

Для викладацького складу – проєкція системи персональних кабінетів для створення власного професійного портфолію, що є персональною візитівкою фахівця на сучасному ринку праці, підготовки лекційних курсів, практичних занять, семінарів, підсумкових заліків, списків основної та допоміжної програмної літератури з гіперпосиланням та переліком тем для самопідготовки та написання рефератів, власної електронної бази першоджерел, відеоматеріалів, збірників матеріалів наукових конференцій із власними коментарями та зауваженнями, самопублікації власних наукових матеріалів в електронному репозитарії, користування засобами обліку знань (модулі, відомості, журнали поточних оцінок та пересклади), ведення викладацької документації (планування роботи, контроль за її виконанням), створення віртуальної дошки пошани, поєднуючи навчальний процес з дослідницьким.

Для інтернів, курсантів - проєкція індивідуальної навчальної картки для контролю за навчанням та успішністю, компонування методичних та навчальних матеріалів, баз тестів з дисципліни та іспиту, об'єднання у віртуальні групи в межах роботи наукових товариств, впливаючи на його ефективну роботу, дискутуючи програми їх роботи та розробляючи власні наукові проєкти. Можливості створення віртуальних команд для виконання поставлених

функціональних задач, віртуальні наукові дискусійні групи, форуми, інтернет-конференції в режимах реального часу, що створює передумови до активізації сумісної дослідницької діяльності викладачів та інтернів і поточного контролю за її виконанням (спільні публікації, конференції молодих вчених, гранти та конкурси на кращу наукову роботу, відеоматеріал тощо). Зменшення часових термінів навчальної підготовки та зростання показників її успішності, враховуючи попередню систематизацію матеріалу, вже знайдені джерела основної та допоміжної літератури, викладені відеоматеріали із зауваженнями та коментарями профільних фахівців.

ПІДСУМОК

Вимога сучасності – це активна інтеграція в навчальний процес інформаційних технологій, кількість яких стрімко зростає. На першому етапі створення подібних ресурсних баз, процес її побудови вимагає значних часових ресурсів та залучення ІТ-фахівців, проте після її запуску та агресивного налаштування на самооновлення через низку професійних соціальних мереж система функціонує самостійно, систематично оновлюючись при наявності сигнальних ключових слів, що значно спрощує її подальше обслуговування.



УДК 616.34-007.43-031:611.957]-089.844-036.1-092.6/9

**С.І. Саволук,
В.М. Лисенко,
М.Ю. Крестянов,
А.Ю. Глаголева,
Д.С. Завертиленко**

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ МОДИФІКОВАНОЇ БЕЗШОВНОЇ БЕЗФІКСАЦІЙНОЇ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ТАРР-ГЕРНІОПЛАСТИКИ

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
кафедра хірургії та судинної хірургії
вул. Дорогожицька, 9, Київ, 04112, Україна
Shupyk National medical academy of postgraduate education
Department of Surgery and Vascular Surgery
Dorohozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine*

Мініінвазивні оперативні техніки при грижах, зокрема ендо- та лапароскопічні, не тільки зменшують загальну стресову відповідь організму на хірургічне пошкодження тканин, але і сприяють

зниженню ризику ускладнень, відсотка післяопераційного гострого та хронічного больового синдрому та скороченню терміну відновлення.

Мета – покращити безпосередні (гострий пахвинний біль) та віддалені (хронічний пахвинний біль) результати лікування хворих на пахвинні грижі шляхом застосування модифікованої техніки ТАРР-герніопластики та технологій хірургії швидкого відновлення (протокол Fast Track Surgery).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У ретроспективне клінічне дослідження були включені 124 хворих віком від 18 до 88 р. (середній вік становив $46 \pm 2,1$ року) з первинними унілатеральними пахвинними грижами, які перебували на лікуванні в умовах клінічних баз кафебри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України (МКЛ № 8 м. Київ). Період спостереження становив 1 рік. У 78 хворих була виконана модифікована ТАРР (спінальна анестезія, троакальний блок, термінальна анестезія очеревини та діафрагми, преперитонеальна дисекція в умовах місцевої анестезії, безфіксаційна пластика шляхом встановлення анатомічного імпланту, безшовне відновлення очеревинного дефекту шляхом електрозварювання) та 46 хворим проведена пластика за методом Lichtenstein. Усім пацієнтам виконувалась пахвинна герніопластика імплантом Bard 3D Max Mesh. Дефект очеревини в основній групі після встановлення імпланту реконструювався методом електрозварювання.

Експериментальний розділ роботи включав експеримент на 12 безпородніх кролях масою 1,95-3,75 кг (середня маса $2,30 \pm 0,52$). Кожній тварині виконувалось розрізання очеревини в 3 місцях з обох сторін та реконструкція дефекту на одній стороні методом зварювання, а на другій – зашиванням синтетичним шовним матеріалом.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Спостерігалось скорочення терміну перебування пацієнта в стаціонарі в 4,2 раза та періоду

до відновлення здатності виконувати професійні обов'язки в 3,4 раза при застосуванні нового хірургічного методу. Значущої різниці в рівнях післяопераційних ускладнень ($p=0,036$) та повторних операцій через ускладнення ($p=0,023$) не виявлено. Відзначалась суттєва різниця в показниках болю в спокої ($p<0,001$), болю при навантаженні ($p<0,001$), рівнях рецидивів ($p<0,001$). Відзначено зменшення необхідності в анальгетиках в основній групі у ранньому післяопераційному періоді ($p<0,001$) та зниження ризику розвитку тривалої інгвінодинії ($p<0,001$).

У зразках від експериментальних тварин зменшення кількості живих мезотеліоцитів не підвищувало вираженість запальної реакції ($p<0,001$). При зварювальному шві спостерігалась статистично значуща різниця з вищою інтенсивністю колагенотворення, аніж при лігатурному, що забезпечувало більшу міцність з'єднання тканини.

ПІДСУМОК

Модифікована лапароскопічна преперитонеальна алогерніопластика для первинних унілатеральних пахвинних гриж в умовах протоколу хірургії швидкого відновлення, яка включає знеболення троакальних ран, термінальну анестезію очеревини та діафрагми, гідро-препарування очеревини для дисекції преперитонеального простору, встановлення анатомічно конформованого сітчатого протеза без фіксації та реконструкцію дефекту очеревини методом електрозварювання, є ефективною та надійною з огляду на рівень ускладнень (відсутність морфологічної основи для гострого та хронічного пахвинного болю), якість життя пацієнтів в ранньому та віддаленому післяопераційному термінах та ризик розвитку рецидиву.

