

Материалы и методы исследования. Использовался метод анонимного анкетирования студентов ГрГМУ.

Результаты. Анализ показывает, что 91,3% студентов высказываются за свободную дискуссию при ответах, 4,7% – за метод опроса, 4% – за ответ в виде презентации/сообщения по данной теме. 57,1% – за обучающую презентацию с одновременным ее комментированием преподавателем, 42,9% – считают, что в комментировании нет необходимости.

51,3% студентов лучше воспринимают информацию в начале занятия, 45% – в середине, 3,7% – в конце.

36,6% студентов затрудняются в восприятии информации, сказанной в условиях нехватки времени в конце занятия/лекции, 49,7% – иногда затрудняются, 13,7% – не затрудняются.

Гендерные проблемы отмечают 16,1% студентов, 78,3% – не акцентируют внимание на пол преподавателя, 5,6% – затрудняются ответить.

В подготовке к занятию при отсутствии единого источника 27,3% студентов часто испытывают сложности, 57,1% – иногда, 15,5% не затрудняются.

При использовании аббревиатур, сокращенных научных терминов 24,2% студентов часто испытывают трудности в восприятии информации, 65,8% – иногда, 9,9% – никогда не испытывают.

Выводы.

1. 91,3% студентов за свободную форму ответа на занятии.
2. 86,3% – за наличие одного источника.
3. Усвоение информации более оптимально в начале занятия.

Литература

1. Шарипов, Ф. В. Педагогика и психология высшей школы / Ф. В. Шарипов. – М., 2012.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ У ВЗРОСЛЫХ

Кондель С. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор Мармыш Г. Г.

Актуальность. Аппендикулярный инфильтрат (АИ) является частым осложнением острого аппендицита, регистрируемым в 1% случаев, исходя из чего проблема является актуальной и значимой в хирургии [1].

Цель. Оптимизация методов диагностики и хирургической тактики при подозрении на АИ у взрослых.

Материалы и методы исследования. Ретроспективному анализу подвергнуты результаты лечения 478 пациентов с острым аппендицитом в УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» в 2018-2019 годах.

Результаты. Катаральный аппендицит имел место у 156 (32,6%) человек, флегмонозный – 267 (55,9%), гангренозный – 42 (8,8%). АИ у 13 пациентов (2,7%). Лапароскопическая аппендэктомия – 443 (92,7%) случаев. 35 (7,3%) пациентам выполнялась открытая аппендэктомия. АИ следует разделить на рыхлый, плотный и периаппендикулярный абсцесс. С плотным инфильтратом было 13 (2,7%) пациентов.

Всем пациентам назначалась стандартная консервативная терапия: постельный режим, диетотерапия, антибактериальная и противовоспалительная терапия. Благоприятное течение инфильтрата отмечено у 12 пациентов. Все 12 пациентов через 3 месяца прооперированы в плановом порядке – выполнена лапароскопическая аппендэктомия. У одного пациента с АИ на фоне консервативной терапии развилось абсцедирование инфильтрата, подтвержденное данными УЗИ и КТ. Под эндотрахеальным наркозом внебрюшинным доступом по Пирогову вскрыт абсцесс, проведена его санация и дренирование ПХВ-трубкой и резиново-марлевым тампоном. Считаем, что поиск аппендикса, попытки разделения инфильтрата и выполнение в этих условиях аппендэктомии недопустимы из-за высокой вероятности образования кишечных свищей. Течение послеоперационного периода благоприятное, выписан из стационара с рекомендациями для плановой госпитализации и выполнения аппендэктомии через 4-5 месяцев.

Выводы. Лечение плотного инфильтрата должно быть только консервативное с динамическим УЗИ, КТ контролем, колоноскопией. В случае успеха консервативной терапии – плановая аппендэктомия должна выполняться через 4-5 месяцев. При абсцедировании АИ выполняется срочное хирургическое вмешательство.

Литература

1. Кригер, А. Г. Острый аппендицит / А. Г. Кригер, А. В. Федоров, П. К. Воскресенский, А. Ф. Дронов. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 244 с.