

объективная оценка практических навыков. Важным моментом является, что оценка составлялась на основании статистически результатов обработанных программой LapMentor каждого отдельно взятого участника. Врачи-интерны из 125 человек прошли экзамен 58 на 5 баллов, 37 на 4 балла, 30 на 3 балла. При окончании было предложено пройти быстрое анкетирование с оценкой актуальности, практичности и необходимости такой рабочей программы с данным оборудованием по 10 бальной шкале (0- вообще нет необходимости, 10- максимально необходима). Из 125 интернов 87 оценили в 10 баллов, 29 врачей в 9 баллов и 9 в 8 баллов. Важным моментом является понимание актуальности работы на таком оборудовании и возможности внедрения подобных образовательных программ на обязательной основе всем хирургическим специальностям, как интернам, так и врачам. Анкетирование по рабочей программе с LapMentor дает возможность понять, что проведенная работа была оценена медиками высоко, требует дальнейшей апробации и является необходимым. После проведения короткой лекции-тренинга и апробации оборудования владение практическими навыками у интернов появилось в принципе, хотя и требует дальнейшей постоянной тренировки. Выводы: Преимущества данной образовательной программы: Клинический опыт в виртуальной среде без рисков для пациента; Объективная оценка достижения уровня мастерства; Неограниченное количество повторов для отработки практически навыков; Отработка действий при редких и таких, что угрожают жизни патологиях; Часть функций преподавателя берет на себя виртуальный тренажер; Снижен стресс во время первых самостоятельных манипуляций.

КЛИНИКА И ПАТОМОРФОЛОГИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Петрунин П.М., Рябов А.В., студенты 4 курса 412 группы леч. факультета ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра факультетской хирургии (зав. каф. - проф. Проничев В.В.)

Кафедра патологической анатомии (зав. каф. - проф. Кирьянов Н.А.)

Научные руководители: проф. Стяжкина С.Н., проф., Кирьянов Н.А.

В исследование включены 113 медицинских карт стационарного больного пациентов хирургического отделения 1-й Республиканской клинической больницы, г. Ижевска с диагнозом «язвенная болезнь желудка», а также 123 журнала учета операционного и биопсийного материала за 2016 год. Полученные клинические и морфологические данные обработаны методом вариационной статистики. Результаты исследований показали, что среди наиболее частых осложнений ЯБ является стеноз привратника (91% случаев) и перфорация язвы (9% случаев). Диагностика осложнений язвенной болезни заключалась в использовании эндоскопических (эзофагогастродуоденоскопия) методов в 100% случаев, УЗИ органов брюшной полости в 80% случаев, лучевых методов в 60% случаев. Лучевые методы диагностики включали в себя обзорную рентгенографию без дополнения рентгеноскопией – 25%, обзорную рентгенографию, дополненную рентгеноскопией – 62%, спиральную компьютерную томографию – 100%. Анализ методов лечения осложнений язвенной болезни, показал, что чаще всего проводилось консервативное лечение (80% наблюдений). Реже осуществлено оперативное лечение (резекция 2/3 желудка по Бильрот – 1 с коррекцией связки Трейтца). Анализ патоморфологических исследований операционного материала показал, что в случаях перфорации язвы в краях и дне язвенного дефекта обнаруживалась широкая зона некротического детрита, а в случаях стеноза привратника обнаруживалась гипертрофия мышечных волокон с полями фиброза и рассеянной воспалительной инфильтрацией. Характерной особенностью морфологической картины язвенной болезни является наличие в препарате ампутированных нервов, встречающихся во всех изученных препаратах резецированных желудков. Таким образом, на основании полученных нами данных можно сделать заключение, что основным методом лечения осложнений язвенной болезни остается консервативный. В случаях неэффективности консервативного метода лечения необходимо прибегать к радикальному хирургическому способу, позволяющим получить стойкий положительный результат лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ ДЕРМАЛЬНЫХ ОЖОГОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА «БЕТАДИН»

Петрюк Б.В., Нурдинов Х.Н., Петрюк Т.А.

Кафедра общей хирургии (зав. каф. - проф. Полевой В.П.) БГМУ

Научный руководитель: проф. Сидорчук Р.И.

Цель исследования: изучение клинической эффективности препарата «Бетадин» в лечении больных с поверхностными дермальными ожогами. Препарат обычно применялся с 1-2 суток после травмы до полного заживления ожоговых поверхностей. На 6-7 сутки в раневых отпечатках наблюдали значительное уменьшение количества расположенной внеклеточно микрофлоры. Также повышалось содержание НГ, пребывающих в состоянии завершеного фагоцитоза. Через 13-14 суток наблюдалось незначительное содержание микрофлоры, которая имела преимущественно внутриклеточное расположение. Количество НГ в состоянии завершеного фагоцитоза достигало 62-65%. Клеточный состав цитогрaмм соответствовал регенераторному типу. В первые сутки количество микробных тел в ожоговых ранах колебалось в широких пределах, не превышая $10^{2-10^4}/\text{см}^2$ раневой поверхности. На 6-7 сут. возрастало в 15 раз только количество *S. aureus*. Через 13-14 сут. существенного снижения уровня микробной контаминации не было. Однако число микроорганизмов в опытной группе было ниже: *S. aureus* – в 12 раз, *S. epidermidis* – в 38 раз, *E. coli* – в 34 раза, *Ps. aeruginosae* – в 10 раз. При сравнении чувствительности высеваемой из ран микрофлоры к антибиотикам отмечена тенденция к повышению ее резистентности в сравнении с исходными значениями, более существенная в контрольной группе, где применяли другие антисептики, например хлоргексидина биглюконат. Указанное снижение чувствительности микрофлоры может быть связано с формированием антибиотикорезистентности внутригоспитальных штаммов, которые попадают на ожоговую поверхность в процессе лечения. Другой причиной этого явления может быть развитие резистентности микрофлоры вследствие нерационально проводимой антибиотикотерапии. Было установлено более благоприятное течение раневого процесса у потерпевших, местное лечение которых включало применение бетадина. Быстрее удалось ликвидировать проявления инфекционно-воспалительного процесса, очищение ран от некротизированных тканей происходило по демаркационному типу. Эпителизация поверхностных дермальных ожогов осуществлялась по островковому типу и завершалась обычно на 19-21 сутки. Следует отметить его хорошую переносимость, отсутствие побочных эффектов и осложнений. Таким образом, использование препарата «Бетадин» при местном лечении поверхностных дермальных ожогов позволяет улучшить течение раневого процесса, уменьшить риск местных инфекционных осложнений, сократить сроки заживления ран и, соответственно, длительность лечения обожженных.

ЭНТЕРОСОРБЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ

Петрюк Б.В., Семенюк И.Е., Нурдинов Х.Н.,

Кафедра общей хирургии (зав. каф. - проф. Полевой В.П.) БГМУ

Научный руководитель: проф. Сидорчук Р.И.

В патогенезе обширных ожогов существенное значение имеет синдром интоксикации. Инфузионно-трансфузионная терапия не всегда обеспечивает достаточное снижение уровня эндотоксикоза. Кроме главного источника интоксикации – ожоговой раны, его важной составляющей считается эндогенная интоксикация, обусловленная кишечной микрофлорой и токсическими метаболитами, которые накапливаются в желудочно-кишечном тракте. Они попадают в кровь вследствие нарушения

защитного барьера кишечника и детоксикационной функции печени. В связи с этим, при ожоговой болезни целесообразно использовать энтеросорбцию. Нами обследовано 28 больных с термическими ожогами, у которых наблюдали развитие ожоговой болезни. Опытную группу составили 15 обожженных с ИТП $64,5 \pm 5,6$ ед., которые в комплексе с другими лечебными средствами получали энтеросгель (I гр.). Его назначали при отсутствии рвоты на 3-4 сутки после ожога по 15-20 г 3-4 раза в день на протяжении 7-14 суток в зависимости от тяжести состояния. В группу сравнения вошли 13 обожженных с ИТП $62,8 \pm 3,9$ ед., которым энтеросорбция не проводилась (II гр.). При обширных ожогах синдром интоксикации присутствовал уже через 1-3 сут. после травмы. Кроме клиники, на это указывал высокий уровень молекул средней массы (МСМ). На 6-7 сут. во II гр. наблюдали его повышение относительно изначального показателя, что свидетельствует о возрастании уровня интоксикации в стадии острой ожоговой токсемии. В дальнейшем наблюдали незначительное снижение уровня МСМ. В I гр. на 6-7 и 13-14 сут. не наблюдалось существенных колебаний уровня МСМ. Через 2 недели этот показатель оказался на 18% достоверно ниже, чем в группе сравнения. Таким образом, применение энтеросгеля не влияло на главные закономерности течения ожоговой болезни, однако способствовало уменьшению клинических проявлений синдрома интоксикации. В мазках-отпечатках с ожоговых ран в 1-3 сут. тип цитограммы был некротическим. На 6-7 сут. в I гр. уменьшалось число дегенеративных клеток, возрастало количество фибробластов, сегментоядерных нейтрофильных гранулоцитов и макрофагов с более высокой фагоцитарной активностью. Во II гр. было меньше нейтрофильных гранулоцитов и макрофагов, чаще встречалась внеклеточно расположенная микрофлора. С 13-14 сут. в опытной группе происходило уменьшение количества нейтрофилов. Во II гр. их количество не уменьшалось до 19-21 сут, когда определяли воспалительно-регенераторный тип цитограммы. Под влиянием энтеросгеля было минимальное углубление ожоговых ран, эпителизация поверхностных дермальных ожогов ускорялась на 3,2 сут., очищение глубоких ран от некроза – на 4,2 сут., подготовка гранулирующих ран к пересадке кожи сократилась на 12,6%, приживление трансплантатов составляло 93-95%. Во II гр. приживление кожных лоскутов обычно не превышало 85-87%. Таким образом, в случае обширных термических ожогов, которые сопровождаются развитием ожоговой болезни, применение энтеросорбции уменьшает клинические проявления синдрома интоксикации, что опосредованно способствует эпителизации ожоговых ран, предупреждает их углубление, обеспечивает лучшее приживление трансплантатов.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Пивоваров Д.В., Чазов А.А., Залыяева А.Р., студенты 419 группы 4 курса ИГМА

Кафедра факультетской хирургии (зав. каф. – проф. Проничев В.В.)

Научный руководитель: проф. Стяжкина С.Н.

Цирроз печени является одной из наиболее частых причин портальной гипертензии (ПГ). Снижение портального давления предотвращает риск кровотечения из ВРВП, снижает вероятность появления печеночной энцефалопатии, спонтанного бактериального перитонита, гепаторенального синдрома и увеличивает общую выживаемость пациентов. Цель исследования: Изучение наиболее эффективных методов лечения портальной гипертензии и кровотечений на фоне цирроза печени. Материал и методы исследования: Был проведен статистический анализ по данным 235 историй болезни хирургического, проктологического и терапевтического отделений 1 Республиканской клинической больницы г. Ижевска за 2015-2016 года. Из всего количества пациентов 41,7% относились к лицам мужского пола, 58,3% к лицам женского пола. Больше всего пациентов 37,9% относились к позднему взрослому периоду (46-60); 20,9% относились к среднему взрослому периоду (36-45); 25,8% к пожилому (61-74); 9,9% к раннему (25-35), а 5,5% больных относились к старческому возрасту (75-89). У 50% мужчин наблюдался цирроз печени смешанной этиологии (алкогольно-вирусная), у 29% алиментарной, у 12,5% вирусной, а у 8,5% неуточненной этиологии. У лиц женского пола превалировал в 27% цирроз вирусной этиологии, 23% составил алиментарный, 18,2% билиарный, 14% смешанный, 12,5% аутоиммунной и 5,3% неуточненной этиологии. Для коррекции портальной гипертензии используются венозные вазодилататоры (нитроглицерин, нитропруссид натрия), вазоконстрикторы (соматостатин). При кровотечении из ВРВП и геморроидальных вен проводилась инфузионно – трансфузионная терапия, введение кристаллоидных и коллоидных кровезаменителей, введение свежезамороженной плазмы (в случае Hb меньше 80г/л). Также применялись антифибринолитические препараты, антисекреторные препараты. При продолжающемся кровотечении использовали зонд Блэкмора. При неэффективности данного лечения применялось эндоскопическое лигирование. Считаем правильным рекомендовать следующую поэтапную тактику лечения данной категории больных: коррекция портальной гипертензии препаратами группы вазоконстрикторов и вазодилататоров. При появлении кровотечения предлагается инфузионно-трансфузионная терапия совместно с антифибринолитическими и антисекреторными препаратами, постановка зонда Блэкмора, затем - эндоскопическое лигирование вен на фоне интенсивной терапии. В дальнейшем целесообразно обследование больных в специализированных учреждениях для решения вопроса о наложении портокавальных анастомозов или трансплантации печени при циррозах печени у молодых больных.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПАРАСАГИТТАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Равшанов Д.М., резидент магистратуры курса нейрохирургии СамМИ

Курс нейрохирургии (зав. курсом – проф. Мамадалиев А.М.)

Научный руководитель: проф. Мамадалиев А.М.

Цель исследования: изучение результатов клинико-неврологических нарушений у больных с парасагиттальными менингиомами головного мозга. Материал и методы исследования: Обследованы 30 больных по поводу парасагиттальных менингиом больших полушарий головного мозга в нейрохирургическом отделении 1-клиники Самаркандского медицинского института в период с 2015 по 2016гг. Из них 16 мужчин, 14 женщин. Возраст больных колеблется от 22 до 64 лет. Всем больным были проведены КТ и МРТ. У 6 больных проведена МРТ трактография. Результаты и их обсуждение. Менингиомы локализовались преимущественно в височной доле – у 12 больных, в лобной доле – у 8 больных, в теменной доле – у 7 больных и в теменно – височной области – у 3 больных. Основными жалобами больных были головная боль, головокружение, тошнота, рвота, общая слабость, снижение аппетита, симптомы раздражения, эпилептические судороги и другие. Эпилептические судороги встречались у 12 больных (40%). Они имели фокальный (у 8 больных) и генерализованный (у 4 больных) характер. Очаговая симптоматика проявлялась двигательными и чувствительными нарушениями, нарушениями функции черепно-мозговых нервов. Правосторонний гемипарез встречался у 17 больных (56,7%), а у 13 больных (43,3%) отмечался гемипарез слева. Из нарушений функции черепно-мозговых нервов преимущественно встречались центральный парез лицевого нерва – у 15 больных (50%), нарушение функции глазодвигательных нервов (III, IV, VI пары) – у 8 больных (26,7%), нарушение функции тройничного нерва – у 4 больных (13,3%), нарушение функции языко-глоточного и блуждающих нервов – у 3 больных (10%). Балльная оценка по шкалу Шахновича А.Р., Мамадалиева А.М. до операции у 9 больных 60-70 баллов (30%), а после с выше 70 баллов, 12 больных до операции 40-50 баллов после операции 50-60 баллов (41%), у 6 больных до операции 30-40 баллов после операции 40-55 баллов (20%), у 2 больных до операции 50-60 баллов, после операции 30-40 баллов (6%), у 1 больного до операции 60-70 баллов, после операции 40-50 баллов (3%). 28 больных произведены оперативное лечение, 1 больная