктит возникает вследствие воспаления анальных желез, при этом инфекция первоначально локализуется в подслизистом слое, за-

тем, последовательно вызывая воспаление клетчатки межсфинктерного и параректального пространств, приводит к различным формам данного заболевания. В связи с вероятной трудностью в постановке диагноза, возможностью развития тяжелых осложнений, проблема парапроктита остается одной из актуальных. Заболевание имеет к тому же социальное значение, так как происходит постоянное увеличение числа пациентов, нередко лечатся многократно и без должного успеха.

С целью изучения заболеваемости парапроктитом в зависимости от пола, возраста, причин, локализации и сопутствующей патологии нами было проанализировано 25 историй болезней пациентов с парапроктитом в колопроктологическом отделении БУЗ УР «Первой республиканской клинической больницы МЗ УР» города Ижевск за 2015 год.

Из общего количества поступивших в колопроктологическое отделение 30% больных были с воспалительными заболеваниями, в частности с абсцессом околопрямокишечной клетчатки – парапроктитом. Из 25 исследованных нами историй болезней случаи заболеваемости парапроктитом у мужчин составляют 18(72%), у женщин 7(28%). Распределение пациентов по возрастному критерию: 18-25 лет – 2 (8%), 26-45 лет – 12 (48%), 46-60 лет – 10 (32%), 60 и более лет – 3 (12%). По этиологии: неспецифический парапроктит зарегистрирован в 19 случаях (76%), специфический – в 6 случаях (34%). Распределение пациентов с парапроктитом в зависимости от локализации процесса: подкожных – 13 (52%), ишиоректальных – 6 (24%), подслизистых – 2(8%), ретроанальных – 1 (4%), пельвиоректальных – 3 (12%). Среди 25 случаев заболевания парапроктитом выявлено 13 (52%) больных, имеющих сопутствующую патологию (заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта и т. д.). У больных с сопутствующей патологией парапроктит протекает тяжелее, склонен к распространению в соседние клетчаточные пространства и трудно поддается лечению.

**Выводы:** таким образом, выявлено, что чаще парапроктит встречается в среднем, наиболее трудоспособном возрасте, причем у мужчин практически в 2 раза чаще, чем у женщин, что может быть связано с некоторыми физиологическими особенностями параректальной области и образом жизни. Сопутствующая общесоматическая патология (заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта) нередко утяжеляет течение заболевания.

**Список литературы**

1. Стяжкина С.Н., Ситников В.В., Проничев В.В. Трудные и нестандартные ситуации в хирургии и клинической практике // Сборник научно-практических трудов, выпуск 8, 2015.
2. Баровикова О.П. Особенности течения и оперативного лечения разных форм глубоких парапроктитов в зависимости от пола больного // Автореферат, диссертация кандидата медицинских наук, Москва, 2007.
3. Климента 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.
4. Гаджимуратов Э.М. Хирургическое лечение сложных форм острого парапроктита // Автореферат, диссертация кандидата медицинских наук, Москва, 2005.

**Секция «Анатомия человека»,  
научный руководитель – Ульяновская С.А.**

**АНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДЕНТИЙ**

Ипатов М.О., Котцов А.К., Шелестюк Е.С.

*Северный государственный медицинский университет,  
Архангельск, Россия, sveta.svetoshka@yandex.ru*

**Аннотация.** В настоящее время проблема первичной адентии затрагивает все население Земли, не

зависимо от расовой, возрастной, половой принадлежности. Данная аномалия зубочелюстной системы формируется ещё в период развития зубов на стадии закладки. В связи с этим очень важно знать все причины, которые могут вызвать первичную адентию. Цель - изучение анатомических особенностей зубочелюстной системы и ее элементов при адентии. Анатомиче-