

Но сильнейший пожар 1783 года поставил окончательную точку в трагической судьбе петровской флотилии. Счастливая судьба выпала на долю бота, пророчески названного «Фортуна», который, по преданию, построил сам Петр I. Ему довелось уцелеть. После пожара сохранились остатки царского дворца, других кораблей, уникальные корабельные украшения.

В 1802 году Владимирский губернатор Иван Михайлович Долгоруков посетил место, где, по его словам, «сильный Петр учился мореплаванию и оставил городу в залог самим же им состроенный первый ботик в государстве нашем». Выполняя указ Петра, он принимает твердое решение построить здание для хранения бота.

1 августа 1803 года первый провинциальный музей России открывает свои двери. На его фронтоне золотом высечено: «Великому Петру усердный Переславль». С этого начал свою историю Музей «Ботик Петра I», который сохранил для потомков и истории судно, построенное Петром I, а значит и частичку той флотилии, которая стала колыбелью будущего Петровского детища!

Таким образом, можно сделать вывод, что благодаря Петру I, его активной жизненной позиции, инициативе и желанию познать неизведанное, мы на берегах сначала Плещеева озера, а затем на морских рубежах нашей страны получили могущественную силу, способную в любой момент дать отпор врагу. Поэтому гордость за нашу российскую армию должна всегда жить так же, как чудом уцелевший бот «Фортуна», который сейчас уже может характеризоваться вечным, как и наша сильная армия!

Литература:

1. Официальный сайт музея-усадьбы «Ботик Петра I» / URL: <http://www/museumpereslavl.ru/fil/botik/expoz/htm>
2. У истоков петровского флота // Бот Фортуна. Исправников, А., Зайцев, А. / URL: <http://hobbyport.ru/ships/fortuna/htm>
3. Ботик Петра I (Дедушка русского флота) // Национальная историческая энциклопедия / URL: <http://www.allros.ru/yar/pereslavl/his.htm>
4. Город Переславль-Залеский: краткая справка // Botik / URL: <http://www/botik.ru/2/local-resources/pz-spravka.html>
5. <http://www.navy.su/-1850/poteshnaya/index.htm>

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Безуглая О.И.,

Бондаренко П.П., Выселкова Е.С.

*МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
Краснодар, Россия*

Острый аппендицит - одно из наиболее часто встречающихся в хирургической практике заболеваний. Число больных острым аппендицитом в хирургических стационарах общего профиля составляет до 20-50% от всех пациентов, а количество аппендэктомий по отношению к другим неотложным операциям достигает 70-80%. [3] Частота осложнений острого аппендицита варьирует от 32,6 до 43%. Причиной высоких цифр летальности остаются ошибки диагностики, составляющие в среднем 15-45%. [4,5]. Основным путем снижения летальности при остром аппендиците является своевременная и точная диагностика, которая в современных условиях должна включать лапароскопию. [1]

Целью данного исследования является изучение тактики лечения и принципов диагностики острого аппендицита.

Задачи:

- провести анализ теоретических источников, особенностей диагностики и принципов лечения острого аппендицита;
- провести эмпирическое исследование пациентов с острым аппендицитом;
- обработать эмпирические данные;
- сделать выводы и разработать практические рекомендации.

Объект исследования: больные с диагнозом острый аппендицит.

Предмет исследования: особенности диагностики и лечения острого аппендицита.

Гипотеза: правильная своевременная диагностика и выбор адекватного лечения могут снизить риск развития летального исхода.

Методы исследования:

- теоретические: анализ теоретических источников по определению понятия «острый аппендицит» и методов лечения;
- эмпирические: анализ медицинской документации, наблюдение.

База исследования: Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского.

В качестве респондентов мы выбрали 30 пациентов с диагнозом «острый аппенди-

цит». Было выявлено, что заболевание не зависит от пола. Мужчины и женщины болеют одинаково. Отмечено, что острым аппендицитом преимущественно страдали люди до 45 лет (80%) и реже в пожилом возрасте (20%).

Установлено, что чаще острым аппендицитом болеют служащие – (30%), работающие – (30%) и студенты – (30%) и реже безработные и пенсионеры – (10%). Мы связываем эту разницу с питанием. Многочисленные исследования показали, что острый аппендицит чаще развивается у лиц, употребляющих значительное количество мяса, так как животные белки усиливают в желудочно-кишечном тракте процессы гниения и брожения, имеют тенденцию вызывать гнилостные процессы в кишечнике, которые способствуют атонии, что является предрасполагающим фактором в развитии острого аппендицита.[2]

При поступлении больные предъявляли жалобы на: боль в правой подвздошной области(100%), повышение температуры до 38-39°C (60%), слабость (50%), снижение аппетита (30%), тошноту и рвоту (20%). Отмечено, что боль в правой подвздошной области является основной жалобой при остром аппендиците.

Таким образом, большая часть пациентов предъявляла жалобы на острые боли (40%), у 30% пациентов были тупые боли, у 10% - тянущие и у 20% - ноющие.

Говоря о формах аппендицита, следует обратить внимание, что катаральные составили 20%, в то время как деструктивные формы 80%.

Также мы обратили внимание на время поступления пациентов в клинику с момента заболевания. Таким образом, причинами позднего обращения пациентов в 1 случае (10%) были диагностические ошибки врачей медучреждений, а в остальных случаях (90%) – по вине самих больных.

В течение 1 часа с момента госпитализации больного в хирургическое отделение прооперирован 1 человек (10%), в течение 2 часов – 4 (40%), от 3 до 6 часов – 3 человека (40%), от 7 до 12 часов – 1 (10%), позже 12 часов – 1 (10%). Причинами задержки операции явились дополнительные исследования (УЗИ, ФГДС, повторные анализы крови и т.п.), консультации других специалистов. В двух случаях задержка операции произошла из-за отказа больных от операции.

Выявлено в послеоперационном периоде осложнений у 6-ти больных (20%), это ап-

пендикулярный абсцесс и нагноение послеоперационной раны. У остальных 24 больных осложнений не выявлено.

С целью профилактики послеоперационных гнойных воспалительных осложнений проводилась антибиотикотерапия до и после операции.

По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

-частота острого аппендицита не зависит от пола.

- отмечено, что острым аппендицитом преимущественно страдали люди до 45 лет.

-при поступлении больные предъявляли жалобы на: боль в правой подвздошной области, повышение температуры до 38-39°C, слабость, снижение аппетита, тошноту и рвоту.

-большая часть пациентов предъявляла жалобы на острые боли (40%), у 30% пациентов были тупые боли, у 10% - тянущие и у 20% - ноющие.

-в течение суток обратились 80% больных, остальные 20% явились через 2-3 суток и позже.

-всем больным была проведена операция – аппендэктомия. метод обезболивания — местная анестезия.

-выявлено всего 2 осложнения (20%): аппендикулярный абсцесс у 1 больного (10%), нагноение послеоперационной раны у 1 человека (10%).

-все больные были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Так же в архиве больницы нами были изучены 30 историй болезни пациентов с острым аппендицитом за прошлый год. Среди исследованных нами больных было 15 мужчин (50%) и 15 женщин (50%).

Отмечено, что острым аппендицитом преимущественно страдали люди до 45 лет (80%) и реже в пожилом возрасте (20%).

При поступлении больные предъявляли жалобы на: боль в правой подвздошной области, повышение температуры до 38-39°C, слабость, снижение аппетита, тошноту и рвоту.

Отмечено, что боль в правой подвздошной области является основной жалобой при остром аппендиците.

По данным диагностики, мы сделали вывод, что действительно:

- женщины и мужчины болеют острым аппендицитом одинаково;

- преимущественно страдают люди до 45 лет;

- все пациенты предъявляют жалобу на боль в правой подвздошной области.

В заключение хочется сказать, что:

1. Поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью и длительное наблюдение их в стационаре являются основной причиной развития внутрибрюшных гнойно-воспалительных осложнений.

2. Послеоперационные септические процессы в большинстве случаев являются продолжением дооперационных осложнений.

3. Аппендэктомия должна производиться независимо от стадии воспаления до развития внутрибрюшных гнойных осложнений.

4. Снизить позднюю обращаемость пациентов за медицинской помощью может активная целенаправленная санитарно-просветительская работа.

Больным, которые находились на лечении в больнице, при прохождении практики, мы раздали анкеты на тему «Качество проводимой помощи», где они анонимно ответили на вопросы. По ответам можно сделать выводы, что мужчины и женщины болеют одинаково в возрасте от 18 до 35 лет; в основном это работающие и студенты, так как у 75% больных нарушен режим питания. 100% больных отметили жалобы на боль в правой подвздошной области, 60% на повышение температуры тела до 38-39°C, 50% на слабость, 30% на снижение аппетита, 20% на тошноту и рвоту. Острые боли были у 40% опрошенных, 30% тупые боли. Около 50% больных ожидали бригаду скорой медицинской помощи до 30 мин, 40% до одного часа, 10% более одного часа. Все 100% госпитализированных были довольны качеством обслуживания фельдшером. В графе пожеланий были сделаны замечания по времени приезда бригады.

Вывод: необходимо улучшить скорость приезда бригады скорой медицинской помощи на вызов.

Литература:

1. Кригер, А.Г., Федоров, А.В., Воскресенский, П.К., Дронов, А.Ф. Острый аппендицит. - МЕДпрактика-М, 2007. – С.244 -250.
2. Пронин В.А. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия - Практическое руководство, 2007. – С.123-129.
3. Ротков И. А. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. - М.: Медицина, 2006. – С. 45-49.
4. Седов, В.М. Аппендицит. - СПб.: ООО «Санкт-Петербургское медицинское издательство». — 2002. – С.232-238.
5. Бондаренко П.П., Рамонова Л.П., Егорова Н.А. Лечение послеоперационных осложнений

у детей с аппендикулярным перитонитом /Сборник материалов I Международной (X Всероссийской) научно-методической конференции ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный университет», ФГБОУ ВПО «Оренбургский государственный университет». 2014. С.157-158.

КРОВОТЕЧЕНИЕ КАК НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Безуглая О.И., Рамонова Л.П., Фурсова Л.В.
 МАОУ ВО "Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования"
 Краснодар, Россия

Выбранная тема в настоящее время является особо актуальной, т.к. она занимает первое место среди заболеваний органов пищеварения, и остается одной из важнейших проблем здравоохранения. Заболеванием чаще всего страдают люди наиболее активного, работоспособного возраста, что обуславливает социальную значимость проблемы.

Заболеваемость язвенной болезнью не имеет тенденции к снижению, а число ее осложненных форм возросло в последние годы [1,2,3]. Ситуация обусловлена не только объективными социально-экономическими факторами, но и недостаточно активной позицией хирургов в своевременном лечении данной категории больных. Последнее десятилетие характеризуется снижением числа плановых операций по поводу язвенной болезни более чем в два раза и, в то же время, ростом числа экстренных операций по поводу уже развившихся осложнений [4].

Осложнения язвенной болезни являются тяжелыми, нередко угрожающими жизни страданиями, в особенности у пожилых больных с сопутствующими заболеваниями. Здесь имеет значение не только патофизиологическое обоснование предстоящего хирургического лечения, но и переносимость его больными. [6]

Для успешного лечения различных клинических форм язвенной болезни нужны совместные усилия хирургов и терапевтов. В последние годы появляются новые поколения лекарственных препаратов, успешно излечивающих язвенную болезнь (антисекреторные, антихеликобактерные, прокинетики). Полно-