

дисциплин. Это позволяет в условиях кредитно-модульной системы организации обучающего процесса рационально использовать резервы этого процесса, особенно во время самостоятельной работы студентов под контролем преподавателя. На основе анализа литературы, которая посвящена проблеме роста и места рефлексии в учебно-познавательном процессе, предложен механизм использования рефлексивного подхода при преподавании хирургических дисциплин, который направленный на самореализацию студента в учебно-познавательном процессе во время изучения хирургии. Систематизировано основные концептуальные идеи рефлексивного подхода и предложено ряд специфических требований для организации деятельного модульного обучения. Подчеркнуто необходимость обновления методических указаний для преподавателей и студентов с учетом целей рефлексивной деятельности студентов при изучении хирургических дисциплин.

Ключевые слова: рефлексивный подход, модульное обучение, хирургия.

Lupal'tsov V.I., Voroshchuk R.S., Yagnyuk A.I., Dehtyaruk I.A.

REFLECTIVE APPROACH IN MODULE EDUCATION OF SURGERY OF MEDICAL UNIVERSITIES' STUDENTS

Summary. The article is devoted to the subsequent resolving of the problem of improvement progressive awareness and forming of competitions in surgery in further doctor. Authors propose the decision by the activity module education applying using the technology of a reflective approach in teaching of surgical disciplines. This approach rationalizes using of the educational resources in a credit-transfer module system of organization of educational process, especially during the self-educational students' work controlled by a teacher. The mechanism of applying the reflective approach in teaching surgery was proposed based on the literature review related with the problem of a role and popularity of the reflection in educational and cognitive process. It is directed on the self-realization of students during a studying the surgery. The basic conceptual ideas of the reflective approach are systemized. Specific demands for organization of the activity module teaching are done. The necessity of updating methodical recommendations for teachers and students based on aims of the reflective activity of students during studying the surgery is underlined.

Key words: reflective approach, module teaching, surgery.

Стаття надійшла до редакції 25.11.2013 р.

Лупальцов Володимир Іванович - д.мед.н., проф., член-кореспондент НАМН України, Лауреат Державної премії України, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри хірургії № 3 Харківського національного медичного університету; +38 057 370-61-19

Ворошчук Руслан Сергеевич - к.м.н., доц. кафедри хірургії № 3 Харківського національного медичного університету; +38 067 984-19-90

Ягнюк Андрій Іванович - к.м.н., доц. кафедри хірургії № 3 Харківського національного медичного університету; surgdis@mail.ru

Дехтярук Ігор Андрійович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії № 3 Харківського національного медичного університету; surgdis@mail.ru

© Петренко Д.Г., Сипливый В.А., Петренко Г.Д., Гузь А.Г., Петюнин А.Г., Менкус Б.В.

УДК: 617.55-007.43-073.432.19-089

Петренко Д.Г., Сипливый В.А., Петренко Г.Д., Гузь А.Г., Петюнин А.Г., Менкус Б.В.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра общей хирургии №2 (просп. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 61166)

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Резюме. Представлен глубокий анализ диагностических возможностей УЗИ у 41 пациента с вентральными грыжами. УЗИ у пациентов с малыми и средними грыжами позволяет получить информацию о размерах и конфигурации грыжевых ворот, грыжевого мешка и его содержимом. У пациентов с большими и особенно инцизионными грыжами, целесообразно использовать КТ. В послеоперационном периоде для адекватной оценки течения раневого процесса в области герниопластики показано применение УЗИ в динамике на 3, 5, 7 день после операции, а при необходимости и в более поздние сроки.

Ключевые слова: вентральная грыжа, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, герниопластика, раневой процесс.

Введение

Вентральные грыжи довольно распространенное заболевание во всех странах и обнаруживается в 6 - 9% взрослого населения, а большие и гигантские грыжи развиваются у 3 - 15% грыженосителей [Грубник и др., 2001; Фелештинский и др., 2004]. Ежегодно в мире оперируется по поводу грыж более 20 млн. пациентов. Внедрение в хирургическую практику современных технологий с использованием сетчатых эндопротезов улучшили отдаленные результаты оперативного лечения грыж. Однако количество рецидивов грыж

остается довольно высоким и составляет 15 - 35% оперированных пациентов, а многие из них оперируются несколько раз. Это свидетельствует о необходимости поиска путей совершенствования диагностики, оптимизации выбора адекватного способа герниопластики и ведения послеоперационного периода у этой категории пациентов.

Целью исследования является улучшение диагностики для выбора адекватной герниопластики и ведения послеоперационного периода у пациентов с вент-

ральными грыжами путем ультразвукового сканирования для улучшения реабилитационных показателей у этой категории пациентов.

Материалы и методы

Ультразвуковое исследование (УЗИ) в процессе обследования проведено 41 пациенту с вентральными грыжами. Среди них мужчин было 16 (39,0%), женщин - 25 (61,0%). Возраст пациентов был от 32 до 67 лет. Длительность грыженосительства была от 1 года до 12 лет. По классификации EHS (European Hernia Society, 2009) малые грыжи были у 6 (14,6%), пациентов, средние - у 12 (29,3%) и большие - у 23 (56,1%) пациентов.

УЗИ брюшной стенки и брюшной полости проводилось аппаратом ULTIMA PA EXPERT с помощью линейного и конвексного датчиков до операции и в динамике после герниопластики на 3, 5, 7 дни, а при необходимости и более поздние сроки.

Результаты. Обсуждение

В настоящее время УЗИ - общедоступный и дешевый способ обследования хирургических пациентов. При ультразвуковом сканировании передней брюшной стенки и брюшной полости до операции у пациентов с вентральными грыжами нас интересовала информация о состоянии мышечного и фасциального каркаса брюшной полости размера грыжевых ворот, конфигурация и содержимое грыжевого мешка. Несомненный практический интерес вызывала возможная выявленная с помощью УЗИ патология органов брюшной полости и малого таза. Анализируя полученную информацию при сонографии прежде всего следует отметить, что значительное затруднение в трактовке сонограмм возникают у пациентов с ожирением. В обследуемой группе 26 (63,4%) пациентов были с ожирением разной степени. Особенно сложно оценить состояние мышечно-фасциального каркаса брюшной стенки и размеры грыжевого мешка у пациентов с III - IV ст. ожирения. При отсутствии избыточного отложения жира в области живота мышечно-фасциальные структуры брюшной стенки на сонограмме визуализируются хорошо. У пациентов с малыми и средними вентральными грыжами визуализируется грыжевой мешок и грыжевые ворота. При этом на сонограмме определяется конфигурация грыжевых ворот и грыжевого мешка, их размеры. Появляется возможность определить содержимое грыжевого мешка: сальник, кишечник, грыжевая вода.

У пациентов с избыточным отложением жира в области живота, инцизионными грыжами и, особенно, у пациентов с большими и гигантскими грыжами (по классификации К.Д.Тоскина, В.В.Жебровского, 1980) мы проводим КТ органов брюшной полости. Как отмечено в предыдущих наших работах [Петренко и др., 2006, 2007, 2008; Petrenko et al., 2013] этот способ обследования пациентов с вентральными грыжами в настоя-

щее время является наиболее информативным. КТ позволяет хирургу получить практически всю необходимую информацию у пациентов с вентральными грыжами. К сожалению КТ не является в настоящее время общедоступным методом обследования из-за ограниченного количества аппаратов и относительной дороговизны этого способа обследования.

Оценивая диагностические возможности УЗИ в послеоперационном периоде у пациентов с вентральными грыжами наш опыт свидетельствует, что с помощью УЗИ можно получить достаточно полную информацию о течении раневого процесса в области герниопластики. Мы в последние 10 лет отказались от применения у пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами аутодермального лоскута по В.Н.Янову. У этих пациентов выполняем герниопластику сетчатым эндопротезом. Имея большой опыт применения сетчатых эндопротезов в оперативном лечении вентральных грыж мы до сих пор не можем вынести однозначного положительного вердикта в отношении этого способа герниопластики. Особенно это относится к повторным операциям при рецидиве грыжи после герниопластики сетчатым эндопротезом. Для нас стало ясным, что течение раневого процесса в области герниопластики сетчатым эндопротезом имеет свои особенности. Поэтому герниопластика сетчатым эндопротезом у пациентов со средними и большими вентральными грыжами завершается постановкой трубчатого перфорированного дренажа с последующей активной аспирацией раневого отделяемого.

Проведя сравнительный анализ клинического материала мы пришли к выводу, что целесообразно проводить УЗИ в динамике на 3, 5, 7 день после операции, а у пациентов с гигантскими вентральными грыжами и в более поздние сроки по мере необходимости. Примером может быть наше наблюдение - пациентка Б., 62 лет, оперирована по поводу рецидивной вентральной грыжи больших размеров, множественных дефектов передней брюшной стенки, ожирение III - IV ст. 09.01.14 г. выполнена герниопластика, пластика дефектов брюшной стенки сетчатым эндопротезом. Использовался сетчатый эндопротез Promesh T, Size 30?30 см Saint-Stenne-France. УЗИ на 5 день после герниопластики - визуализируется дренаж, серозный экссудат в области сетчатого эндопротеза. УЗИ в динамике на 7 день после операции - экссудата нет. Убран дренаж, сняты через одну скобки с кожи. На 8 день после операции сняты оставшиеся скобки. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана домой с рекомендацией ношении эластического бандажа. 17.02.14 г. контрольный осмотр. Определяется послеоперационный рубец. Из-за избыточного отложения жира в области живота пальпаторно область герниопластики недоступна. При УЗИ выявлено ограниченное скопление жидкости в области сетчатого эндопротеза. Произведена пункция и эвакуировано 120 мл серозной жид-

кости. 12.03.14 г. контрольный осмотр. УЗИ области герниопластики. При проведении УЗИ в области эндопротеза ограниченное скопление жидкости. Выполнена пункция и эвакуировано 40 мл прозрачного экссудата. Повторный осмотр 27.03.14 г. При УЗИ области герниопластики прослеживается организация рубцовой ткани в области сетчатого эндопротеза. Рекомендовано повторный осмотр через месяц.

Следовательно, УЗИ в динамике в послеоперационном периоде у пациентов с вентральными грыжами позволяет оценить течение раневого процесса и выбрать адекватное лечение.

В этой группе пациентов прослежено течение отдаленного послеоперационного периода до 1 года. Результаты герниопластики признаны хорошими. Осложнений не выявлено.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Ультразвуковое исследование является общедоступным и дешевым способом обследования па-

циентов с малыми и средними вентральными грыжами, позволяет получить информацию о размерах грыжевых ворот, содержимом грыжевого мешка и состоянии мышечно-фасциального каркаса брюшной стенки. Пациентам с большими, особенно инцизионными грыжами и пациентам с ожирением показана компьютерная томография брюшной полости.

2. Полученная информация при ультразвуковом исследовании позволяет хирургу планировать ход оперативного вмешательства и выбрать адекватный способ герниопластики.

3. Проведение ультразвукового исследования в динамике на 3, 5, 7 день после операции, а у пациентов с большими вентральными грыжами в более поздние сроки позволяет оценить течение раневого процесса в области сетчатого эндопротеза и корректировать лечебную тактику.

В перспективе планируется провести подобное исследование для пациентов, оперированных по поводу паховых грыж с использованием сетчатого эндопротеза.

Список литературы

- Грубник В.В. Современное лечение брюшных грыж // Лосев А.А., Баязимов Н.В., Парфентьев Р.С. - К., Здоровья, 2001. - 280 с.
- Оценка современных способов герниопластики у пациентов с большими и гигантскими грыжами живота // В.А.Сипливый, Г.Д.Петренко, А.Г.-Гузь [и др.] // Клін. хірургія. - 2008. - №11-12. - С. 62-63.
- Синдром дислокации внутренних органов у пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами // В.А.Сипливый, Г.Д.Петренко, А.Г.Гузь [и др.] // Вісник Української стоматологічної академії. - 2007. - Т.7, №1-2. - С. 154-156.
- Сипливый В.А. Выбор способа пластики больших дефектов брюшной стенки при наличии грыжи // В.А.Сипливый, Г.Д.Петренко, Б.В.Менкус / Клін. хірургія. - 2006. - №11-12. - С. 33-34.
- Фелештинский Я.П. Развитие герниологии в Україні та його перспективи // Я.П.Фелештинский, М.І.Тутченко, С.М.Піотрович // Хірургічне лікування гриж живота з використанням сучасних пластичних матеріалів: Всеукр.наук.-прак. конф., 24-25 верес. 2004р.: мат. конф. - Алушта, 2004. - С. 5.
- Miserez M. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias // M.Miserez, F.Berrevoet // Hernia. - 2009. - №13. - P. 407-414.
- Petrenko D. MSCT in evaluation of hernial sac volume using Valsalva's maneuver in patients with ventral hernias // D. Petrenko, O.P.Sharmazanov, N.Bortnuy // Within the Electronic Presentation Online System (EPOS TM) of the European Society of Radiology. The presentation is available at www.myESR.org/epos and can be cited through this unique Doi: 10.1594/ecr 2013 / C - 0794

Петренко Д.Г., Сипливый В.О., Петренко Г.Д., Гузь А.Г., Петюнин О.Г., Менкус Б.В.

ІНТЕГРАЛЬНА ОЦІНКА УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ І ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

Резюме. Наведено глибокий аналіз діагностичних можливостей УЗД у 41 пацієнта з вентральними грижами. УЗД у пацієнтів з малими і середніми грижами дозволяє одержати інформацію про розміри і конфігурацію грижових воріт, грижового лантуха і його вміст. У пацієнтів з великими, особливо з інцизійними грижами більш доцільним є використання КТ. В післяопераційному періоді для адекватної оцінки перебігу ранового процесу в ділянці герніопластики показано використання УЗД в динаміці на 3, 5, 7, дні після операції, а при необхідності і пізніше.

Ключові слова: вентральна грижа, ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія, рановий процес.

Petrenko D.G., Sypliviy V.O., Petrenko G.D., Guz A.G., Petiunin O.G., Menkus B.V.

INTEGRAL EVALUATION OF ULTRASOUND EXAMINATION IN DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF VENTRAL HERNIAE

Summary. The deep analysis diagnostic abilities of US of the 41 patients with ventral hernia is delivered. Ultrasound examination in patients with mild and moderate ventral hernia permits to get information about size and configuration of hernia gate, hernia sac and its contents. In patients with large and especially incisional hernia CT is required. In postoperative period for adequate evaluation of wound process in hernioplasty region serial ultrasound examination is good to use for 3, 5, 7 days after surgery, if necessary, in more latter time.

Key words: ventral hernia, ultrasound examination, computed tomography, hernioplasty, wound process.

Стаття надійшла до редакції 03.12.2013 р.

Петренко Григорій Дмитрович - д.м.н., проф. кафедри загальної хірургії №2 Харківського національного медичного університету; +38 067 999-85-91; petgd@ukr.net

Сипливий Василь Олексійович - д.м.н., проф., зав. кафедрою загальної хірургії №2 Харківського національного медичного університету; +38 050 300-50-30; sypliviy@ukr.net

Петренко Дмитро Григорович - лікар-рентгенолог клініки "Доктор Алекс"; +38 067 999-85-90; petgd@ukr.net
 Менкус Борис Володимирович - головний лікар КЗОЗ Харківської міської багатопрофільної лікарні №184; +38 067 707-40-00; XGMB_18@mail.ru
 Гузь Анатолій Гаврилович - к.м.н., доцент кафедри загальної хірургії №2 Харківського національного медичного університету; +38 050 185-65-06
 Петюнін Олексій Геннадійович - к.м.н., доцент кафедри загальної хірургії №2 Харківського національного медичного університету, 0; +38 050 632-11-04; apetyunin@ukr.net

© Сандер С.В.

УДК: 612.13:617.58

Сандер С.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії медичного факультету №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018)

ОЦІНКА ПЕРСПЕКТИВИ ЗБЕРЕЖЕННЯ СТОПИ ПРИ ПЕРЕДГАНГРЕНОЗНОМУ СТАНІ І ГАНГРЕНІ ПАЛЬЦІВ

Резюме. В статті подано методику визначення перспективи збереження стопи при передгангренозному стані і гангрені пальців шляхом оцінки колатерального кровообігу. Обстежено 113 хворих на критичну хронічну ішемію нижніх кінцівок. Оцінювали клінічні прояви, проводили лазерну фотоплетизмографію, ультразвукове сканування, артеріографію, тест на реактивну гіперемію, пробні блокади стегнового та сідничного нервів, пробне внутрішньоартеріальне введення. В усіх випадках колатеральний кровоплин виявився декомпенсованим. При початковій декомпенсації вдалось зберегти стопу у 89,7% випадках. Розвинена декомпенсація дозволила зберегти стопу лише у 68,3% пацієнтів. Кращі результати (83,3%) давали реконструктивні операції. При незворотній декомпенсації лише в третині випадків тимчасово вдавалось зберегти опорну функцію кінцівки. Отже, незворотна декомпенсація робить безперспективними всі спроби зберегти стопу.

Ключові слова: діабетична стопа, оклюзійні захворювання артерій нижніх кінцівок, колатеральний кровообіг, обстеження.

Вступ

В клінічній практиці нерідко виникає ситуація, коли у хворого на критичну ішемію нижньої кінцівки (н/к) клінічний ефект фармакотерапії недостатній, некротичні зміни на стопі відсутні або обмежені пальцями, умови для реконструктивної операції незадовільні. При оклюзійних захворюваннях артерій н/к і особливо при діабетичній ангіопатії провідну роль відіграє колатеральний кровообіг. Проте, інтегральну оцінку його резервів (в тому числі з огляду на адекватність рівня ампутації) розроблено недостатньо [Международное соглашение по диабетической стопе, 2000; Мішалов та ін., 2007].

Мета роботи - розробка методики визначення перспективи збереження стопи при передгангренозних станах і гангрені пальців шляхом оцінки колатерального кровообігу.

Матеріали та методи

Було обстежено 113 хворих на критичну хронічну ішемію н/к. Стан стопи оцінювали за клінічними симптоми (біль, гіпоксичні та некротичні зміни), тестом на реактивну гіперемію, результатами лазерної фотоплетизмографії (ЛФПГ), пробної блокади стегнового та сідничного нерву та пробного внутрішньоартеріального (в/а) введення із швидкістю 3 мл/с. Проводили також ультразвукове сканування, артеріографію. Отримані результати оцінювали в балах (табл. 1).

При сумі балів менше 10 стан колатерального кровообігу оцінювали як субкомпенсований, 11 - 17 - як початкову декомпенсацію, 18 - 24 - як розвинену декомпенсацію, 25 - 28 - як незворотну декомпенсацію.

Пробне в/а введення, через неможливість застосувати при оклюзії клубового сегменту, використовували як додатковий критерій. Для субкомпенсованого колатерального кровообігу характерним було швидке (менше 20 с) поширення "хвилі" тепла до пальців. При початковій декомпенсації хворі відчували поштовх і за 30 - 90 с виникало відчуття помірного тепла у плесні. При розвиненій декомпенсації за 90 - 120 с після відчуття поштовху виникало легке тепло у передплесні. Для незворотної декомпенсації характерним було відчуття пізнього (понад 120 с) поштовху, за яким не слідувала поява відчуття тепла.

Результати. Обговорення

В усіх випадках колатеральний кровоплин виявився декомпенсованим. Початкову декомпенсацію колатерального кровообігу було діагностовано у 29 хворих. Виконання реконструктивних операцій (7 хворих) припиняло явища ішемії і забезпечувало збереження н/к впродовж 3 років. Судинна терапія, блокади нервів і форсоване в/а введення при відсутності умов для реконструктивної операції у 22 хворих забезпечили збереження стопи у 19 з них. Тобто рівень збереження стопи при початковій декомпенсації склав 89,7%. Як розвинену, декомпенсацію було розцінено у 41 хворого. У 6 з них було виконано реконструктивну операцію, що ліквідувало біль і забезпечило збереження стопи впродовж 2 років у 5 пацієнтів. Судинна терапія, блокади і форсоване в/а введення у 35 хворих забезпечили збереження опорної функції у 23. Отже, при