

УДК 617.55:616.35:378.147

**Я.С. Березницький,
В.В. Гапонов,
Р.М. Молчанов,
В.П. Сулима,
Р.В. Дука,
С.Л. Маліновський,
І.Л. Верхолаз,
Е.О. Ярошенко,
О.В. Білов,
І.Ф. Полулях-Черновол**

**ВИКЛАДАННЯ МОДУЛЯ «НЕВІДКЛАДНА
АБДОМІНАЛЬНА ХІРУРГІЯ ТА
ПРОКТОЛОГІЯ»**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Для додипломної підготовки кваліфікованого лікаря за фахом «Загальна практика-сімейна медицина» в навчальний процес втілена кредитно-модульна система. Належне викладання хірургії в комплексі інших дисциплін створить умови для якісної підготовки лікаря та якісного надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини в майбутньому. Для адекватного засвоєння студентами необхідного обсягу знань та вмінь необхідно організувати структуру заняття згідно з певними рівнями професійної підготовки або рівнями засвоєння.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Метою роботи є вдосконалення проведення навчального процесу та оцінка реального ступеня засвоєння студентами навчальної програми за європейською кредитно-трансферною системою.

На кафедрі хірургії №1 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» впроваджено планування процесу навчання відповідно до рівнів засвоєння, або рівнів професійної підготовки та з відпрацюванням пропущених практичних занять у додатковий термін. Виробнича практика «Помічник лікаря стаціонара» проводиться під час навчання студентів на модулі.

Модуль «Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія» складається з трьох змістових модулів: «Загальні принципи формування діагнозу», «Невідкладна абдомінальна хірургія» і «Невідкладна проктологія». Кожен зі змістових модулів складається з декількох навчальних елементів. За кожним елементом закріплений проміжний контроль (задачі), ситуативні задачі студенти вирішують вдома.

Заняття складається з: підготовчого етапу (10-25% загального часу заняття), на цьому етапі

контроль знань проводиться за допомогою тестів I-II рівня; основного етапу (60-90%), контроль знань і професійних вмінь на прикладі обстеження хворого відповідає IV рівню, оволодіння практичними навичками – III рівню; підсумкового етапу (10-20%), контроль знань та вмінь не проводиться.

Творчий рівень (V) досягається за рахунок дослідження студентами окремих питань хірургії з доповіддю на засіданнях студентського наукового гуртка.

Алгоритм проведення практичних занять використовується при відпрацюванні пропусків у додатковий термін (канікулярний період).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Побудова навчального процесу за кредитно-модульною системою та структурна побудова практичних занять, коли контроль теоретичних знань згідно з I-II рівнем засвоєння займає близько 6,25%, контроль оволодіння практичними навичками (III рівень) – 31,25%, контроль формування професійних вмінь та навичок (IV рівень) – 50%, дозволяє ефективно формувати у студентів необхідний рівень знань, практичних навичок та вмінь. Так, абсолютна успішність досягає 99,7%, якісна успішність – 65,3%.

Проведення виробничої практики «Помічник лікаря стаціонара» під час проходження модуля дозволяє студентам застосовувати набуті під час практичного заняття навички та вміння у практичній діяльності після занять.

Відпрацювання студентами пропусків практичних занять у додатковий термін мотивує до зниження кількості пропусків, так, кількість пропусків практичних занять суттєво знизилась з 756 годин до 153 годин (КП – 87).

ПІДСУМКИ

Отримані результати вказують на підвищення мотивації студентів до засвоєння предмету, рівня засвоєння практичних навичок, значного зниження пропусків практичних занять без поважних причин, що дозволяє підготувати якісного

спеціаліста за фахом «Загальна практика-сімейна медицина» з подальшою інтеграцією його в практичну систему охорони здоров'я України.



УДК 616.345-006-089.12-048.34

**В.В. Ганжій,
Р.В. Драгулов,
С.І. Гроздев**

**ОСОБЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ
ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ЧЕРЕВНО-АНАЛЬНОЇ
РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ**

*Запорізький державний медичний університет
пр. Маяковського, 26, Запоріжжя, 69035, Україна
Zaporizhzhia State Medical University
Maiakovskiy av., 26, Zaporizhzhia, 69035, Ukraine*

Зміна харчових переваг сучасної людини з переважанням рафінованих калорійних харчових продуктів виводить на передові позиції в рейтингу онкологічних захворювань рак прямої кишки. Як і раніше, основним методом лікування цієї патології, при розташуванні пухлини від 4 до 6 см від заднього проходу, є екстремально-травматична черевно-анальна резекція прямої кишки, котра включає в себе видалення частини сигмовидної і повністю прямої кишки, що містить пухлину, іноді з частиною заднього проходу. Нами виконується лапароскопічним доступом мобілізація лівої половини товстої кишки з лімфодисекцією по ходу нижньої брижової артерії та лімфодисекцією в басейні здухвинних артерій. Після проведення цієї процедури для заміни втрачених резервуарних функцій прямої кишки з вищерозміщеної (нисхідної кишки) формується "резервуар", потім за допомогою ручного шва формується анастомоз (зшивається кишка із заднім проходом). У зв'язку з розташуванням анастомозу в задньому проході, нами відмічено повільне його загоєння, особливо в пацієнтів, які пройшли попереднє опромінення.

Мета дослідження – удосконалення черевно-анальної екстирпації прямої кишки використанням на черевному етапі лапароскопічного доступу в черевну порожнину з виконанням висхідної лімфодисекції.

У дослідження включено 12 хворих: 4 жінок, 8 чоловіків у віці від 54 до 68 років із середньоампулярним розташуванням пухлини прямої кишки.

Черевно-анальна резекція прямої кишки з використанням SILS – методики здійснювалася через розріз у надпупковій ділянці до 3 см завдовжки. Після виконання кожного розрізу відкритим методом у черевну порожнину після пальцевого та візуального контролю встановлювався SILS-порт, накладався карбокси-перитонеум 12-15 мм рт. ст. У черевну порожнину вводився 10 мм лапароскоп із 30-градусним кутом огляду у поєднанні з SILS-затискачем і Liga Sure, під'єднаним до апарата зварювання живих біологічних тканин. Після проведення оглядової відеолапароскопії і верифікації захворювання за допомогою SILS-затискача проводилися маніпуляції із захвату і відведення латерально товстої кишки, починаючи від селезіночого кута до верхньоампулярного відділу прямої кишки. Рівень мобілізації залежить від розмірів пухлини й анатомічних особливостей, довжини ободової кишки. Основною метою є достатня мобілізація для подальшого зведення сигмоподібної кишки. За допомогою Liga Sure виконувалося розсічення парієтальної очеревини по ходу нисхідної та сигмоподібної кишок. Надалі виконувалася дисекція заочеревинної клітковини апаратом Liga Sure у