

блюдений данной патологии брюшной полости. У 2% больных возраст был до 50 лет, у 13% - 51 - 60, у 25% - 61 - 70, у 44% - 71 - 80, у 16% - старше 80 лет. Мужчин - 61%. От момента появления первых симптомов заболевания и до поступления в больницу у 12% пациентов прошло от 1 до 12 часов, у 40% - от 12 до 24 часов, у 48% - от 1 до 3 суток. При развитии этого патологического процесса наблюдалась боль по всему животу или только ниже пупка, тошнота, рвота, задержка стула и газов, вздутие живота, общая слабость, цианоз кожи, повышение или понижение температуры тела. Ни у одного этого пациента врачи скорой медицинской помощи не поставили правильно диагноз, при этом у 48% причину «острого живота» они обусловили перитонитом, у 22% - острой кишечной непроходимостью, у 12% - острым панкреатитом, у 8% - острым аппендицитом, у 10% - другими патологическими процессами. В приемном отделении больницы истинная природа заболевания распознана только у 7% пациентов. У остальных же больных диагноз остался без изменений. Решающее значение в распознавании ОНМК сыграла лапароскопия, которая была выполнена у 56% больных. Однако первичный визуальный осмотр брюшной полости у 8% пациентов дал отрицательный результат (серозная оболочка тонкой и толстой кишки имела обычный цвет) и только повторная лапароскопия через 6 - 12 часов прояснила природу заболевания (за эти часы наблюдения серозная оболочка пораженного отдела кишечника уже стала черного цвета). У 39% больных диагноз был поставлен во время лапаротомии, а у 5% - при аутопсии. Из 100 больных тромбоз ствола верхней брыжеечной вены обнаружен у 5 пациентов (5%), при этом у 3 (3%) из них эта патология выявлена во время операции, а у 2 (2%) - при аутопсии. У остальных больных имелся или тромбоз, или эмболия верхней брыжеечной артерии, в том числе: в 92% - стволовой, в 3% - сегментарный. Больных (3) с венозным тромбозом удалось спасти за счет включения в комплекс лечебных мероприятий стрептазы, гепарина, трентала, контрикала, реополиглюкина и других медикаментов. У 31 пациента из 92 (или в 33,7%) с тромбозом и эмболией ствола верхней брыжеечной артерии выполнена субтотальная резекция тонкой кишки (было сохранено только 40 - 60 см начального ее отдела) и правой половины толстой кишки. Операцию закончили наложением еюнотранsverзоанастомоза. Из 31 этого пациента выжил только 1 (3,2%). У 5 (5,4%) пациентов (длительность заболевания не больше 3 часа), выполнена реканализация просвета данной артерии путем прямой тромбэктомии. Из 5 этих больных у 3 через 4 - 6 часов наступил рецидив ОНМК и они умерли. Спасти удалось только 2 пациентов. Всем 3 больным, имевшим сегментарный тромбоз ветвей указанной артерии, выполнены резекции пораженных участков кишечника без летальных исходов. Из 92 больных со стволочным тромбозом или эмболией верхней брыжеечной артерии попытка радикального хирургического лечения была предпринята только у 36 (39,1%). У остальных же 56 пациентов (60,9%) проведено лишь консервативное лечение, что было обусловлено запущенностью патологического процесса. Такое решение у 38 (41,3%) из них было основано только на

данных лапароскопии, а у 18 (19,6%) - лапаротомии. Все эти пациенты (56) прожили не больше одних суток после госпитализации.

Таким образом, ОНМК можно отнести к числу наиболее тяжелых острых заболеваний брюшной полости, сопровождающихся очень высокой летальностью (92%). Это обусловлено не только характером патологического процесса, но и возрастом больных (у 60% свыше 70 лет). При непроходимости ствола верхней брыжеечной артерии успешное радикальное хирургическое лечение возможно только у 3,26% больных. Более легко протекает тромбоз верхней брыжеечной вены.

### **АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЧЕРЕЗ КРУГЛУЮ СВЯЗКУ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ПРИ ОПЕРАЦИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА**

Шевела А.И., Морозов В.В., Кузнецов А.В.  
*НИИ клинической и экспериментальной лимфологии  
 СО РАМН, Муниципальная клиническая  
 больница № 12,  
 Новосибирск*

В настоящее время хирургия желчекаменной болезни предполагает преимущество использования малоинвазивных методик оперативного лечения. Предметом выбора являются лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из мини-доступа. Улучшение качества жизни в послеоперационном периоде и сокращения сроков пребывания в стационаре также являются весьма желанными. Прогрессивным направлением проведения антибактериальной терапии в послеоперационном периоде считаем введение антибиотика через круглую связку печени. В целях снижения количества антибиотика вводимого в организм и одновременного повышения эффективности его использования необходимо максимально близкое подведение препарата к месту воспаления. Нами проведены исследования на патологоанатомическом материале, которые показали возможность подведения антибиотика через катетер установленный в круглую связку печени максимально близко к шейке желчного пузыря. Также выявлены пути распространения вводимого препарата в паренхиму печени окружающую желчный пузырь.

Нами была адаптирована и апробирована методика установки катетера в круглую связку печени с дальнейшим проведением антибактериальной терапии в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу острого деструктивного холецистита. Проводили контроль клинических и лабораторных данных. При сравнении групп пациентов оперированных из мини доступа по поводу деструктивного холецистита получавших антибиотики внутримышечно и через круглую связку печени получены обнадеживающие результаты. Отмечено ускорение восстановления лабораторных показателей крови, ускорение адаптации организма и сокращение сроков пребывания в стационаре. Особо отмечено уменьшение болевого синдрома, что мы связываем с использованием

раствора анестетика в качестве растворителя антибактериального препарата подводимого непосредственно к месту воспаления. Отмена многократных внутримышечных инъекций привела к улучшению самочувствия пациента в послеоперационном периоде, за счет отсутствия боли в местах инъекций и постинъекционных инфильтратов. Прицельное введение антибиотика привело к снижению используемой дозы препарата и уменьшению системного действия антибиотика на организм в целом.

Операция из мини-доступа с использованием описанной методики антибиотикотерапии нам пред-

ставляется более удобной, ввиду возможности не только визуального, но и пальпаторного контроля за установкой катетера. Это позволяет надежно установить катетер в круглую связку максимально приближенно к печени и уверенно наложить герметизирующий шов, препятствующий распространению препарата в обратном направлении - на переднюю брюшную стенку. При своей малой травматичности, операция из мини-доступа позволяет, при необходимости, дополнительно провести зондовую или аппаратную (холедохоскопия) ревизию общего желчного протока.

### *Современное образование. Проблемы и решения*

#### **ОБ ОПЫТЕ АККРЕДИТАЦИИ РОССИЙСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ЗА РУБЕЖОМ (НА ПРИМЕРЕ ПРОГРАММЫ ELECTRICAL ENGINEERING)**

Захаревич В.Г., Коноплев Б.Г.  
*Таганрогский государственный  
радиотехнический университет,  
Таганрог*

Главной мировой тенденцией в настоящее время является глобализация экономики, означающая свободное перемещение людей, товаров, услуг, ресурсов, знаний с пересечением географических и политических границ. Глобализация экономики вызывает необходимость интернационализации образования. Как известно, основной целью Болонского процесса является создание единой общеевропейской системы образования, сильной, конкурентоспособной, отвечающей требованиям обеспечения экономической мощи Объединенной Европы. Однако в настоящее время в Европе отсутствует система международной аккредитации университетских образовательных программ, которая в соответствии с Болонской декларацией может носить программный характер (при аккредитации учебных программ) или институциональный - в случае аккредитации университетов как таковых.

Проведенные исследования по данной проблематике показали, что в случае высшего технического образования одним из наиболее эффективных средств академического и профессионального признания полученного образования является международная аккредитация (для университетов за пределами США - эквивалентизация) образовательных программ в ABET (Accreditation Board for Engineering and Technology - Аккредитационная комиссия в области техники и технологий). Следует отметить, что ABET имеет соглашения о взаимном признании образовательных программ с аналогичными агентствами 58 стран, включая соглашение с FEANI- Европейской федерацией национальных инженерных программ 22 европейских стран. В настоящее время в ABET аккредитовано и эквивалентизировано свыше 2400 программ из более чем 500 университетов.

В 2005 г. Таганрогский государственный радиотехнический университет (ТРТУ) первым в России успешно прошел процедуру эквивалентизации акаде-

мических программ в ABET. Этому предшествовал трехлетний период интенсивной подготовительной работы.

В связи с тем, что ни один российский вуз, кроме ТРТУ, еще не прошел аккредитацию в ABET, сама эта организация и используемые ею подходы и критерии аккредитации мало известны в нашей стране. В тоже время, эти критерии довольно близки по содержанию к критериям, применяемым при аккредитации в нашей стране, и, при условии надлежащего оформления, многие действующие в России инженерные образовательные программы могут быть признаны этой организацией существенно эквивалентными образовательным программам университетов США.

Анализ типовых российских учебных планов по направлениям 550200, 550400, 550700, 551100, 551300, 551500, 552500, соответствующих американской программе "Electrical Engineering", показывает близость бюджетов времени на изучение естественно-научных, общеобразовательных и инженерных дисциплин. Кроме общих требований к программам в аккредитационных критериях ABET предъявляются специальные, обеспечивающие специфику применительно к данной образовательной программе. Эти требования поддерживаются на уровне содержания учебных дисциплин. Анализ показывает, что и по специальным требованиям российские программы и учебные планы полностью отвечают критериям ABET. Особенностью российских программ является их более глубокая специализация по сравнению с программой "Electrical Engineering".

Международная аккредитация образовательных программ позволит техническим вузам лучше интегрироваться в международное образовательное пространство, а также будет способствовать повышению качества инженерного образования и академической мобильности студентов.

#### **ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Каргаполов В.Е.

Вначале следует оговориться, что при определении типа проведенного часто его называют не только воспитательным, но и внеучебным. В чем же тут де-