

Но одной из основ знаний ВОП на 6–7 курсах интернатуры будет изучение хирургических больных, закрепление навыков дооперационной диагностики и ведение послеоперационных больных. Будущие врачи общей практики работают в приемном покое железнодорожной больницы в экстренный день для диагностики больных с острыми хирургическими заболеваниями, оказывают первую врачебную помощь в травмпункте и хирургических кабинетах поликлиники. Закрепляют свои знания в учебно – клиническом центре (УКЦ) медуниверситета. Затем интерны сдают клинический экзамен по «хирургическим болезням» и тестирование по решению ситуационных задач соответственно 15 темам острых хирургических заболеваний.

Необходимым условием повышения качества медицинской помощи является эффективная подготовка ВОП, особенно по вопросам диагностики и дифференциальной диагностики «хирургических болезней» на 6–7 курсах интернатуры. На последипломном уровне подготовки врача общей практики по рабочей учебной программе есть вопросы о первичной медицинской помощи больным с неосложненными хирургическими и травматологическими заболеваниями. К примеру, вскрыть поверхностный абсцесс, чтобы он не перешел в глубокий, лечить поверхностные ожоги и отморожения, чтобы не было осложнений. Научиться своевременно вправлять неосложненные вывихи плечевого сустава и нижней челюсти. Но самое главное: не пропустить острые хирургические заболевания брюшной и грудной полостей. Хорошо владеть симптомами тех или иных острых хирургических заболеваний, чтобы диагностировать и дифференцировать от других заболеваний и немедленно направлять в хирургические отделения, не доводя их до перитонита. В преподавательской работе часто приводим слова С.И. Спасокукоцкого (1926 г.): «При перитонитах операция в первые часы дает 90 % выздоровлений, в первый день – 50 %, позже 3-го дня выздоровление всего 10 %». Многое зависит от своевременной диагностики врача общей практики, от их умения коммуникативных навыков при первом контакте с больным человеком, который должен соглашаться на немедленное направление в хирургический стационар для оперативного лечения. Надо учитывать, что не все больные могут соглашаться с поставленным диагнозом ВОП, тем более на госпитализацию, приходится пользоваться авторитетным подходом старших коллег, правильным влиянием родственников на больного.

Материалы и методы. За период 2010–2015 учебные годы среди обученных врачей интернов (517 интернов – 6 курс и 348 – 7 курс) на нашей кафедре ежегодно 10 % из них стали узкими специалистами хирургического профиля: урологом, лор, окулистом, анестезиологом

и военными хирургами и травматологами. Среди работающих в районах Актобе, в соседних областных центрах бывшие наши интерны – врачи общей практики стали организаторами: заместителями главных врачей по лечебной работе и т.д. Остальные – 90 % врачи общей практики, отзывы о работе бывших выпускников нашей кафедры ВОП – хорошие. Информация кафедры получает от местных отделов здравоохранения и от работающих интернов.

Заключение. Таким образом, необходимым условием повышения компетентности врачей общей практики и доступности медицинской помощи для улучшения состояния здоровья обслуживаемого населения является эффективная подготовка ВОП, иначе говоря они должны уметь внедрить современные стратегии интегрального подхода к вопросам диагностики хирургических болезней, профилактики и лечения осложнений острых хирургических болезней в контексте организации современной системы общественного здравоохранения и реформирования ПМСП на принципах семейной медицины.

Список литературы

1. Денисов И.Н., Мовшович Б.П. Общая врачебная практика (семейная медицина). – М., 2005. – 998 с.

ИНТРАВАГИНАЛЬНЫЙ ЗАВОРОТ С ДИСТОПИЕЙ ЯИЧКА У РЕБЕНКА МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ ПАХОВОМОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ СПРАВА

Байжаркинова А.Б., Джаналаев Б.К.,
Жанильсинов С.Ш.

ЗКГМУ им. Марата Оспанова, Железнодорожная
клиническая больница, Актобе,
e-mail: bayzharkinova@mail.ru

Актуальность. В имеющейся литературе по интернету мы не встретили описание случаев интравагинального заворота с дистопией яичка у ребенка младшего возраста при ущемлении врожденной паховомошоночной грыжи, поэтому считаем наше наблюдение актуальным и представляет научной и практической интерес для врачей.

Цель исследования. Интравагинальный заворот с дистопией яичка одно из самых тяжелых заболеваний органов мошонки у детей, но наблюдаемое от 12,4 до 42,2 % [1, 2], а у детей младшего возраста практически не встречается.

Материалы и методы. На нашем примере представлен больной ребенок Е. Год 6 мес, который экстренно поступил в железнодорожную клинику города Актобе с жалобами со слов матери на рвоту, невысокую температуру и беспокойство ребенка. Мама считает больным его в течении 6-7 часов, с погрешностями питания не связывает, так как он на грудном вскармливании. В анамнезе отмечается, со слов матери с рож-

дения у ребенка яичка в правой половине мошонки нет и периодически замечала увеличение ее в размере, в положении «сна» уменьшается за счет самостоятельного вправления петли кишечника. При локальном осмотре больного ребенка в правой паховомошоночной области определялась припухлость плотноэластической консистенции, размером 2х2,5х1,5 см, резко болезненная при пальпации, кожа над припухлостью не изменена. Правое яичко в мошонке не определяется, выслушивается перистальтика кишечника, и в области правого паха имелось плотное образование округлой формы, размером 5х5х3 см., резко болезненное, кожа над ним умеренно гиперемирована. Образование в области паха мама заметила с рождения, но ранее было в виде небольшого безболезненного, умеренно подвижного уплотнения. Предварительный диагноз: ущемленная врожденная правосторонняя паховомошоночная грыжа и острое воспаление дистопированного яичка с перепроцессом на паховую область. К хирургам с ребенком мама ранее не обращалась.

С согласия матери, с учетом сочетания патологических процессов больной ребенок по экстренным показаниям под наркозом взят на операцию. Косым разрезом 4 см в правой паховой области рассечены мягкие ткани до грыжевого мешка, последний вскрыт, грыжевая вода прозрачная с геморрагическим оттенком. Ущемленная петля подвздошной кишки после вскрытия наружного пахового кольца признана жизнеспособной и блокады корня брыжейки 0,25 % – 7 мл раствором новокаина погружена в брюшную полость. Грыжевой мешок прошит у основания, перевязан и отсечен. Затем тупо раздвинуты мягкие ткани по ходу дистального конца семенного канатика после вскрытия его влагалища, методом осторожного подавливания на образование в области правого влагалища семенного канатика выведена в рану яичко размером 1х1,5х0,5 см синевато-серого цвета. Определялся интравагинальный заворот яичка вокруг оси правого семенного канатика на 360°. Выполнена блокада семенного канатика тем же раствором новокаина и после деторсии яичко признано жизнеспособным и погружено (низведено) в правую половину мошонки и фиксировано ко дну кетгутом (как при крипторхизме). Наложены швы на влагалище семенного канатика и паховый канал ушит по способу Мартынова, а ход в область дистопированного яичка ушит наглухо. Послойные швы, после гемостаза, асептическая наклейка. Послеоперационный период протекал без осложнений. Носил суспензорий, швы сняты на 6-7-е сутки, заживление рег. grima. Выписан в удовлетворительном состоянии, через 3-6 месяцев пациент здоров, развитие соответствует возрасту. Локальный статус: правое яичко идентично размерам левого, мошонка безболезненная, отека нет, кожный покров обычного цвета.

Заключение. Данное наше наблюдение, хотя единственное, но уникальное демонстрирует возможность интравагинального заворота яичка вокруг семенного канатика у детей младшего возраста при его дистопии и ущемлении врожденной пахово-мошоночной грыжи.

Список литературы

1. Долецкий С.Н., Зуев Ю.Е., Окулов А.Б. // Хирургия. – 1977. – №8. – С.66-72.
2. Bartsch A., Madersbacher H. // Z.Allgemein-med-1973-Bd8№26-S1210.
3. Behman R.E., Kliegman R.M., Jenson H.B. (Eds), Saunders, Philadelphia 2004.
4. Brandt M.L. Pediatric hernias. Surg Clin North Am. Feb 2008;88(1):27-43.
5. Bronsther B., Abrams M.W., Elboim C. Inguinal hernias in children a study, 1972; 27:522
6. Engum S., Grosfeld J. Hernias in children. In: Spitz L and Coran AG (eds): Operative Paediatric Surgery, 6th ed. London: Hodder Arnold, 2007.
7. Lao O.B., Fitzgibbons R.J. Jr, Cusick RA. Pediatric inguinal hernias, hydroceles, and undescended testicles. Surg Clin North Am. Jun 2012;92(3):487-504, vii.

ОСТРЫЙ ФЛЕГМОНОЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ЭХИНОКОКК ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ И ЖЕЛТУХОЙ, ВЫЗВАННАЯ ОБТУРАЦИЕЙ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ДОЧЕРНИМИ КИСТАМИ

Байжаркинова А.Б., Келимбердиев С.М.,
Жанильсинов С.Ш.

ЗКГМУ им. Марата Оспанова, Железнодорожная
клиническая больница, Актобе,
e-mail: bayzharkinova@mail.ru

Актуальность. Диагностика и лечение осложненных паразитарных заболеваний печени, в частности эхинококка желчного пузыря и желчных путей остаются актуальной проблемой абдоминальной хирургии, клиника не отличается от острого холецистита. По литературным данным исследования показали, что в 80,8% случаев причиной механической желтухи была эхинококковая киста печени, осложнившейся прорывом в желчевыводящие пути. Наиболее характерным и типичным симптомом механической желтухи эхинококковой этиологии была желтушность кожных покровов и склер, которая наблюдалась у всех больных. При этом кожный зуд имелся у 19 (32,2%), ахоличный стул – у 31 (52,6%) больных. Описание эхинококка желчного пузыря и желчных путей не встретился.

Поэтому мы привели случай из практики больной, у которой в связи с эхинококковыми дочерними кистами общего желчного протока развилась обтурационная желтуха, явления гнойного холангита. В дооперационном периоде диагноз эхинококк желчного пузыря при исследовании печени и желчных путей выставить не удалось, так как двойной контур на УЗИ в желчном пузыре принят за эмпиему. Желтуху объ-