области, соединяет преимущества новейших лечебных технологий с прекрасной традицией отечественной клинической школы, сформулированной С.П. Боткиным, "лечить не болезнь, а больного".

Список литературы

1. Новик А.А. Трансплантация стволовых гемопоэтических клеток при аутоиммунных заболеваниях: актовая речь 22.05.2007г.

2. Жусупова А.А., Аскаров М.Б. Перспективы применения трансплантации стволовых кроветворных клеток при лечении аутоиммунных заболеваний: Национальный научный медицинский центр г.Астана.

3. Афанасьев Б.В., Зубаровская Л.С., Моисеев И.С. Аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток у детей: настоящее, проблемы, перспективы. Российский журнал детской гематологии и онкологии, том 2, 2015.

Секция «Хирургия», научный руководитель – Стяжкина С.Н.

ВОРОНЧИХИН С.И. - ВЕЛИКИЙ ХИРУРГ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Алиева М.И., Галимзянова Р.Р.

Республиканская клиническая больница, Ижевск, Россия, gisnagili1995@gmail.com

Цель: изучить жизненный путь, многолетние труды и научные работы, общественную деятельность и достижения талантливого хирурга Удмуртии- С.И.Ворончихина.

Задачи: анализ научной литературы и видеофильма, которые посвящены биографии Семена Ивановича.

Материалы: научные статьи, видеофильм, интервью ученицы С.И.Ворончихина- проктолога С.Вахрущевой и книга «Полвека за операционным столом».

Методы: выкопировка данных из научной литературы,опрос-интервью.

Полученные результаты

Ворончихин Семен Иванович - заслуженный врач УАССР, РСФСР, заслуженный деятель науки УАССР. Родился в селе Ягошур Глазовского уезда Вятской губернии в крестьянской семье 2 августа 1902 года. По окончании сельской школы и учительской семинарии в г. Глазове работал учителем в сельской школе.

В 1922 году был направлен на учебу на медицинский факультет Ярославского университета затем доучивался на медицинском факультете Томского университета.

Окончив университет в 1926 году, Семен Иванович поступил на работу ординатором хирургического кабинета. Позже перешел в хирургический стационар. Именно в эти нелегкие годы Семен Иванович, научился быть твердым и решительным в трудные минуты жизни, освоил методику многих операций и приступил к экспериментам.

На одной из научных конференций в Москве С.И. Ворончихин выступил с докладом на тему «Наш опыт местного обезболивания по А.В. Вишневскому при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки».

В годы Великой Отечественной войны Семен Иванович работал главным хирургом эвакогоспиталей Наркомздрава УАССР.Он предложил использовать в качестве средства для местного лечения свищей передней брюшной стенки живицу хвойных деревьев. Им разработан метод фиксации костных отломков спицами, проходящими через кость и замурованными в гипсовую повязку. Выполнялись также операции по краниопластике.

В 1945 году в Москве по теме: «Применение внебенного гексеналового наркоза» была с успехом защищена докторская диссертация .

К заслугам Семена Ивановича принадлежит метод лечения остеомиелита путем остеоперфораций. Под его руководством проводилось лечение врожденной косолапости, анкилоза тазобедренного сустава, разработаны различные пластические операции на коленном, тазобедренном суставах, при туберкулезе, опухолях костей. Был разработан биологический метод лечения ожогов путем нанесения на ожоговую поверхность крови для образования фибриновой пленки. Разработан новый метод операции при выпадении прямой кишки.

Умер С.И. Ворончихин в 1982 году.

Выводы: изучив биографию, мы пришли к выводу,что С.И.Ворончихин является важной фигурой, который внес огромный вклад в развитие хирургии: придумал новые методы проведения операции и анестезии, написал докторскую диссертацию и множество научных работ.

ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Ахмедова С.Г., Гринько О.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия, saibatik23@mail.ru

Мочекаменная болезнь в общей популяции встречается у 5,3%, а среди беременных женщин варьирует от 0,2 до 0,8 %[1]. Образование камней в почках, как правило, начинается до наступления беременности, и зачастую дебют МКБ в виде почечной колики и/или вспышки острого обструктивного пиелонефрита совпадает с I или III триместром беременности[1, 2]. Вероятность образования камней в почках, непосредственно в период беременности, низка из-за повышения коллоидной активности мочи у беременной[1, 3, 4]. Чаще наблюдается почечная колика, хотя протекает она с менее выраженным болевым симптомом, а развитие острого обструктивного пиелонефрита угрожает не только женщине, но и плоду, способствуя развитию преэклампсии, внутриутробных инфекций, которые могут вызвать самопроизвольный аборт или преждевременные роды в 15-19% случаев [1, 2, 5]. Присоединение преэклампсии наблюдается примерно у 15% беременных, страдающих МКБ [5]. Хроническая внутриутробная гипоксия, гипотрофия плода, синдром задержки роста плода, внутриутробное инфицирование наблюдается в 18-22% беременных, имеющих сопутствующую МКБ.

Цель работы: Изучение эффективности проводимого лечения мочекаменной болезни у беременных

Материалы и методы: Работа основана на анализе историй болезни, результатов лечения в Первой РКБ УР с 2014 по 2015 года 33 беременных со сроком беременности от 12 до 35 недель, страдающих мочекаменной болезнью. Медиана возраста составила 28 лет. У 21 (63,6%) пациенток данная беременность была первой, у 12 (36,3%) повторной.

В 8 (24,2%) случаях камни локализовались в почке, в 22 (66,6%) случаях в мочеточнике, в 1(3%) в мочевом пузыре. Двусторонний уролитиаз имел место у 2(6%) больных. Размеры камней до 9мм. У всех больных в посеве мочи определялся рост микрофло-

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.