

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
КАФЕДРА ОПЕРАТИВНОЇ ХІРУРГІЇ І ТОПОГРАФІЧНОЇ
АНАТОМІЇ
КАФЕДРА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ ТА МЕДИЧНОГО ПРАВА**

**В.А.ЧЕРНЯК
П.Ф. МУЗИЧЕНКО
Н.М. ЕРГАРД**

**ВСТУПНА ЛЕКЦІЯ:
«ВВЕДЕННЯ В ОПЕРАТИВНУ ХІРУРГІЮ.
ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ ГОЛОВИ»**

(розробка методичних вказівок відповідно до наказу ректора НМУ імені О.О. Богомольця Амосової К.М. від 17.01.2018 року № 14 «Про заходи з удосконалення підготовки та проведення лекцій в Університеті»)

Методичні рекомендації



Навчальне видання

Віктор Анатолійович ЧЕРНЯК
Петро Федорович МУЗИЧЕНКО
Наталія Миколаївна ЕРГАРД

**ВСТУПНА ЛЕКЦІЯ:
«ВВЕДЕННЯ В ОПЕРАТИВНУ ХІРУРГІЮ.
ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ ГОЛОВИ»**

(розробка методичних вказівок відповідно до наказу ректора НМУ імені О.О. Богомольця Амосової К.М. від 17.01.2018 року № 14 «Про заходи з удосконалення підготовки та проведення лекцій в Університеті»)

Методичні рекомендації

В авторській редакції

Підписано до друку 14.03.2018.
Формат 60×84. Папір офсетний.
Тираж 300 прим.

Видавництво УкрДГРІ
Р.с. серія ДК № 182 від 18.09.2000 р.
04114, м. Київ-114, вул. Автозаводська, 78

Адреса редакції та п/п: інформаційно-видавничий відділ УкрДГРІ
04114, м. Київ-114, вул. Автозаводська, 78
Тел.: 206-35-18; тел./факс: 430-41-76
E-mail: mru@ukrdgri.gov.ua

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
КАФЕДРА ОПЕРАТИВНОЇ ХІРУРГІЇ І ТОПОГРАФІЧНОЇ
АНАТОМІЇ
КАФЕДРА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ ТА МЕДИЧНОГО ПРАВА

В.А.ЧЕРНЯК
П.Ф. МУЗИЧЕНКО
Н.М. ЕРГАРД

**ВСТУПНА ЛЕКЦІЯ:
«ВВЕДЕННЯ В ОПЕРАТИВНУ ХІРУРГІЮ.
ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ ГОЛОВИ»**

(розробка методичних вказівок відповідно до наказу ректора НМУ імені О.О. Богомольця Амосової К.М. від 17.01.2018 року № 14 «Про заходи з удосконалення підготовки та проведення лекцій в Університеті»)

Методичні рекомендації



Київ-2018

ЗМІСТ

Передмова	4
Основні вимоги до підготовчого етапу лекції.....	5
Вимоги до структури лекції.....	6
Вимоги до презентації лекції.....	7
Вимоги до навичок лектора.....	7
Наочний приклад презентації сучасної лекції.....	8
Форма оцінки лекції студентом.....	21
Висновки	22
Список використаних джерел.....	22

ВИСНОВКИ

Сучасний підхід до подання лекційного матеріалу із чітко сформульованою кореневою концепцією у відповідності до теми лекції, а також застосування інтерактивної взаємодії зі слухачами із використанням клінічних кейсів та ілюстрацій, новітніх технічних засобів надасть можливість не лише оживити аудиторію, але й найкраще підходить для мотивування відвідування лекції поколінням Z та міленіанів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Наказ Ректора НМУ імені О.О. Богомольця Амосової К.М. № 14 від 17.01.2018 року «Про заходи з удосконалення підготовки та проведення лекцій в Університеті».



ПЕРЕДМОВА

Правильно обрана методика викладання лекційного матеріалу сучасному поколінню студентів («міленіани» та «покоління Z»), застосовуючи інтерактивну взаємодію зі слухачами, забезпечує не лише сконцентровану увагу у публіки на поданому лектором матеріалі від початку до кінця читання лекції, але й збільшує мотивацію у студентів відвідувати кожну лекцію інтригуючого лектора.

В даних методичних рекомендаціях подаються основні вимоги до підготовчого етапу та до структури лекції згідно з Додатком 1 до наказу ректора НМУ імені О.О. Богомольця Амосової К.М. від 17.01.2018 року № 14 «Про заходи з удосконалення підготовки та проведення лекцій в Університеті», а також наведено візуальний приклад презентації сучасної лекції на тему: «Введення в оперативну хірургію. Оперативна хірургія голови», яка базується на основі компетентнісного підходу із застосуванням клінічного кейсу на початку самої лекції та клінічних ілюстрацій протягом усього лекційного матеріалу.

ФОРМА ОЦІНКИ ЛЕКЦІЇ СТУДЕНТОМ

Додаток 2 до наказу № 14
від 17 січня 2018 року

ФОРМА ОЦІНКИ ЛЕКЦІЇ СТУДЕНТОМ

Будь ласка, оцініть прослухану Вами лекцію за наведеною нижче формою. Ваша думка є дуже важливою для нас.

Заповнюється асистентом:				
ПІБ лектора: _____	Не погоджуєсь	Не зовсім погоджуєсь	Погоджуюсь	Абсолютно погоджуєсь
Дата лекції: _____				
Тема лекції _____				
Лектор				
Лектор виступав з ентузіазмом				
Інтеракція з аудиторією була активною та достатньою				
Презентація				
Інформація була надана структуровано				
Було застосовано достатньо клінічних випадків та ілюстрацій				
Інформація в лекції була спрямована на практичне використання				
Під час лекції аудіовізуальні засоби були використані достатньо				
Зміст лекції				
Обсяг наданої інформації відповідав тривалості лекції				
Складність інформації відповідала моїм очікуванням				

	Не сподобалась	Не зовсім сподобалась	Майже сподобалась	Сподобалась	Дуже сподобалась	Надзвичайно сподобалась	Краще не буває
	1	2	3	4	5	6	7
Як би Ви оцінили цю лекцію в цілому?							

Які дві найкращі характеристики цієї лекції Ви могли б виділити?

Які дві характеристики цієї лекції Ви б хотіли покращити?

Інші коментарі: _____

Дякуємо за Вашу участь в опитуванні!

Адміністрація НМУ

ІНТЕРНЕТ-СТОРІНКА КАФЕДРИ:

◆ <http://sites.google.com/site/ohtanmu/>

Слайд 25

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

Слайд 27

ОСНОВНІ ВИМОГИ ДО ПІДГОТОВКИ ЕТАПУ ЛЕКЦІЇ

При підготовці до лекції лектору необхідно письмово:

I. Сформулювати **кореневу концепцію** відповідно до теми лекції

Коренева концепція – це та фраза, якою лектор (студент) повинен чітко описати про що була лекція.

Наприклад, кореневою концепцією лекції «Введення в оперативну хірургію. Оперативна хірургія голови» буде вислів проф. О.О. Боборова: «*Шлях в хірургічну клініку проходить через анатомічний театр і хірург-клініцист, який його не пройшов, не може бути на висоті свого покликання*», який необхідно вимовити перед початком подання лекційного матеріалу.

II. Викласти **практично спрямовану навчальну мету** лекції.

Наприклад, практично спрямованою навчальною метою лекції «Введення в оперативну хірургію. Оперативна хірургія голови» буде:

1. Етапи хірургічних втручань.
2. Оперативні прийоми.
3. Класифікації черепно-мозкових травм.

III. Визначити **тривалість** лекції (60/45 хвилин)

Необхідний **повний контроль** за регламентом проведення лекції для того, щоб залишити час в кінці лекції для відповіді на запитання слухачів.

Увага! Не рекомендовано затягування лекції більше встановленого регламенту.

IV. Відібрати клінічні кейси/клінічні ілюстрації (мінімум один)

Кейс-метод (англ. *Case method*, метод кейсів, метод конкретних ситуацій, метод ситуаційного аналізу) – це техніка навчання, що використовує опис реальних ситуацій з метою дослідження ситуації та пошуку суті проблеми з подальшою можливістю вирішення проблеми чи поставленого завдання.

Наприклад, клінічним кейсом лекції «Введення в оперативну хірургію. Оперативна хірургія голови» є фотознімки на слайді № 5, де зображено М.І. Пирогова та В.О. Караваєва.

Слухачам буде запропоновано назвати заслуги цих видатних науковців та охарактеризувати значимість цих заслуг для оперативної хірургії майбутнім поколінням.

Весь матеріал лекції супроводжується клінічними ілюстраціями.

V. Визначити конкретні **технічні засоби** для забезпечення проведення лекції.

Вибір технічного засобу для подання лекційного матеріалу повністю залежить від лектора і від кількості слухачів:

1. Якщо група слухачів досягає максимум 20-26 чоловік, то лектор, як елемент професійного тренінгу, може застосувати:

- ділову гру з елементами «мозкового штурму» (методи пошуку

рішень в умовній проблемній ситуації);

- **науково-обґрунтовану дискусію** з аргументацією щодо вирішення проблемних питань в конкретній ситуації з подальшим прийняттям рішень.

Це не лише залучить до участі усіх присутніх на лекції слухачів, але й стане засобом тестування здібностей у студентів.

Варто також зазначити, що особливістю даної форми подачі матеріалу є і те, що студенти зможуть задавати питання протягом усієї лекції, а не лише дочекавшись її закінчення.

2. Якщо аудиторія охоплює більше 30 слухачів, то подання лекційного матеріалу доцільніше у вигляді презентації з поясненнями до кожного слайду і залишенням часу для відповіді на поставленні запитання слухачів в кінці лекції.

Наприклад, лекція «Введення в оперативну хірургію. Оперативна хірургія голови» розрахована на аудиторію понад 30-ти слухачів, тому подання лекційного матеріалу буде здійснюватись за допомогою презентації з поясненнями до кожного слайду і контролем за регламентом проведення лекції для того, щоб залишити час для відповіді на запитання слухачів.

VI. Спланувати застосування **інтерактивної взаємодії** (інтерактивну) зі слухачами не рідше 15 хвилин у вигляді відкритих (усних, письмових) запитань або запитань множинного вибору (в тому числі – із застосуванням технічних пристроїв для «голосування»).

Якщо інтерактивом зі слухачами стануть запитання множинного вибору, то як варіант технічного пристрою для «голосування» можна запропонувати піднімання руки догори.

Наприклад, інтерактивною взаємодією зі слухачами при проведенні лекції є слайд № 15 під назвою «Закриті черепно-мозкові травми поділяються на:», де схематично зображена голова людини (а,в,с) та чотири варіанти ЗЧМТ. Студентам буде запропоновано усно назвати механізм заподіяння ЗЧМТ, які схематично зображено слайді, потім лектор із всього переліку обирає три варіанти відповіді надані слухачами та шляхом голосування більшість визначає та обґрунтовує правильні варіанти.

ВИМОГИ ДО СТРУКТУРИ ЛЕКЦІЇ

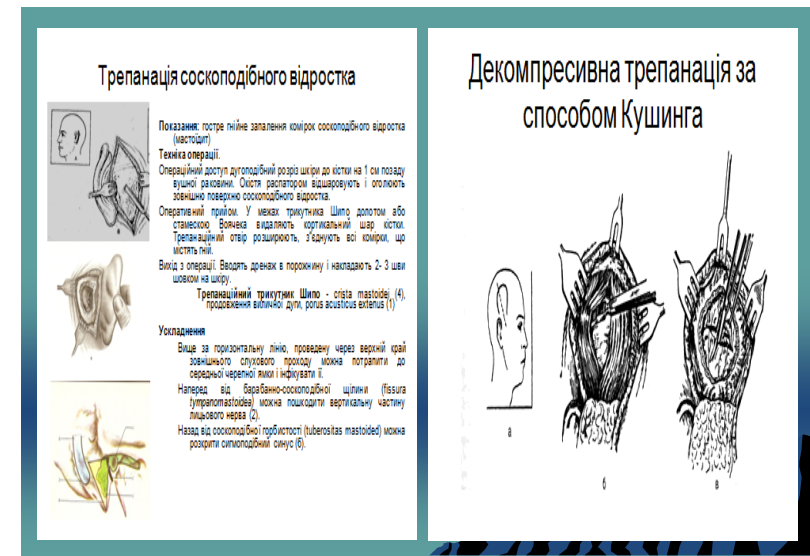
1. ВСТУП

Включає такі етапи:

- представлення лектора;
- озвучення «правил» (коли можна ставити запитання, в якій формі, не користуватися смартфонами, інше);
- постановка досяжної навчальної мети лекції;
- мотивуючий початок («гачок»): запитання або короткий клінічний кейс.



Слайд 23



Слайд 24

Первинна хірургічна обробка черепно-мозкових травм

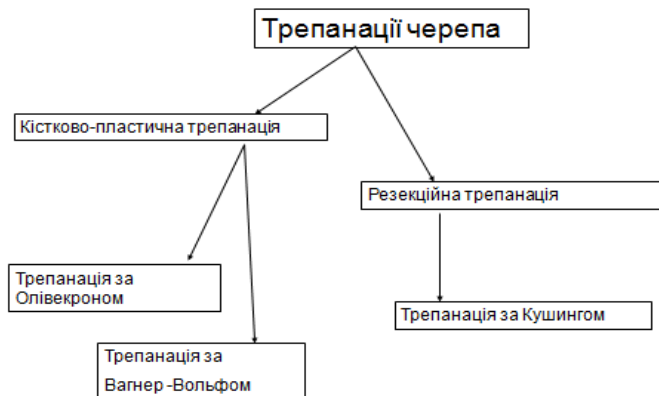
Задачі первинної обробки

- Розкриття і ревізія раньового каналу (розтин, некректомія, трепанація черепа)
- Зупинка кровотечі
- Видалення гематом і сторонніх тіл
- Закриття дефекту кістки, твердої мозкової оболонки

Терміни первинної хірургічної обробки черепно-мозкових ран	3 доби 4—6 дб після 6 дб	рання первинна хірургічна обробка відстрочена первинна хірургічна обробка пізня первинна хірургічна обробка
--	--------------------------------	---

Слайд 21

Розкриття і ревізія раньового каналу



Слайд 22

2. ОСНОВНА ЧАСТИНА

Включає такі етапи:

- висвітлення не більше трьох ключових запитань за темою лекції;
- викладання матеріалу структуровано по кожному з ключових запитань з проміжними висновками;

- використання інтерактиву зі слухачами не рідше, ніж кожні 15 хвилин.

3. ВИСНОВКИ («TAKE – HOME MESSAGES»)

- відповідно до ключової концепції і навчальної мети – не більше трьох.

4. ВІДПОВІДІ НА ЗАПИТАННЯ

- ініційоване лектором заохочення, запрошення до участі в дискусії.

5. РЕВЕЛАНТНА ЛІТЕРАТУРА

6. АНОНІМНЕ ОПИТУВАННЯ

- обов'язковий компонент (забезпечує «зворотній зв'язок»);

- аналізується лектором та завідувачем кафедри;

- обговорюється на методичній нараді кафедри;

- включається до річного звіту про роботу кафедри;

- анкети зберігаються на кафедрі впродовж 2 років.

ВИМОГИ ДО ПРЕЗЕНТАЦІЇ ЛЕКЦІЇ

1. Короткі прості фрази.
2. Організація контенту «пунктами».
3. На 50 хв. лекції – орієнтовно 20-25 слайдів (2-2,5 хвилини на слайд).
4. До 7 рядків на слайді (в більшості слайдів).
5. До 7 слів на рядок (в більшості слайдів).
6. Використання шрифту не менше 24 (відповідно до кількості рядків).
7. Бажаний вибір кольорів:
 - для фону – синій, чорний, білий.
 - для тексту – відповідно білий (жовтий) або чорний.
8. Не використовувати оздоблення.
9. Графіки (діаграми) – краще, ніж текст.
10. При більш «навантаженому» слайді – виділити ключове в ньому.

ВИМОГИ ДО НАВИЧОК ЛЕКТОРА

1. Не використовувати під час читання лекції паперові носії.
2. Не читати інформацію зі слайдів, а фокусувати увагу на аудиторії.
3. Дотримуватись регламенту.
4. Залишати час для відповідей на запитання.

НАОЧНИЙ ПРИКЛАД ПРЕЗЕНТАЦІЇ ВСТУПНОЇ ЛЕКЦІЇ

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
Кафедра оперативної хірургії і топографічної анатомії



Вступна лекція - введення в оперативну хірургію. Оперативна хірургія голови

Професор кафедри оперативної хірургії і топографічної анатомії,
доктор медичних наук
Музиченко Петро Федорович

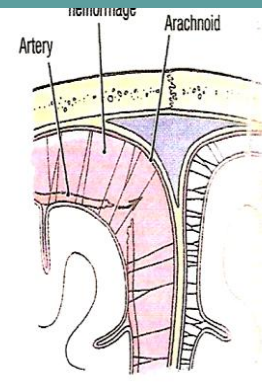
Слайд 1

Оперативна хірургія - це наука про хірургічні операції, суть яких зводиться до механічного впливу на органи та тканини з лікувальною або діагностичною метою

Основою оперативної хірургії є топографічна анатомія – наука, яка вивчає взаємовідношення органів та тканин в різних ділянках тіла людини з метою використання цих знань в практичній діяльності лікаря

Слайд 2

Субарахноїдальні гематоми



- ◆ Субарахноїдальний крововилив в 5-8% виникає внаслідок черепно-мозкових травм
- ◆ виникає при порушенні цілісності вен м'якої оболони головного мозку й мозку
- ◆ не має типової локалізації – поширюється на весь підпаутинний (субарахноїдальний) простір
- ◆ **внутрішньочерепний тиск підвищений, в спинномозковій рідині (лікворі) завжди виявляються кров**
- ◆ **Лікування:** при стабілізації стану – консервативне; гемостатики, стимулятори дихання й серцевої діяльності, дегідратація

Слайд 19

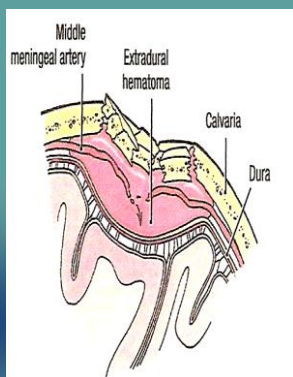
Схема Кронлейна із доповненнями Брюсової
Мета – пошук внутрічерепних гематом (для навігації трепанаційних отворів)

- Епідуральні – за ходом (а. meningea media-передня вітка - пересічення передньої вертикальної та верхньої горизонтальної.
- Задня вітка- задня вертикаль та верхня горизонталь)
- Проекція латеральної борозни-по бісектрисі кута між проекцією центральної борозни та верхньої горизонтальної лінії
- В передньо-нижньому квадраті-внутрішня сонна артерія



Слайд 20

Гематоми порожнини черепа



ЕПІДУРАЛЬНА ГЕМАТОМА

- ◆ Визначається в 0,55%- 9 % черепно-мозкових травм
- ◆ Локалізуються уздовж стовбура та гілок а. meningea media- в скроневій ділянці, в тім'яній, тім'янно-потиличний
- ◆ В середньому об'єм епідуральної гематоми становить 80-120 мл крові
- ◆ Клінічні симптоми виникають при об'ємі епідуральної гематоми 25-50 мл
- ◆ Епідуральна гематома об'ємом вище 100 мл призводить до летального кінця
- ◆ Внутрішньочерепний тиск підвищений, кров в спинномозковій рідині (лікворі) відсутня
- ◆ **Хірургічне лікування** – трепанація черепа, видалення гематоми з епідурального простору, зупинка кровотечі із судин

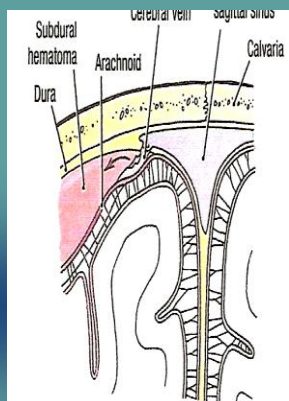
Слайд 17

Значимість топографічної анатомії

- ◆ “Лікар, який не знає анатомії, більш шкідливий, ніж корисний для хворого” - проф. Є.Й.Мухін
- ◆ “Без знання топографічної анатомії немає ні хірурга, ні терапевта, залишаються лиш прикмети та забобони” – проф.О.П.Губарев

Слайд 3

СУБДУРАЛЬНА ГЕМАТОМА



- ◆ Визначаються в 40% черепно-мозкових травм
- ◆ Виникає при порушення цілісності вен твердої оболонки головного мозку, у місцях впадання вен мозку в пазухи
- ◆ Локалізується уздовж великих борозен півкуль великого мозку, можуть розповсюджуватися на значну відстань
- ◆ Можуть бути однобічними або двобічними
- ◆ Летальність при гострих субдуральних гематомах досягає 60-80%
- ◆ Внутрішньочерепний тиск підвищений, в спинномозковій рідині (лікворі) виявляються домішки крові
- ◆ Лікування - при стабілізації стану – консервативне. При прогресуючому погіршенні-хірургічне: трепанація черепа, видалення гематоми із субдурального простору, зупинка кровотечі із судин

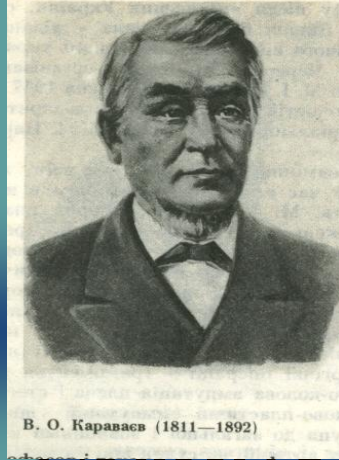
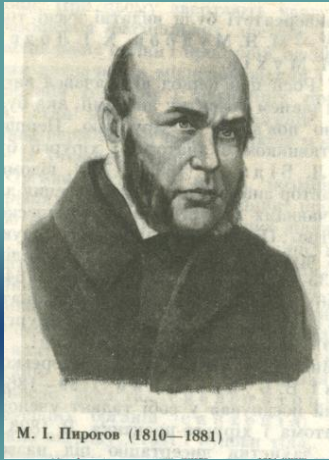
Слайд 18

- ◆ “Шлях в хірургічну клініку проходить через анатомічний театр і хірург-клініцист, який його не пройшов, не може бути на висоті свого покликання” - проф. О.О.Бобров



Слайд 4

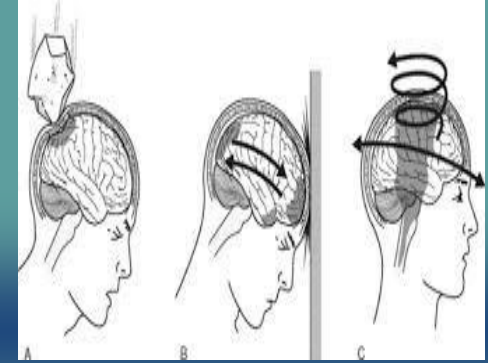
Засновники оперативної хірургії



Слайд 5

Закриті черепно-мозкові травми поділяють на:

- струс головного мозку
- забій головного мозку
- компресія головного мозку
- аксональна поразка



Слайд 15



Будинок колишнього жіночого медичного університету

Слайд 6

Закриті черепно-мозкові травми часто супроводжуються розвитком гематом

Гематоми при черепно – мозкових травмах:

- ◆ поверхневі гематоми
- ◆ гематоми порожнини черепа

Поверхневі гематоми:

- ◆ підшкірні
- ◆ підапневротичні
- ◆ підокісні

Гематоми порожнини черепа:

- ◆ епідуральні
- ◆ субдуральні
- ◆ субарахноїдальні крововиливи

Слайд 16

Принципи хірургічних операцій за М.Н.Бурденко

- ◆ Анатомічна доступність
- ◆ Технічна можливість
- ◆ Фізіологічна дозволеність
- ◆ Юридична дозволеність
- ◆ Морально-етична дозволеність

Слайд 13

ЧЕРНЯК ВІКТОР АНАТОЛІЄВИЧ



Завідувач кафедри з 2014 року і по теперішній час
(доктор медичних наук, професор)

Слайд 7

Класифікація черепно-мозкових травм :

- ◆ **відкриті** – з ушкодженням шкірних покривів – 25 %
- ◆ **закриті** – без ушкодження шкірних покривів – 75%

Відкриті черепно-мозкові травми:

- ◆ **непроникні** – без порушення цілісності твердої оболони головного мозку і внутрішньомозкових гематом – летальність – 18%
- ◆ **проникні** – із порушенням цілісності твердої оболонки головного мозку та його ушкодженням – летальність – 57%

Слайд 14

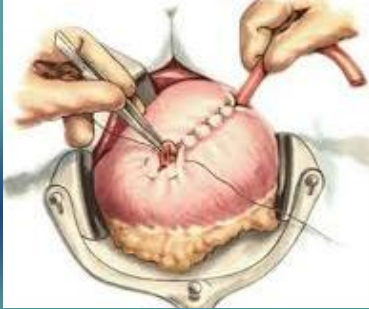
ЕТАПИ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Оперативний доступ:

1. Проводиться в зоні проекції органа або нервово-судинного пучка
2. Створюється оптимальний простір
3. Мало травматичний
4. Пошарове виконання
5. Проводиться вздовж великих судин та нервів

Слайд 8

ОПЕРАТИВНИЙ ПРИЙОМ – це хірургічні маніпуляції на органі, які і є метою оперативного втручання



Слайд 9

Закриття операційної рани (вихід із операції)

- **глухий** (повне закриття рани)
- **установка дренажу** (неповне закриття рани)
- **відкритий** (рана не закрита, заживає вторинним рубцем)

Слайд 11

Оперативні прийоми

Resectio – **резекція** – часткове видалення органа (наприклад, resectio ulcus ventriculi — резекція шлунка з приводу виразкової хвороби)

Amputatio – **ампутація** (видалення периферійної частини органа)

Exarticulatio – **екзартикуляція** (видалення периферійної частини кінцівки на рівні суглоба)

Ectomia – **ектомія** - повне видалення органа (наприклад,—(червоподібного відростка — appendectomia, жовчного міхура —olecystectomy)

Rrhaphia – **ррафія** (накладання шва (наприклад, gastrorrhaphia — накладання шва на стінку шлунка).

Trepanatio - **трепанация** (розкриття кісткових порожнин)

Слайд 10

Класифікація хірургічних операцій

За метою:

1. Діагностичні
2. Лікувальні
 - 2.1. Радикальні
 - 2.2. Паліативні

За терміновістю:

1. Планові
 - 2.1. Термінові
 - 2.2. Невідкладні
2. Ургентні

За повнотою виконаних етапів:

- Одномоментні
- Двомоментні
- Багатомоментні

За наявністю кровотечі:

- Криваві
- Безкровні

За характером показань:

- Первинні
- Вторинні
- Повторні

За бактеріальним забрудненням:

- Асептичні
- Септичні

За об'ємом:

- Великі
- Малі

За характером доступу:

- Відкриті
- Ендоскопічні

Слайд 12