

Таблица 2 — Осложнения после реконструктивно-пластических операций

Способ реконструкции	Осложнения						
	жировой некроз	краевой некроз	глубокий некроз	некроз пупка	тромбоз вен МСА	лимфорея	краевой некроз донорской раны
ТДЛ (n=19)	0	0	1	0	0	0	0
ТДЛ-эндопротез (n = 98)	0	2	1	0	0	1	0
Эндопротез (n = 12)	0	0	0	0	0	0	0
TRAM на ножке (n = 23)	0	1	1	0	0	1	0
TRAM на МСА (n = 8)	1	0	0	1	2	0	1

Заключение

Выполнение реконструктивных операций позволяет обеспечить высокие эстетические результаты у большинства пациенток с раком молочной железы и значительно улучшить качество их жизни при относительно невысокой частоте осложнений. Однако, проблема формирования заново объема и формы молочной железы, а также проблема закрытия выраженных послеоперационных рубцов остается открытой, что создает предпосылки к дальнейшему совершенствованию восстановительных операций для достижения более значимых результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Первичные опухоли молочной железы: практ. рук-во по лечению / В. П. Летягин [и др.]; под ред. В. П. Летягина. — М.: Миклош, 2004. — 332 с.
2. Вишневецкий, А. А. Пластическая хирургия молочной железы / А. А. Вишневецкий, М. И. Кузин, В. П. Оленин. — М.: Медицина, 1987. — 224 с.
3. Giele, H. Oxford Specialist Handbook in Surgery: Plastic and Reconstructive Surgery / H. Giele, O. Cassel. — Oxford: University Press, 2008. — 942 p.

УДК 614.258(476)

БОЛОНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ И ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Берещенко В. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

В 1999 г. в г. Болонье была принята декларация «Зона европейского высшего образования» или Болонская декларация, которая предусматривает интеграцию и приведение к единым нормативам подготовку специалистов с высшим образованием для Европейских стран. Первоначально декларацию подписали 29 стран. Сейчас в нем участвуют 47 европейских стран и с 2010 года одно центральноазиатское государство — Казахстан. Все положения Болонской декларации, были установлены как меры добровольного процесса согласования, а не как жесткие юридические обязательства [1].

В рамках Болонской декларации, раз в два года проводятся конференции министров образования, где министры выражают свою волю посредством коммюнике. Последняя — юбилейная конференция прошла в марте 2010 г. в Будапешт-Вене, где состоялось официальное объявление о создании европейского пространства высшего образования. Это указывает, что основные цели, поставленные в Болонской декларации, были выполнены. Надо отметить, что инициаторами создания единого европейского образования в основном выступали экономические факультеты и европейские бизнес-школы с целью повышения конкурентоспособности своих вузов в мире [2].

Рассмотрим девять пунктов Болонской декларации, принятых в Европе (шесть из них были дополнены тремя новыми в Пражском коммюнике (2001 г.):

1. Принятие системы сопоставимых степеней, в том числе, через внедрение приложения к диплому для обеспечения возможности трудоустройства европейских граждан и повышения международной конкурентоспособности европейской системы высшего образования.

2. Введение двухциклового обучения: предварительного (*pregraduate*) и выпускного (*graduate*). Первый цикл длится не менее трех лет. Второй должен вести к получению степени магистра или степени доктора.

3. Внедрение европейской системы перезачета зачетных единиц трудоемкости для поддержки крупномасштабной студенческой мобильности (система кредитов). Она также обеспечивает право выбора студентом изучаемых дисциплин. За основу предлагается принять ECTS (European Credit Transfer System), сделав ее накопительной системой, способной работать в рамках концепции «обучение в течение всей жизни» (Life Long Learning).

4. Существенно развить мобильность учащихся (на базе выполнения двух предыдущих пунктов). Расширить мобильность преподавательского и иного персонала путем зачета периода времени, затраченного ими на работу в европейском регионе. Установить стандарты транснационального образования.

5. Содействие европейскому сотрудничеству в обеспечении качества с целью разработки сопоставимых критериев и методологий.

6. Содействие необходимым европейским воззрениям в высшем образовании, особенно в области развития учебных планов, межинституционального сотрудничества, схем мобильности и совместных программ обучения, практической подготовки и проведения научных исследований.

7. Интеграция непрерывного образования в университетское.

8. Партнерство студенческих и официальных образовательных институтов.

9. Повышение привлекательности и конкурентоспособности европейского высшего образования для остального мира.

С точки зрения подготовки медицинских специалистов с высшим образованием все данные положения можно приветствовать, принимая во внимание то, что подготовка врача занимает как минимум шесть лет (магистр), плюс ещё год интернатуры, не считая дополнительной специализации. Введение единых дипломов и приложений к ним международного образца (с 2005 года в Европе начали бесплатно выдавать всем выпускникам вузов странам-участницам Болонского процесса) может привести после обязательной «отработки» к оттоку молодых специалистов в дальнее зарубежье. Что усугубит еще больше дефицит медицинских кадров в нашей стране. Кроме того, нет данных о признании дипломов старого образца участниками Болонского процесса, хотя в ряде стран и ранее существовали вкладыши к дипломам. Исключение из своей индивидуальной программы не обязательных предметов (физическая культура, английский язык и т. д.) студентам поможет сконцентрировать свой учебный процесс на профильных дисциплинах и научных исследованиях. В тоже время это приведет к сокращению часов и увольнению преподавательского состава.

Мобильность учащихся подразумевает, что бы каждый студент, хотя бы один семестр учился за рубежом. В Европе до 1 млн студентов учатся за пределами своих стран. У нас же в стране станет сразу же остро вопрос о порядке финансирования данных поездок, особенно для будущих педагогов и медиков, как впрочем и для других будущих специалистов.

В отношении качества высшего образования следует отметить, что наш университет подключился к принятию СТБ ИСО 9001–2001 и системы менеджмента качества в 2010 году. Обмен учебными программами и знаниями повысит качество медицинских специалистов. Но следует учесть, что наши медицинские вузы, хотя и обладают фундаментальными знаниями и высоким потенциалом теоретической подготовки, с точки зрения материальной оснащённости еще не могут конкурировать с европейскими, где университетские базы

насчитывают многие столетия своего развития. Традиционно наши ведущие медицинские учреждения страны являются и базами медицинских кафедр университетов.

В целом, к реформам высшего медицинского образования в контексте Болонского процесса в нашей стране следует подходить поэтапно, с учетом развития экономики нашего государства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болонский процесс: Википедия. [Электронный ресурс]. — 2010. — Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki/>. — Дата доступа: 22.01.2011.

2. Ковалев, М. Реформа экономического образования в Беларуси в контексте Болонского процесса / М. Ковалев // Экономический факультет БГУ. [Электронный ресурс]. — 2003. — Режим доступа: <http://www.economy.bsu.by/pdf/articles/Kovalev/2003/105.pdf>. — Дата доступа: 22.01.2011.

УДК 616.366-089.085:616.381-072.1

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

Берещенко В. В., Дундаров З. А., Шебушев Н. Г., Красюк О. Н.,
Кабешев Б. О., Марочкин А. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение

«Гомельская областная специализированная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Несмотря на внедрение современных хирургических методов лечения механической желтухи (стентирование, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, чрезкожная чрезпеченочная холангиостомия), в ряде случаев, операцией выбора остается холецистостомия.

Цель

Изучение применения лапароскопической холецистостомии в настоящее время.

Методы

Проведен ретроспективный анализ хирургических операций на желчном пузыре с 2007 по 2010 гг. включительно на базе областного центра хирургической гепатологии.

Результаты

В отделении оказывается плановая хирургическая помощь больным с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны как доброкачественного, так и злокачественного характера. За последние три года было выполнено 711 холецистэктомий, в том числе лапароскопически — 681 (95,78 %), из мини-доступа — 21 (2,95 %), традиционных холецистэктомий как симультантных операций (операции Сугиура, резекции желудка, селективные проксимальные ваготомии, панкреатодуоденальные резекции) при наличии ЖКБ — 9 (1,27 %). У 99 (13,92 %) пациентов изменения в стенке желчного пузыря, несмотря на плановый характер операций, носили острый характер. Им всем была произведена лапароскопическая холецистэктомия.

За этот период выполнено 7 лапароскопических холецистостомий как самостоятельных операций. Показаниями для их выполнения являлась механическая желтуха с «низким блоком» общего желчного протока: при наличии протяженной стриктуры терминального отдела холедоха, при хроническом панкреатите с поражением головки железы, при множественном холедохолитиазе. При поступлении пациентов в центр уровень связанного билирубина в крови превышал 200 мкмоль/л. Следующим показанием для выполнения холецистостомии был острый холецистит с плотным инфильтратом в области шейки желчного пузыря, сочетание острого холецистита с тяжелой сопутст-