

наук. – Ленинград, 1984. – 491 с.

11. *Dobbs M.B., Schoenecker P.L., Gordon J.E.* Autosomal dominant transmission of isolated congenital vertical talus // *Iowa Orthop. J.* – 2002. – Vol. 22. – P.25-27.

12. *Drennan J.C.* Congenital vertical talus // *Instr. Course Lect.* – 1996. – Vol. 45. – P.315-322.

13. *Kodros S.A., Dias L.S.* Single-stage surgical correction of congenital vertical talus // *J. Pediatr. Orthop.* – 1999. – Vol. 19.

– P.42-48.

14. *Labovitz J.M.* The algorithmic approach to pediatric flexible pes planovalgus // *Clin. Podiatr. Med. Surg.* – 2006. – Vol. 23. №1. – P.57-76.

15. *Maxwell J.R., Carro A., Sun C.* Use of Maxwell-Brancheas arthroeresis implant for the correction of posterior tibial tendon dysfunction // *Clin. Podiatr. Med. Surg.* – 2007. – Vol. 16. – P.479-489.

REFERENCES

1. *Abalmasova E.A., Mironov A.M., Polyakov L.I.* Treatment of various foot deformities distraction by children and adolescents // *Ortoped. Traumatol.* – 1976. – №2. – P.49-51. (in Russian)

2. *Artemiev A.A.* Ilizarovs method in the correction of mechanical axis of the lower limb // Collection of abstracts 13 International scientific and practical conference SICOT. – St. Petersburg, 2002. – P.8-9. (in Russian)

3. *Biomaterials and new medicine technologies / Ed. V.E. Gunter.* – Tomsk: NPP MIC, 2014. – 342 p. (in Russian)

4. *Gafarov H.Z.* Treatment of children and adolescents with orthopedic diseases of the lower extremities. – Kazan, 1995. – 175 p. (in Russian)

5. *Zavyalov P.V., Stavskaya E.A.* Treatment of congenital clubfoot distraction-compression method // *Ortoped. Traumatol.* – 1978. – №2. – P.41-44. (in Russian)

6. *Kotelnikov G.P., Kovalev E.V., Ryzhov P.V., Pirogova N.V.* Analysis of the results of treatment of patients with flat-valgus foot deformities from the standpoint of evidence-based medicine // 14-th congress predators of Russia. — Moscow, 2010. – P.388-389. (in Russian)

7. *Krest'yashin I.V., Kovarsky S.L., Krest'yashin V.M., et al.* Modern technologies substituting outpatient for inpatient care in the work of the Children's Centre of Outpatient Surgery, Traumatology and Orthopedics // *Detskaja Khirurgia.* – 2014. – №5. – P.53-56. (in Russian)

8. *Kutuzov A.P.* Distaktsionny treatment of contractures of the ankle and foot deformities in children with cerebral palsy: Thesis PhD (Medicine). – Donetsk, 1983. – 23 p. (in Russian)

9. *Maslikov V.M., Slizovskiy N.V., Ivanov O.I., Kuzhelivskiy I.I.* Russian patent "Method of treatment of long bone fractures in children" №2328241 from 10.07.2008 (in Russian)

10. *Umkhanov H.A.* System orthopedic and surgical treatment of children with cerebral palsy: Thesis DSc (Medicine). – Leningrad, 1984. – 491 p. (in Russian)

11. *Dobbs M.B., Schoenecker P.L., Gordon J.E.* Autosomal dominant transmission of isolated congenital vertical talus // *Iowa Orthop. J.* – 2002. – Vol. 22. – P.25-27.

12. *Drennan J.C.* Congenital vertical talus // *Instr. Course Lect.* – 1996. – Vol. 45. – P.315-322.

13. *Kodros S.A., Dias L.S.* Single-stage surgical correction of congenital vertical talus // *J. Pediatr. Orthop.* – 1999. – Vol. 19. – P.42-48.

14. *Labovitz J.M.* The algorithmic approach to pediatric flexible pes planovalgus // *Clin. Podiatr. Med. Surg.* – 2006. – Vol. 23. №1. – P.57-76.

15. *Maxwell J.R., Carro A., Sun C.* Use of Maxwell-Brancheas arthroeresis implant for the correction of posterior tibial tendon dysfunction // *Clin. Podiatr. Med. Surg.* – 2007. – Vol. 16. – P.479-489.

Информация об авторах:

Слизовский Григорий Владимирович – к.м.н., заведующий кафедрой детских хирургических болезней, 634021, г. Томск, ул. О. Кошевого, 72, тел. 8 (3822) 451905; Кужеливский Иван Иванович – к.м.н., доцент кафедры детских хирургических болезней, 634021 г. Томск, ул. О. Кошевого, 72, тел. 8 (3822) 451905, e-mail: kuzhel@rambler.ru; Федоров Максим Александрович – аспирант кафедры детских хирургических болезней; Козырев Антон Анатольевич – аспирант кафедры детских хирургических болезней; Степанов Михаил Юрьевич – аспирант кафедры детских хирургических болезней.

Information About the Authors:

Slizovskiy Grigoriy V. – MD, PhD, Associate Professor, Head of department 634021 Tomsk, st. O. Koshevogo, 72, tel. (3822) 451905, e-mail: kuzhel@rambler.ru; Kuzhelivskiy Ivan I. – MD, PhD, associate professor of pediatric surgical diseases, 634021, Tomsk, O. Mishka str., 72, tel. 8 (3822) 451905, e-mail: kuzhel@rambler.ru; Fedorov Maxim A. – postgraduate student of the department of surgical diseases of children; Kozyrev Anton A. – postgraduate student of the department of surgical diseases of children; Stepanov Michail Yurievich – postgraduate student of the department of surgical diseases of children.

© БЕЛОБОРОДОВ В.А., ФРОЛОВ А.П., ЦОКТОЕВ Д.Б., ОЛЕЙНИКОВ И.Ю. – 2016

УДК: 617.55-002.5-089.197.4

АБДОМИНАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Владимир Анатольевич Белобородов, Александр Петрович Фролов, Дарижаб Балданович Цоктоев, Игорь Юрьевич Олейников
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. – д.м.н., проф. В.А. Белобородов)

Резюме. Проведен ретроспективный анализ 165 наблюдений абдоминального туберкулеза у больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии Иркутского государственного медицинского университета (ИГМУ) по неотложным показаниям с 2006 по 2015 гг. Из них 95% больных были в возрасте 30-35 лет, 93% – употребляли наркотики, 80% – имели ВИЧ-инфекцию, 88,3% – поступали с болями в животе. Чаще выявляли туберкулез желудочно-кишечного тракта с перфорацией язв (53,7%). Оперировано 140 (84,5%) больных. Общая летальность составила 57,6%. Основной причиной летальности являлся генерализованный туберкулез.

Ключевые слова: абдоминальный туберкулез, ВИЧ-инфекция, неотложная хирургия.

ABDOMINAL TUBERCULOSIS IN URGENT SURGERY

V.A. Beloborodov, A.P. Frolov, D.B. Tsoktoev, I.Yu. Oleynikov
(Irkutsk State Medical University, Russia)

Summary. The retrospective analysis of 165 cases of abdominal tuberculosis in the patients who were treatment at the

clinic of general surgery of Irkutsk State Medical University (ISMU) by urgent indications since 2006 to 2015 is presented. From them 95,0% of patients were at the age of 30-35 years, 93% – used drugs, 80% – had a HIV-infection, 88,3% – were hospitalized with pains in an abdomen. The tuberculosis of a gastrointestinal tract with perforation of ulcers (53,7%) more often came to happen. 140 (84,5%) patients were operated. The total mortality amounted to 57,6%. The principal cause of mortality was a generalized tuberculosis.

Key words: abdominal tuberculosis, HIV-infection, urgent surgery.

С середины 1980-х годов во многих странах мира, в том числе и в Российской Федерации (РФ), отмечается рост заболеваемости туберкулезом (МКБ-10 – А18). В 1993 г. Всесоюзная организация здравоохранения (ВОЗ) назвала туберкулез глобальной проблемой здравоохранения. В РФ наибольшие темпы роста заболеваемости отмечены в период 1990-2000 гг. [2]. К 2009 г. темпы роста несколько снизились, заболеваемость туберкулезом составила $82,6^{0/}_{0000}$. При этом Сибирский федеральный округ характеризуется более высокими показателями заболеваемости, а Иркутская область является одной из территорий с наиболее напряженной эпидемиологической ситуацией, в 2010 г. она достигла $133,9^{0/}_{0000}$ [3]. С каждым годом в ней растет доля неработающих лиц среди впервые выявленных больных туберкулезом, в 2010 г. этот показатель достиг 53,0% [3].

В Иркутской области среди больных, заболевших туберкулезом, 32,7% составляют лица молодого трудоспособного возраста (18-34 года). В этой возрастной категории большую часть составляют лица с ВИЧ-инфекцией. Распространенность ВИЧ-инфекции сохраняется высокой ($1077,7^{0/}_{0000}$ в 2010 г.). На этом неблагоприятном фоне уровень заболеваемости туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией неуклонно растет, в 2010 г. он достиг $21,8^{0/}_{0000}$. Сочетание туберкулеза и ВИЧ встречается наиболее часто в возрасте 20-30 лет [3].

До настоящего времени среди внелегочных форм туберкулеза абдоминальный туберкулез (АТ) считается редкой патологией. Трудности в регистрации этой формы связаны с тем, что клиническая классификация (МКБ-10 – А18.3) включает как самостоятельные формы лишь туберкулез кишечника, брюшины и туберкулезный мезаденит. Другие его локализации учитываются как «прочие». При этом в случаях АТ поражаются практически все органы брюшной полости [1]. В настоящее время внелегочный туберкулез в России составляет 10-12% [4], из них АТ – 2-3% [5].

В действительности АТ представлен значительно большим числом случаев, чем это учитывается официальной статистикой. Это особенно важно в связи с эпидемией ВИЧ. При оказании помощи в urgentной хирургии ВИЧ-инфицированным с проявлениями острого живота надо учитывать, что из них не менее 55% могут иметь раннее неустановленный АТ. Диагноз АТ диагностируют по морфологическим критериям – по наличию туберкулезных гранул (87,3%), комплексу клинических параметров с использованием рентгенологических, ультразвуковых, микробиологических методов, а также туберкулинодиагностики и пробного лечения (12,7%). В трети случаев АТ диагностируется посмертно. Средний возраст больных АТ соответствует 41,2 года, отношение числа мужчин к числу женщин – 2,8:1,0 [1].

По вовлеченности органов брюшной полости в специфический процесс АТ подразделили на моно- и полиорганный, диагностируемый в 52,1 и 47,9% случаев. АТ может быть изолированным или сочетанным с туберкулезом легких или туберкулезом других внелегочных локализаций – в 33,1 и 66,9% случаев соответственно. Сочетания с туберкулезом легких имеют место в 55,8% случаев, с туберкулезом иных внелегочных локализаций – в 15,8% случаев, в том числе при их комбинациях у каждого третьего (28,4%) больного [1].

С учетом локализации патологического процесса гастроинтестинальный туберкулез встречается в 44,7% наблюдений, туберкулез паренхиматозных органов – в 32,4%, туберкулезный серозит – в 27,5% и абдоминальный лимфаденит – в 53,5%. При АТ развиваются системные и органные осложнения, у каждого второго больного (45,8%) – фатальные [1].

Цель исследования: Оценить клинические особенности, диагностику и лечение осложнений АТ в urgentной хирургии.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 165 больных АТ в клинике общей хирургии ИГМУ в 2006-2015 гг. Все больные в момент поступления в клинику выражали добровольное информированное согласие на использование их неперсонифицированных данных для научного исследования.

Анализировались число обращений, медицинские организации, которые направляли больных, возрастно-половой состав, жалобы пациентов, результаты исследований, пораженные органы.

Результаты исследования представлены в виде абсолютных и относительных величин.

Результаты и обсуждение

За анализируемый промежуток времени произошло существенное увеличение числа больных с осложнениями АТ, обратившихся за urgentной помощью в общехирургический стационар. Максимальное количество таких обращений отмечено в 2010 г. и существенного снижения в последующем не отмечено (рис. 1).

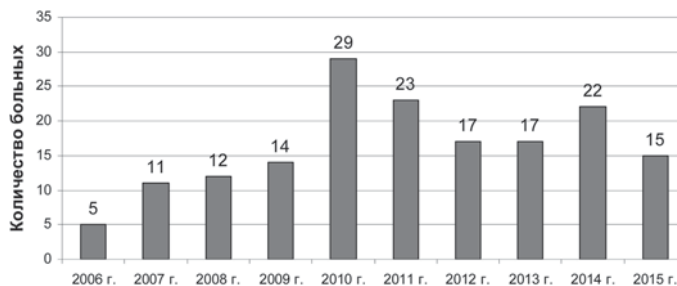


Рис. 1. Динамика госпитализаций больных с осложнениями АТ.

Больные АТ в общехирургический стационар чаще поступали по направлению из противотуберкулезного диспансера (55) или по скорой помощи (49). Существенно реже они направлялись из других лечебных учреждений (инфекционный стационар – 23, терапевтический – 9, другие учреждения – 28, самообращение – 1). Поступивших в хирургический стационар чаще направляли фтизиатры, 27 врачей скорой помощи и 15 инфекционисты. Направительные диагнозы были различными: «острый живот», перитонит (23), острый аппендицит (9), перфорация полого органа (7), другие (10).

Все больные АТ были в возрасте 18-66 лет, средний возраст составил 31 (30,8-34,8; 95% ДИ) лет. Мужчин было 127 (77,0%), женщин – 38 (23,0%). Подавляющее число больных вели асоциальный образ жизни, 132 (80,0%) больных употребляли наркотики. У 137 (83,0%) больных была ВИЧ-инфекция, из них у 100 (60,6%) – в стадии СПИДа. ВИЧ-инфекция в 37 (22,4%) наблюдениях сочеталась с гепатитом «В», в 79 (47,9%) – гепатитом «С», в 39 (23,6%) – кандидозом, в 6 (3,6%) – циррозом печени. В 97 (58,8%) наблюдениях АТ сочетался с туберкулезом легких, в 80 (48,5%) – имелась выраженная кахексия.

При поступлении в стационар 146 (88,5%) больных с АТ предъявляли жалобы на боли в животе, 49 (29,7%) – тошноту и рвоту, 35 (21,2%) – наличие повышенного артериального давления. У 90 (54,5%) больных была гипотензия, у 118 (71,5%) – тахикардия.

При лабораторных исследованиях у 100 (60,6%) больных выявили анемию, у 56 (33,9%) – лейкоцитоз, у 14 (8,5%) – тромбоцитопению (тромбоциты $<100 \times 10^9/\text{л}$). При изучении биохимических показателей крови у 132 (80,0%) больных установлена гипопропротеинемия, у 44 (26,7%) – билирубинемия и у 42 (25,5%) – азотемия. В 44 (26,7%) наблюдениях от-

мечено снижение в плазме уровня калия ($K^+ \leq 3,5$ ммоль/л) и натрия ($Na^+ \leq 135$ ммоль/л).

Большим АТ выполнялись инструментальные методы исследования органов грудной клетки и брюшной полости. У 97 (58,8%) больных на рентгенографии грудной клетки имелся диссеминированный туберкулез легких, 13 (7,9%) – пневмония, в 2 (1,2%) – кардиомегалия. В 95 наблюдениях выполнялась обзорная рентгенография органов брюшной полости в положении стоя, из них в 49 наблюдениях выявлен свободный газ под куполом диафрагмы (пневмоперитонеум), в 19 – признаки острой кишечной непроходимости («чаши Клойбера»). При УЗИ органов брюшной полости у этой группы больных обнаруживали свободную жидкость в брюшной полости и пневматоз кишечника. Лапароскопия проведена в 35 наблюдениях. Чаще выявляли серозно-фибринозный (13) и гнойно-фибринозный перитонит (8). Реже обнаруживали бугорковую форму туберкулеза кишечника без признаков перитонита (7) и инфильтрат в правой подвздошной области (5). В 2 наблюдениях выявлен деструктивный аппендицит туберкулезного генеза.

По поводу АТ оперировано 140 (84,5%) больных. Из них у 98 больных АТ осложнился развитием разлитого гнойного перитонита. Основным поводом к операции служило наличие клинических признаков перфорации полого органа и перитонита.

Среди оперированных больных в 75 наблюдениях имелась перфорация туберкулезной язвы желудка и тонкого кишечника (табл. 1). У 60 больных перфорация локализовалась в тонкой кишке. Из них у 40 больных перфорация была в подвздошной кишке, у 11 – в подвздошной и тощей, у 9 – в тощей кишках. У 13 больных перфорация локализовалась в толстой кишке: у 9 – в ободочной кишке, у 2 – слепой кишке и у 2 – червеобразном отростке. В 2 наблюдениях перфорация локализовалась в желудке. В этой группе больных перфорация туберкулезной язвы в 23 наблюдениях сочеталась с туберкулезным мезаденитом тонкой кишки и в 11 – с туберкулезом забрюшинных лимфоузлов.

Помимо перфорации полых органов (75) в 4 наблюдениях у больных отмечался туберкулез кишечника, осложненный кровотечением (табл. 3). Нередко в ходе операции у больных выявлялся изолированный туберкулезный мезаденит с абсцедированием или без него (16) и туберкулез паренхиматозных органов: печени (9) и селезенки (14). Туберкулез брюшины был отмечен у 22 больных (табл. 2).

Таблица 2
Локализация туберкулезного поражения органов брюшной полости у оперированных больных

Локализация	Число больных	
	абс.	%
Полые органы ЖКТ с перфорацией язв	75	53,7
Полые органы ЖКТ с кровотечением из язв	4	2,8
Брыжеечные лимфатические узлы	16	11,4
Селезенка	14	10,0
Печень	9	6,4
Брюшина	22	15,7
ВСЕГО	140	100

Выбор объема оперативного вмешательства зависел от результатов интраоперационной ревизии: протяженности и характера поражения, наличия гнойного перитонита, тяжести состояния больного. Из 140 оперированных больных лапаротомия выполнена 136 больных (табл. 3). Из них в 95 на-

блюдениях она сопровождалась устранением причин перитонита, а в 41 – носила эксплоративный характер. Резекция пораженного участка кишки без наложения первичного анастомоза выполнена в 31 наблюдении, резекция без нало-

Таблица 3
Операции при абдоминальном туберкулезе

Вид операции	Число больных	
	абс.	%
Резекция кишечника с анастомозом	31	22,2
Резекция кишечника без анастомоза	22	15,7
Иссечение перфоративной язвы кишечника, ушивание	14	10,0
Ушивание перфоративной язвы кишечника	8	5,7
Резекция желудка по Бильрот-2	2	1,4
Аппендэктомия	2	1,4
Спленэктомия	6	4,3
Вскрытие абсцессов брюшной полости	10	7,1
Эксплоративные лапаротомии	41	29,3
Другие операции	4	2,9
ВСЕГО	140	100

жения первичного анастомоза – в 22. Иссечение и ушивание перфоративной язвы проведено в 14 наблюдениях, ушивание перфоративной язвы – в 8. Резекция желудка по Бильрот-2 выполнена в 2 наблюдениях. Вскрытие и дренирование абсцедирующего мезаденита проводилось в 10 наблюдениях, аппендэктомия – в 2, спленэктомия – в 6, другие операции – в 4 случаях. Все операции заканчивались санацией и дренированием брюшной полости, включая и эксплоративные лапаротомии.

В 42 наблюдениях возникла необходимость в этапных хирургических санациях брюшной полости, из них в 32 – выполнено более одной релапаротомии. Объем программированных вмешательств зависел от интраоперационной ситуации, наличия осложнений в виде несостоятельности культи кишечника или анастомоза (14), вновь произошедших перфораций кишечника (19). В ходе программированных вмешательств осуществляли ревизию органов и санацию брюшной полости. Основу стартовой антибактериальной терапии составляли рифампицин, цефтриаксон и метронидазол.

Умерло 95 (57,6%) больных, из них 51 имели ВИЧ-инфекцию. Основной причиной летальности у 75 больных был генерализованный туберкулез, у 20 больных – разлитой гнойный перитонит с полиорганной недостаточностью. Конкурирующими заболеваниями с генерализованным туберкулезом были: острый крупноочаговый инфаркт миокарда (1), острый деструктивный панкреатит (3), острая токсическая дистрофия печени (2), кровотечение из туберкулезной язвы (4).

Таким образом, в настоящее время отмечается существенное увеличение количества больных АТ. Чаще всего АТ болеют мужчины (77,0%) в возрасте 30-35 лет (95%), употребляющие наркотики (80,0%), имеющие ВИЧ-инфекцию (83,0%) в стадии СПИДа (60,6%) в сочетании с вирусным гепатитом «С» (47,9%) и кахексией (48,5%). Основным поводом обращения больных за urgentной хирургической помощью является наличие абдоминального болевого синдрома (88,3%). Оперируется 84,5% больных, основной причиной операции является наличие перфорации туберкулезной язвы желудочно-кишечного тракта (53,7%), реже – изолированный туберкулезный мезаденит (11,4%), осложненные перитонитом. Неблагоприятным прогностическим фактором для АТ наличие перитонита в сочетании с туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией. Общая летальность АТ в хирургическом стационаре общего профиля составляет 57,6%.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Авторы разработали концепцию и дизайн исследования и написали рукопись. Окончательная версия рукописи была ими одобрена. Авторы не получали гонорар за исследование.

Работа поступила в редакцию: 13.03.2016 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арямкина О.Л., Савоненкова Л.Н. Абдоминальный туберкулез // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2008. – №1. – С.41-43.
2. Гайдаров Г.М., Хантаева Н.С. Комплексная оценка эпидемиологической ситуации по туберкулезу за период 1992-2004 гг. в Иркутской области с использованием многомерных методов исследования // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2006. – Т. 64. №6. – С.68-72.
3. Кошечев М.Е., Галимов С.А., Зоркальцева Е.Ю. и др. Эпидемиология туберкулеза в Иркутской области // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – Т. 78. №2. – С.138-142.
4. Кульчавеня Е.В. Контроль внелегочного туберкулеза в Сибири и на Дальнем Востоке // Проблемы туберкулеза и болезней лёгких. – 2008. – №9. – С.16-19.
5. Чикаев В.Ф., Бондарев Ю.В., Зиятдинов К.М., Петухов Д.М. Особенности диагностики и лечения туберкулезного перитонита // Практическая медицина. – 2014. – Т. 2. №4. – С.156-159.

REFERENCES

1. Arjamkina O.L., Savonenkova L.N. Abdominal tuberculosis // Gastroenterologiya Sankt-Peterburga. – 2008. – №1. – P.41-43. (in Russian)
2. Gaydarov G.M., Khantaeva N.S. Combined analysis of epidemiologic tuberculosis situation for period 1992-2004 years in Irkutsk region with use of multivariate statistical methods // Sibirskij Medicinskij Zurnal (Irkutsk). – 2006. – Vol. 64. №6. – P.68-72.
3. Koshcheyev M.E., Galimov S.A., Zorkaltseva E.Yu., et al. Tuberculosis epidemiology in Irkutsk Region // Byulleten VSNC SO RAMN. – 2011. – Vol. 78. №2. – P.138-142. (in Russian)
4. Kulchavenya E.V. Extra pulmonary tuberculosis control in Siberia and Far East // Problemy tuberkuleza i bolezney lyogkih. – 2008. – №9. – P.16-19. (in Russian)
5. Chikayev V.F., Bondarev Yu.V., Ziyatdinov K.M., Petukhov D.M. Diagnosis and treatment of tuberculous peritonitis // Prakticheskaya medicina. – Kazan, 2014. – Vol. 2. №4(80). – P.156-159. (in Russian)

Информация об авторах:

Белобородов Владимир Анатольевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии с курсом урологии Иркутского государственного медицинского университета, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, e-mail: bva555@yandex.ru; Фролов Александр Петрович – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии с курсом урологии Иркутского государственного медицинского университета, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, e-mail: frolov7788@rambler.ru; Цоктоев Дарижаб Балданович – к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии с курсом урологии Иркутского государственного медицинского университета, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, e-mail: osteolog.irk@mail.ru; Олейников Игорь Юрьевич – к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии с курсом урологии Иркутского государственного медицинского университета, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1.

Information About the Authors:

Beloborodov Vladimir Anatolyevich – MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of General Surgery, Irkutsk State Medical University, 1 Krasnoe Vosstanie st., Irkutsk, 664003, Russia, e-mail: bva555@yandex.ru; Frolov Aleksandr Petrovich – MD, PhD, Associate Professor, Department of General Surgery; Tsoktoev Darizhab Baldanovich – MD, PhD, Assistant, Department of General Surgery; Oleynikov Igor Yuryevich – MD, PhD, Assistant, Department of General Surgery.

ПЕДАГОГИКА

© БАЯСГАЛАНМОНХ Б., ЗОРИГТБААТАР Д., ДУЛАМЖАВ П., СУМБЭРЗУЛ Н. – 2016
УДК: 616.371.67

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕ БАКАЛАВРИАТА В МОНГОЛИИ

Б. Баясгаланмонх, Д. Зоригтбаатар, П. Дуламжав, Н. Сумбэрзул
(Монгольский государственный университет медицинских наук, Улан-Батор, Монголия)

Резюме. Статья посвящена изучению вопроса акушерского образования в Монгольской Народной Республике, применения знаний на практике, а также интеграции их в другие области. В ходе исследования была изучены тенденции акушерского образования, а также проведена оценка степени его развития. Проанализировано соотношение профессиональных и общеобразовательных дисциплин в учебном плане подготовки акушеров, а также соотношение преподавателей и студентов.

Ключевые слова: Монголия, акушерское образование после бакалавриата, преддипломное обучение, программа обучения, постдипломное обучение.

TRENDS OF MIDWIFERY EDUCATION AFTER THE UNDERGRADUATE IN MONGOLIA

B. Bayasgalanmonh, D. Zorigtbaatar, P. Dulamzhav, N. Sumberzul
(Mongolian State University of Medical Sciences, Ulaanbaatar, Mongolia)

Summary. The paper studies the issue of midwifery education in the Mongolian People's Republic, the application of knowledge in practice and integrate them into other areas. The study has examined trends in midwifery education, as well as assessment of the degree of its development. Analyzed the ratio of professional and general studies in the curriculum of training midwives, as well as the ratio of teachers and students.

Key words: Mongolia, midwifery education after undergraduate, undergraduate teaching, curriculum, post-graduate training.