

Таким образом, при достаточном уровне компьютеризации (кафедры, вуза) применение контрольно-обучающих программ является шагом к овладению компьютерными методами сбора, хранения и обработки информации, применяемой в сфере профессиональной деятельности, что является неотъемлемым требованием к уровню подготовленности лиц, получающих сегодня высшее образование.

**TESTING AND TRAINING PROGRAMS,  
AS A MEANS OF CONTROL IN THE TEACHING  
PROCESS OF THE UNIVERSITY**

T. S. Podgrushnaya

Krasnoyarsk State Medical University named  
after prof. V. F. Voino-Yasenetsky

**Abstract.** The paper presents the various forms of teaching control and its functions. Is substantiated the predictive function of the control according to the test technologies in teaching practice. Are given the results of the control and training programs, justified its role in the educational process.

**Key words:** independent work of students, teachers control functions, control and training programs.

**Литература**

1. Беспалько В.П. Образование и обучение с участием компьютеров (педагогика третьего тысячелетия) — М.: НПО «МОДЭК», 2002. — С. 292-307.
2. Вербицкий А.А. Активное обучение в высшей школе: контекстный подход. — М.: Высшая школа, 1991. — 187 с.
3. Гулидов И.Н. Педагогический контроль и его обеспечение. — М.: Форум, 2005. — С. 26-34.
4. Лернер И. Я. Показатели системы учебно-познавательных заданий // Новые исследования в педагогических науках. — 1990. — Выпуск. 2. — С.34-37.
5. Подгрушная Т.С. Организация СРС в образовательном процессе вуза // Матер. II Всерос. науч.-практич. конф. — Красноярск: КГПУ, 2009. — С. 254-260.
6. Селевко Г.К. Современные образовательные технологии. — М.: Народное образование, 1998. — С. 119-132.
7. Чельшкова М.Б. Теория и практика конструирования педагогических тестов — М.: ЛОГОС, 2002. — С. 55-59.

**Сведения об авторах**

Подгрушная Татьяна Симоновна — старший преподаватель каф. микробиологии им. доц. Б.М. Зельмановича КрасГМУ; e-mail: osipovanata@mail.ru.

## Обмен опытом



© ТОМНЮК Н. Д., ЗДЗИТОВЕЦКИЙ Д. Э., ДАНИЛИНА Е. П., КЕМБЕЛЬ В. Р., БЕЛОБОРОДОВ А. А.  
УДК 616.381-089.85-06

### НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Н. Д. Томнюк, Д. Э. Здзитовецкий, Е. П. Данилина, В. Р. Кембель, А. А. Белобородов  
ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого  
Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра и клиника  
хирургических болезней им. проф. Ю. М. Лубенского, зав. — к. м. н., доц. Д. Э. Здзитовецкий.

**Резюме.** Абдоминальные вмешательства, как в экстренной, так и в плановой хирургии не имеют тенденции к уменьшению. В то же время сохраняется определенный процент осложнений в послеоперационном периоде, который требует периодического анализа для возможного предотвращения или своевременного проведения эффективной релапаротомии. Анализ проведенных лапаротомий за последние 5 лет в ГКБСМП им. Н.С. Карповича показал, что из 6172 операций осложнения имели место в 1,8 % при плановых вмешательствах и в 4 % — при экстренных операциях. Наибольшее число послеоперационных осложнений — 44 % приходится на группу больных с перитонитом, в которой послеоперационная летальность достигает 70 %. В статье приводится структура осложнений и анализируются причины их развития.

**Ключевые слова:** релапаротомия, перитонит, травма.

Вопросы абдоминальной хирургии занимают одно из первых мест среди всех хирургических проблем, так как операциям подвергается огромное число людей [4]. Количество послеоперационных осложнений, требующих повторного вмешательства, так же не уменьшается [3]. В своей работе даже опытный хирург не может всего предвидеть, не всегда имеет в своем распоряжении достаточно надежных средств и времени, чтобы гарантировать благоприятный исход операции. Однако любой исход должен иметь объяснение: все ли было сделано, что необходимо было сделать в данном конкретном случае?

Диагностика ранних послеоперационных осложнений трудна [1, 2]. Этому способствует общее состояние больного на момент оперативного вмешательства и нескольких первых послеоперационных дней, характером и тяжестью как основной, так и сопутствующей патологии. Несомненно, опыт и логическое мышление хирурга с хорошо организованной диагностической службой стационара, является ключевым звеном в диагностике осложнений.

Цель работы: на основе ретроспективного анализа изучить структуру и причины развития послеоперационных осложнений у больных, перенесших операцию на органах брюшной полости, требующих повторных лапаротомий.

### Материалы и методы

В клинике хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского на базе МБУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» им. Н.С. Карповича» города Красноярск за последние пять лет произведено 6172 лапаротомии, после которых 201 (3,3%) больному потребовались повторные операции в раннем послеоперационном периоде. Плановых операций выполнено 2176 (35,3%), после которых релапаротомии потребовались в 39 (1,8%) случаях. Экстренных — 3996 (64,7%), после которых повторные операции проведены 162 (4,1%) больным. В группе больных, которым были выполнены релапаротомии, мужчин — 116, женщин — 85. Возраст колебался от 17 до 92 лет. В 64,7% (130 больных) были пациенты в возрасте старше 65 лет.

### Результаты и обсуждение

В результате проведенного анализа установлено, что наибольшее число осложнений — 89 (44%) пришлось на перитонит: местный (ограниченный), в виде резидуальных абсцессов — у 17 (20%), диффузный — у 23 (24%) и разлитой — у 49 (55%) больных.

Клинические проявления местного (ограниченного) перитонита не всегда были отчетливо выражены. Распознавание резидуальных гнойников, особенно остаточных абсцессов брюшной полости, представляло большие трудности из-за стертости клинической картины и отсутствия характерных признаков абсцедирования на фоне проводимой антибактериальной терапии. Клиника так же зависела от нозологической причины, локализации очага, характера сопутствующих заболеваний, возраста больного. Это привело к тому, что оперативное вмешательство порой выполнялось с опозданием на 10-11 дней.

Наряду с неспецифичностью клинической картины, в ней все же имеются некоторые общие черты. В течение многих лет мы пользуемся понятием «синдром неадекватного послеоперационного периода». Характерным проявлением данного синдрома является волнообразность течения клинических проявлений заболевания, когда после кажущейся ремиссии, вновь наступает фаза обострения. Она может проявляться от нескольких дней до 2-3 недель: остается умеренный субфебрилитет, нейтрофильный сдвиг на фоне высокого лейкоцитоза, анорексия, тенденция к тахикардии. На этом фоне преобладает картина длительного рецидивирующего пареза кишечника, как самый ранний и довольно постоянный признак, что наблюдалось в 68 (80%) случаях. Данные физикального исследования брюшной полости у этой категории больных, к сожалению, недостаточно информативны, исключение составляют «гнойники» дуэласового пространства.

Из специальных методов исследования, наиболее простым и доступным является обзорная рентгенография или R-скопия брюшной полости, хотя, разрешающая ее способность невелика. Рентгенологически поддиафрагмальный абсцесс был подтвержден у шести больных (после спленэктомии) и у двух — признаки газообразующего гнойника брюшной

полости (межпетлевые абсцессы) после ножевых ранений.

Для ранней диагностики мы широко используем ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерную томографию. Их результаты обнадеживающие; диагноз подтвержден у 17, а в двух случаях был верифицирован при комфирмативной релапаротомии.

По поводу диффузного (23) и разлитого (49) перитонита причинами были осложнения, вызванные несостоятельностью швов после резекции желудка, кишечника, тяжелых автодорожных, ножевых, огнестрельных и сочетанных повреждений. У пяти больных была выполнена недостаточно полная ревизия во время первой операции, у четырех — неадекватное дренирование брюшной полости и ряд других моментов.

В проблеме релапаротомии одним из важных вопросов является: в течение какого периода допустимы диагностические поиски и объем оперативного вмешательства? Если при кровотечениях решающее значение имеют минуты, то при перитонитах допустимо какое-то время для активного наблюдения. Однако, трудно говорить о каких-либо конкретных временных рамках. При подозрении на перитонит необходимо использовать все возможные методы, которые помогли бы ускорить и установить истину.

Релапаротомия требует общего обезбоживания. Вскрытие живота проводится через первичный доступ, и только в единичных случаях выполняется новый разрез. Сам объем операции был минимальный. Санация брюшной полости проводилась с использованием аппарата «Гейзер». Операция заканчивалась введением новокаина в корень брыжейки, если позволяло артериальное давление, интубацией кишечника и адекватным дренированием брюшной полости или локального гнойника. Для дренирования использовались полупроницаемые мембранные дренажи, редоновские дренажи, двухпросветные трубки, перчаточные резинки, в редких случаях — сигарообразные дренажи. Летальность в этой группе больных составила 70% (73 чел.).

К числу послеоперационных осложнений относится эвентрация, которая, по данным разных авторов, составляет до 29% от общего числа других послеоперационных осложнений. У нас этот показатель равнялся 20% (46 чел.). Причинами эвентрации были: интоксикационный синдром при перитоните, нагноении ран, послеоперационные парезы, пожилые и ослабленные больные. Подкожная эвентрация отмечена у 18, полная — у 23 больных с выпадением в рану сальника и петель кишечника. У четырех больных эвентрация случилась на вторые сутки из-за технических погрешностей после экстренной лапаротомии, а у пяти — после плановых операций в сроки от 5 до 12 дней.

Как показывает наш опыт, при эвентрации наиболее оправдана активная хирургическая тактика — немедленная операция. Суть хирургического вмешательства заключается в ревизии брюшной полости и устранении причины эвентрации. Ушивание лапаротомной раны дополняется в наложении 3-4-х так называемых поддерживающих швов, то есть через все слои передней брюшной стенки до брю-

шины. С целью профилактики эти швы мы накладываем всем тяжелым, тучным и ослабленным больным, чтобы снизить частоту эвентераций. Летальность составила 63% (29 чел.), которая была обусловлена развитием перитонита, кишечных свищей, полиорганной недостаточностью.

Ранняя послеоперационная спаечная болезнь отмечена в 14% (34 чел.). Чаще она была после перенесенных операций по поводу проникающих ножевых ранений органов брюшной полости, аппендэктомий, гинекологических и онкологических операций, а также перитонита любой этиологии и распространенности.

Диагностика этого осложнения трудна, особенно в раннем периоде, когда идет дифференциация между спаечной и паралитической непроходимостью. У 19 больных мы прибегли к так называемой «провокации». Больным вводили питунитрин в/м, гипертонический раствор в/в, выполнялась гипертоническая клизма, паранефральная блокада. При усилении болей в первые два часа после стимуляции кишечника диагноз механической непроходимости считали более вероятным, что было подтверждено у 19 из 21 больных. Операция по поводу механической непроходимости заключалась в ее устранении, санации брюшной полости и интубации кишечника. В одном случае, при болезни Крона, была выведена стома. Летальность составила 50% (17 больных).

У 21 (10%) из экстренно оперированных больных в раннем послеоперационном периоде потребовалась повторная лапаротомия из-за кровотечения. У 8 больных кровотечение было в желудочно-кишечный тракт (резекция желудка, кишки), у 9 – в свободную брюшную полость (ранение печени, селезенки, поджелудочной железы, брыжейки, диафрагмы), у трех – в плевральную полость после ранения диафрагмы и легкого, у одного – после ранения нижней полой вены и аорты. Источниками кровотечений были недостаточно лигированные сосуды. Летальность составила 33% (7 чел.), причиной которой были нагноения, кишечные свищи, перитонит, полиорганная недостаточность.

В отдельную группу мы выделили 11 (5%) больных, которые перенесли тяжелые сочетанные травмы (автомобильные, падение с высоты). Все они имели, наряду с повреждением внутренних органов, повреждение костного каркаса, черепно-мозговую травму. Операции им произведены в разные сроки по экстренным показаниям. В последствии 7 человек были оперированы неоднократно по поводу различных осложнений (перитонит, несостоятельность швов, кровотечения и др.). Летальность среди данных больных составила 39% (9 чел.).

Таким образом, как показал анализ, процент осложнений после абдоминальных операций, значительно меньше у плановых больных (1,8% и 4%), что объясняется более детальным обследованием и достаточностью времени для анализа. Наиболее частыми осложнениями в раннем послеоперационном периоде является перитонит, эвентрация, ранняя спаечная кишечная непроходимость, кровотечения. Диагностика послеоперационных осложнений затруднена из-за стертости клинической картины,

отсутствием характерных лабораторных признаков на фоне антибактериальной терапии, наличием сопутствующих заболеваний, поэтому в некоторых случаях допустимы диагностические поиски в течение короткого времени (2-3 часа) для проведения более углубленных инструментальных методов исследования и консультаций. В ряде случаев нельзя исключить и субъективный фактор: оценка состояния больного, выбор тактики, объема первичной хирургической помощи, а также поспешности в решении вопросов.

Объем оперативного пособия требует общего обезболевания и минимального объема вмешательства с последующей посиндромной терапией.

#### SMALL INTESTINE CARCINOID AS A CAUSE OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

N. D. Tomnyuk, D. E. Zdzitovetsky, H. P. Danilina, W. R. Kembel, A. A. Beloborodov  
Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V. F. Voino-Yasenetsky

**Abstract.** The report describes the clinical case of intestinal obstruction, caused by carcinoid tumor of the small intestine. This pathology is rare, and therefore is of great interest to surgeons. The report noted that the clinical picture of the small intestine carcinoid is very scanty, and the methods of diagnosis of surgical pathology give little information in this disease.

**Key words:** carcinoid, acute intestinal obstruction, small intestine.

#### Литература

1. Цуман В. Г., Синенкова Н. В., Семилов Э. А. и др. Ультразвуковое исследование и малые инвазивные вмешательства у детей с абсцессами брюшной полости // Альманах клинической медицины. – 1999. – № 2. – С. 311-318.
2. Хаджибаев А. М., Маликов Ю. Р., Атаджанов Ш. К. и др. Лапароскопические вмешательства в диагностике и лечении послеоперационных внутрибрюшных осложнений в ургентной абдоминальной хирургии // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10, № 2. – С. 230-230.
3. Новиков В. А., Юдаев В. Н. Релапаротомия после операций на органах брюшной полости // Альманах клинической медицины. – 2005. – № 8. – С. 54-61.
4. Малков И. С. Острый живот // Практическая медицина. – 2010. – № 47. – С. 45-48.

#### Сведения об авторах

Томнюк Николай Дмитриевич – к.м.н., доцент кафедры и клиники хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского КрасГМУ; e-mail: tomnyuk38@mail.ru.

Здзитовецкий Дмитрий Эдуардович – к.м.н., доцент, зав. каф. и клиникой хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского КрасГМУ; e-mail: zdz64@mail.ru.

Данилина Елена Петровна – к.м.н., доцент кафедры и клиники хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского КрасГМУ; e-mail: danjuly@rambler.ru.

Кембель Вера Родионовна – к.м.н., доцент кафедры и клиники хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского КрасГМУ; e-mail: vera\_kembel@mail.ru.

Белобородов Алексей Александрович – к.м.н., доцент кафедры и клиники хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского КрасГМУ; e-mail: beloborodov-a5@mail.ru.