

больных. К примеру, удаляется измененный червеобразный отросток. Возникает совершенно очевидный вопрос: какую тактику избрать по отношению к больному, находящемуся под наблюдением. Решение в таком случае принимается в зависимости от характера операционной находки у больного. В подобных ситуациях хирург действует по принципу «вероятной аналогии». Учитывая то, что указанная тактика в определенной мере опирается на элементы теории вероятности, «парности случаев», в ряде наблюдений она имеет положительный результат, хотя так бывает не всегда.

Говоря о субъективных факторах, нельзя не упомянуть о неоправданной **гипердиагностике** в неотложной абдоминальной хирургии. Здесь идет речь о больных, у которых нельзя исключить и нельзя подтвердить острую патологию. Не желая «пропустить», хирурги предпринимают оперативное лечение в весьма сомнительных случаях. Как следствие такого положения – рост количества малооправданных, сомнительных операций. Примером может служить тот факт, что после обнаружения «катарального аппендицита» оператор проводит тщательную ревизию брюшной полости с целью выявления другой патологии из-за неуверенности в этом. В целом вопрос в правомерности диагноза представляется порой весьма деликатным. Не отрицая существования данной патологии, нельзя не отметить, что многие хирурги с определенным недоверием относятся к этому диагнозу. «Гипердиагностика» в ургентной хирургии позволяет иногда избежать фатальных по своим последствиям диагностических ошибок. Вместе с тем не следует забывать, что каждое « злоупотребление» ведет к ненужной операции и неблагоприятным образом оказывается на судьбе больного.

Среди других факторов не последнюю роль может сыграть и **усталость**, возникшая у хирурга в процессе дежурства; последняя сопровождается усилением элементов автоматизма при применении решения, что отрицательно оказывается на качестве диагностики.

Таким образом, подводя итоги по нашим наблюдениям, можно сказать, что распознавание острых хирургических заболеваний органов брюшной полости несет в себе значительные элементы субъективизма. Эти элементы всегда в той или иной степени имеют место в повседневной практике не только хирурга, но и врача любой специальности. Тщательный - не шаблонный анализ всего вышесказанного, может способствовать улучшению качества диагностики заболеваний, составляющих один из наиболее трудных разделов абдоминальной хирургии.

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ И ПУТИ ИХ УЛУЧШЕНИЯ

Томнюк Н.Д., Рябков И.А., Черных А.Н.
КГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
МУЗ «Городская клиническая больница № 6
им. Н.С. Карповича»,
Красноярск, Россия

Актуальность проблемы лечения ущемленных грыж, несмотря на многочисленные практические и теоретические разработки этого вопроса, не снижается. Значительное число послеоперационных осложнений и общая летальность (от 4 до 21%) свидетельствует о необходимости поиска улучшения этих показателей (Ю.Н.Махнюк, 1988, Б.И.Мирошников, 1988, В.Ф.Саенко и др. 2003).

К сожалению, бесспорного объяснения здесь найти трудно. Причиной этого, по-видимому, следует считать такие моменты, как методика отбора больных-грыженосителей, особенно пожилого и старческого возраста, к их плановому вмешательству, особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с ущемленными грыжами, дифференциальная диагностика невправимых и ущемленных грыж, а также компенсированную и декомпенсированную соматическую патологию.

Немаловажную роль играет компетенция хирургов, оперирующих ущемленную грыжу, а также тот факт, что послеоперационная летальность требует детального анализа и внимания к себе.

Целью нашей работы явились анализ результатов лечения и причин летальных исходов у больных с ущемленной грыжей, а также поиск путей их улучшения.

В основу исследования положен результат хирургического лечения 723 больных (2004-2008 гг.) по поводу ущемленной наружной грыжи различной локализации. Из них 22 (3%) случая закончились летальным исходом.

По полу они распределялись следующим образом: мужчин было 289 (40%), женщин – 434 (60%). По возрасту до 60 лет – 318 (44%), 61-70 лет – 254 (39%) и старше – 131 (17%). Среди умерших возраст менее 60 лет – 3 (13,6%) человека, в остальных случаях он превышал 60 и достигал 75 лет – 19 (86,4 %) человек, и в одном случае – 82-летнего возраста. Более половины умерших были людьми тучными, ни один из них не был свободен от дополнительного хронического, отягощающего заболевания (выраженный атеросклероз, в анамнезе – инсульт, инфаркт миокарда, диабет и другие заболевания).

По локализации грыжи могут быть самыми разнообразными. В молодом возрасте превалировали у мужчин паховые грыжи, пахово-мошоночные (82%), реже - послеоперационные, у женщин – бедренные, а в более старшем возрасте – пупочные и послеоперационные, на их долю приходилось до 78% случаев. По классификации В.В. Жебровского и К.Д. Тоскина (1983) грыжи были большие – 39% и гигантские – 12%, остальные средние и малые – 49%.

Среди умерших больных женщин было 19, мужчин – 3. У всех грыжи центральные большие и гигантские, неоднократно оперированные, из них у 3 – боковые, после удаления почки.

Первичные операции выполнялись от 1,5 до 10 и более лет назад по поводу желчнокаменной болезни (срединная и боковая лапаротомия), гинекологических заболеваний, аппендицитом, ножевых ранений и травм в разных стационарах города и края. У 79 (11%) больных оперативные вмешательства имели место от 2 до 4 раз. Все больные были доставлены в стационар скорой медицинской помощью с различными диагнозами: ущемленная грыжа у 527 (73%) больных, у 148 (20,5%) – острый живот, кишечная непроходимость, у 4-х (0,5%) – инфаркт миокарда, у 44 (6%) – почечная колика и другие диагнозы.

Важно отметить, что диагноз невправимой грыжи не был поставлен ни разу, она проходила как ущемленная 23 случаях.

Особого внимания заслуживает вопрос о послеоперационных грыжах. Отмечается их кратное увеличение частоты среди прочих форм. Так, из 723 больных с ущемленной грыжей, послеоперационные имели место у 497 (69%). Это важно, как отмечает В.С. Савельев (2008г.): «...послеоперационные грыжи достигают больших размеров, и ущемление их протекает особенно тяжело». Среди больных, умерших в нашей клинике, 19 (86%) имели послеоперационную ущемленную грыжу.

Послеоперационные дефекты брюшной стенки, как правило, являлись либо результатом нагноения (178 больных, из них у 6 – грыжевая флегмона), либо следствием техники ее зашивания: необоснованными разрезами при первичных операциях, низкой реактивностью организма, плохим сопоставлением краев грыжевых ран и пр.

При всех ургентных хирургических заболеваниях заслуживает внимания фактор, определяющий прогноз, – время доставки заболевшего в стационар. Поскольку клиника ущемленных грыж довольно проста, большинство больных были доставлены в первые часы: 2-6 часов – 80%, до суток – 13% и больше 24 часов – 7 %. Из 22 умерших 7 больных были доставлены позже 24 часов.

Все поступившие с ущемленными грыжами оперированы в течение 2-4-6 часов после поступ-

ления, в зависимости от тяжести больного, и проведения предоперационной подготовки (консультаций, при необходимости, узких специалистов). Операции выполнялись под общим наркозом, а у тучных больных под спинномозговой или перидуральной анестезией.

При операциях выявлено, что наиболее часто ущемляется большой сальник – 71 %, у 18% – петли тонкой кишки и сальник, реже имели место угол мочевого пузыря, матка, толстая кишка (сигма, слепая с червеобразным отростком). У больных с послеоперационными грыжами проводилась ревизия, выраженный спаечный процесс в обязательном порядке ликвидировался.

У большинства больных с гигантскими многокамерными грыжами при их вскрытии выделялась грыжевая вода, реже – геморрагический выпот, а при гангрене кишечника – гной. Послеоперационное течение у таких больных было крайне тяжелым, сопровождалось летальным исходом.

Нами производились операции «Пластика передней брюшной стенки местными тканями». По возможности, при малых, средних, больших и гигантских грыжах с использованием аллопластических материалов. У 39 больных грыжи были ушиты по Янову, чаще – по Шолтису, а также – по Жерару-Бассини. Из 22 умерших вскрытие было произведено у 17-ти, причинами смерти были: несостоятельность швов – перитонит у 11-ти больных, сердечно-сосудистая недостаточность и инфаркт – у 2-х, у одной больной – тромбоэмболия легочной артерии и еще в одном случае – сепсис (полиорганская недостаточность). Следует заметить, что смерть наступила в разные сроки от срока производства операции по отношению к началу заболевания, прогрессирования, в результате осложнений сопутствующих заболеваний. Так, летальность среди поступивших и оперированных до 6 часов отмечена у 3, до 12 часов – у 6, до 24 – у 9, позже суток – у 4 больных. К этому необходимо добавить, что летальность до 60 лет от ущемленной грыжи – явление редкое и, как правило, причиной смерти является перитонит.

Таким образом, следует считать, что в настоящее время лечение ущемленной грыжи из проблемы хирургической часто превращается в проблему гериатрическую. Расширение объема плановой хирургической помощи больным является существенным резервом в смысле профилактики возможных ущемлений. А это значит, что врачи всех специальностей обязаны добиваться того, чтобы операция была сделана без особого промедления после того, как установлен диагноз неущемленной и невправимой грыжи. Считать порочным отказ от хирургического лечения, ожидая осложнения, и производства операции уже как жизненно необходимой.

Для улучшения показателей в этой группе больных обязательная диспансеризация и ранняя плановая санация являются залогом успеха в лечении. Следует признать порочным уклонение отдельных врачей от настойчивой рекомендации планового оперативного лечения, а выполнять эти операции должны опытные квалифицированные хирурги по причине осложненных предыдущих операций. Исход операций по поводу ущемленных грыж у больных пожилого и старческого возраста в значительной мере определяется рациональной подготовкой и ведением дооперационного и послеоперационного периода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адамян А.А. Путь аллопластики в герниологии и современных ее возможностях. Материалы I международной конференции 25 ноября Москва, 2003. с. 15-16.
2. Бородин И.Ф. Хирургия послеоперационного живота. Минск, Белоруссия, 1986. 159 с.
3. Гатаулин Н.Г. и др. Хирургическое лечение послеоперационного грыжевого живота. Кл. хирургия. 1990. № 2. с. 1-4.
4. Даурова Т.Т. Особенности лечения грыж передней брюшной стенки у больных пожилого и старческого возраста. Журнал «Советская медицина» № 2, 1985. с. 71-73.
5. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентрации. Симферополь, Бизнес-информация, 2002. с. 440.
6. Зотов В.А. Лечение больных со сложными вентральными грыжами. Новосибирск, 2000. 36 с.
7. Мотус О.Я. и др. О некоторых причинах летальности при ущемленных грыжах. Журнал «Вестник хирургии» им. И.И.Гракова, 1989. № 9. с.108-111.
8. Плечев В.В и др. Хирургическое лечение больных послеоперационными вентр. грыжами. Уфа, 2000. 152 с.
9. Саенко В.Ф., Белянский Л.С. Актуальные проблемы современной герниологии. Кл. хир. № 11, 2003. с. 3-5.
10. Соколович Г.Е. Грыжи живота. Томск, 2006. 218 с.
11. Удод Ф.Г. и др. Об осложнениях ущемленных грыж у лиц пожилого и старческого возраста. Здравоохранение. Казахстан, № 7. 1970. с. 64-65.

Психологические науки

СОВРЕМЕННОЕ СТУДЕНЧЕСТВО – ИССЛЕДОВАНИЕ 2006 И 2008 ГОДОВ

Булгаков А.Б.

Государственный Эрмитаж,
Санкт-Петербург, Россия

Современная педагогическая наука, в особенности, если она изучает приоритеты, закономерности и динамическую специфику в Высшей школе, обязана отдавать предпочтение психологическим тенденциям сегодняшней молодежи. Психологические тенденции – это особенности желания познать современный социум и приспособиться к нему. Сюда входят знания о мировой культуре вкупе с современной политической международной обстановкой. Получение необходимых знаний позволит будущим специалистам после окончания высшего учебного заведения с большей эффективностью применять свои знания в профессиональной сфере, что в свою очередь, принесет пользу как индивиду так и обществу.

Как доказательство можно привести результаты исследовательской работы, проведенной на базе Государственного Эрмитажа. Показано, что изменился и численный и качественный состав студентов петербургских вузов, посетивших музей. В среднем в сентябре месяце 2006 года Эрмитаж посетило 188 молодых людей за один час. А в сентябре месяце 2008 года музей посетило уже 323 студента за час. Необходимо отметить, что в 2006 году гуманитариев (специальности, связанные с культурой, искусством, политикой, литерату-

турой, историей и др.) на всех экспозициях Эрмитажа было 69%, а студентов не гуманитарных факультетов (математики, физики, инженеры и др. технические специальности) – 31%. А в 2008 году ситуация изменилась следующим образом: гуманитариев стало 54%, а не гуманитариев – 46%. Так же можно отметить изменение направленности интересов современных студентов: на 12% увеличилось посещение молодежью отделов Востока, разница между всеми специальностями не достоверна.

Таким образом, исследование показывает изменение психолого-культурных приоритетов современного студенчества, а значит, высшая школа должна на это гибко и своевременно реагировать. Пересматривать учебные планы и количество начитываемых часов профильных и не профильных предметов, вводить необходимые факультативы и проводить актуальные досуговые мероприятия.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ПОСТСОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ

ЭКОНОМИКИ

Булгакова О.С.

Российский государственный педагогический
университет им. А.И. Герцена,
Санкт-Петербург, Россия

Современная высшая школа все больше несет в себе коммерческую составляющую. Стоимость