

ОПЫТ НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЧЕРЕЗ КУЛЬТЮ ЕДИНСТВЕННОЙ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

**Хубирьянц С.И., Пешкова И.А.,
Иванов А.Н.**

*Городская клиническая больница № 3,
Краснодар,
e-mail: 9183331131@mail.ru*

Проблема лечения гнойно-воспалительных образований органов малого таза до настоящего времени остается весьма актуальной. Несвоевременное и неадекватное лечение острых воспалительных заболеваний придатков матки приводит к хронизации процессов, является причиной бесплодия, внематочных беременностей и вызывает инвалидизацию женщин в репродуктивном возрасте. Последнее десятилетие во многих странах мира отмечается четкая тенденция к расширению показаний для выполнения органосберегающих операций при гнойно-воспалительных заболеваниях матки и придатков. Среди современных технологий диагностики и лечения этих заболеваний продолжают широко использоваться эндоскопические методы.

В нашем отделении имеется опыт наступления маточной беременности у пациентки через культю единственной маточной трубы. Пациентка М., 21 года, находилась в отделении с диагнозом: Беременность 10-11 недель, угроза прерывания. Из анамнеза: в 15 лет была произведена тубэктомия слева, резекция левого яичника, удаление ампулярного отдела правой маточной трубы по поводу тубоовариального абсцесса слева, пиосальпинкса справа. Показанием к такому объему операции явилось наличие выраженных деструктивных изменений в маточных трубах, гнойный перитонит, длительность заболевания более 3 недель. После операции проводилась интенсивная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Через 4 года была произведена лапароскопия, стоматоластика правой маточной трубы. Перед планированием беременности произведена метросальпингография, которая определила проходимость правой маточной трубы. Маточная беременность наступила самостоятельно через 1,5 года после стоматоластики.

С целью сохранения репродуктивной функции лечение гнойных салпингитов и пиосальпинксов предпочтительно путем ранних лапароскопических органосберегающих операций.

СОВРЕМЕННЫЕ ИНОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Чурилина Я.П., Маль Г.С.

*Кафедра клинической фармакологии
Курского государственного
медицинского университета, Курск,
e-mail: mpmi2@yandex.ru*

В настоящее время информатика неотъемлемой составляющей системы подготовки специалистов в медицинских вузах. Это обусловлено многими причинами, в числе которых глобальная информатизация общества, невозможность осуществления профессиональной деятельности без эффективного использования преимуществ информационных и телекоммуникационных технологий, необходимость критического осмысления все возрастающих объемов информации, с которыми приходится иметь дело современному специалисту. Неслучайно информатика и подходы к обучению студентам в медицинском вузе особенностям работы с информационными технологиями оказываются в центре внимания многих педагогических исследований.

Наряду с этим немаловажной проблемой, характерной для системы высшего профессионального образования, является выработка подходов к повышению эффективности обучения, формированию у выпускников способности применять полученные знания, умения и навыки в профессиональной деятельности. Это, в свою очередь, делает актуальной задачу создания и внедрения технологий и средств измерения уровня эффективности образования вообще и обучения информатике в частности.

Анализ методов педагогических измерений позволяет сделать вывод о том, что одним из объективных и эффективных методов контроля качества знаний учащихся образовательных учреждений является тестовый метод, основанный на использовании педагогических тестовых материалов. В настоящее время трудно назвать дисциплину, в обучении которой так или иначе не применялась бы тестовая форма контроля знаний.

Педагогический тест представляет собой систему заданий возрастающей трудности специфической формы, позволяющей качественно оценить структуру знаний и эффективно измерить уровень знаний испытуемых.

Как показывают исследования по интеллектуальному анализу и обработке данных (ИАД), такой тип задач характерен для кибернетического метода ИАД, основанного на технологии нейросетевого анализа данных. Целью ИАД является создание алгоритмического и программного обеспечения для компьютерной техники.

ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Шапошников В.И., Ралко С.Н.

*Кубанский государственный
медицинский университет, Краснодар,
e-mail: shaposhnikov35@mail.ru*

Введение. Простое рассечение спаек сопровождается рецидивом острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) в 72,8% наблюдений.

Материал и методы

Нами были разработаны два способа профилактики рецидива ОСКН. Первый метод. Энтеропликацию петель тонкой кишки в поперечном направлении по отношению продольной оси брюшной полости производили при помощи продольно-сквозных дренажных трубок, проведенных через брыжейку тонкой кишки (патент РФ за № 2071728 от 20 января 1997 г.). Второй метод. Вливание в свободную брюшную полость или только 200-300мл жировой эмульсии, применяемой для парентерального питания (липофундин), или с дополнительным введением 50 мл под париетальную и висцеральную брюшину.

После рассечения всех спаек через бессудистую часть брыжейки каждой тонкой кишки проводят 2-4 сквозные перфорированные дренажные трубки, при этом они заводятся через проколы в обеих подреберных областях, а выводятся в подвздошно-паховых зонах. Трубки располагают впереди поперечно-ободочной кишки. Отступя 15-20 см от дуоденоюнального изгиба, в 3-4 см от стенки тонкой кишки в её брыжейке зажимом делается окно, через которое проводится первая (правая) трубка. После чего кишка смещается в поперечном направлении влево. Отступя 4-5 см от места правого её изгиба в брыжейке делается второе окно, через которое проводится та же правая трубка. Вслед за этим, без натяжения эта петля тонкой кишки в поперечном направлении смещается влево до боковой стенки живота, и точно таким же способом, через брыжейку проводят вторую

(левую) трубку. Затем аналогичным образом трубки проводят и через остальные отделы брыжейки тонкой кишки, оставляя свободными от фиксации только 18-20 см терминального фрагмента, так как он должен опуститься и заполнить полость малого таза. Данные трубки осуществляют не только энтеропликацию, но еще и объемное дренирование брюшной полости, в том числе и межпетлевых пространств. Второй метод применяется тогда, когда нет необходимости в дренировании брюшной полости. Сутью метода является то, что после рассечения всех спаек, в брюшную полость вливают жировую эмульсию в указанном выше объеме. При втором варианте дополнительно ещё вводят по 10-20 мл этого препарата под париетальную брюшину зоны наиболее выраженного спаечного процесса, а также под серозную оболочку большого сальника, корня брыжейки тонкой кишки и поперечно-ободочной кишки. Так создают депо этого препарата, что усиливает его терапевтическое действие.

Результаты исследований и их обсуждение

Жировые эмульсии для предупреждения рецидива ОСКН были применены у 115 больных, при этом у всех у них был получен положительный результат лечения. Специфических осложнений не наблюдалось. У 53 (46%) были прослежены и отдаленные результаты лечения в сроки от 5 до 11 лет. Рецидива ОСКН не наблюдалось. Энтеропликацию, по описанной методике, применили у 34 больных с ОСКН. Её удавалось выполнить за 30-40 минут. Возраст пациентов был от 35 до 76 лет. У 6 (17,6%) из них ОСКН протекала на фоне межпетельных абсцессов. Продольно-сквозное расположение перфорированных дренажных трубок обеспечивало дренирование как межпетельных пространств, так и других отделов брюшной полости. Обычно они удалялись на 3-4 сутки, а при наличии у больных межпетельных абсцессов – на 5-7 день. Моторная деятельность кишечника восстанавливалась к концу 2 суток после операции. После операции умерли 2 (5,8%) пациента от причин не связанных с методикой операции. Отдаленные результаты лечения прослежены у 21 больного. Рецидива ОСКН не наблюдалось.

Заключение. Описанные способы профилактики ОСКН можно отнести к эффективным, безопасным и общедоступным способам профилактики этого заболевания. Методы можно использовать в любом хирургическом стационаре.