

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
Вищий державний навчальний заклад України  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»



**КЛІНІЧНЕ МИСЛЕННЯ:  
ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ  
ТА ВДОСКОНАЛЕННЯ**

(частина II)

*(Матеріали навчально-методичної конференції)*



Полтава – 2009

потрібні глибокі системні базові професійні знання структурних елементів, їхньої якості, властивостей та функціонального призначення. З цих позицій медицина не є винятком і професіоналізм лікаря визначається провідною метою підготовки фахівця - клінічним мисленням. Саме ця мета визначена програмою підготовки фахівця і завданнями кожної дисципліни медичного вузу.

Фтизіатрія як госпітальна дисципліна базується не тільки на розумінні клінічних проявів хвороби, понять про її збудника, його властивості, шляхи інфікування і поширення його в організмі. Особливістю туберкульозного процесу є здатність уражати майже всі органи і тканини організму, що вимагає від студента знання базових дисциплін, на основі яких сформується уявлення майбутнього лікаря про туберкульоз легеневої локалізації, туберкульоз кісток і суглобів, органів черевної порожнини і тазових органів, туберкульоз нервової системи, шкіри та очей. Тільки знання анатомо-фізіологічних особливостей різних органів і систем органів дозволяють зрозуміти шляхи поширення збудника туберкульозу в організмі, виникнення специфічних уражень і особливості їхнього розвитку та локалізації в тканинах тих чи інших органів. Патогенетичні особливості туберкульозного процесу - це прекрасна модель для формування в майбутніх лікарів клінічного мислення.

Так, особливістю початку туберкульозного процесу є лімфо-гематогенне поширення збудника і формування в місцях ураження гранулематозного запалення. Отже, зрозуміти шляхи формування, наприклад, ексудативного туберкульозного плевриту без знання складної архітектоники лімфатичного русла цих структур неможливо. На жаль, майже всі підручники, в яких висвітлюється патологія, як правило, обмежуються описанням основних симптомів, не заглиблюючись у анатомо-патофізіологічні механізми їх формування. А це часто зумовлює суто механічне запам'ятовування студентами ознак хвороби і не сприяє розумінню глибоких механізмів її розвитку. Таке навчання не сприяє формуванню клінічного мислення.

Туберкульоз належить до гранулематозів. Але розуміння того, що таке гранульома, гранулематозне запалення, як правило, студенти не мають, не зважаючи на те, що з цією патогенетичною фазою вони зустрічаються при вивченні різних хвороб (ревматизм, сифіліс, саркоїдоз та ін.). Гранульома - це захисна реакція тканинних імункомпетентних клітин, які в такий спосіб блокують збудника і можуть знищити його. Але у випадках туберкульозу знищення мікобактерій не досягається і макрофагальні клітини в центрі гранульоми гинуть, утворюючи казеоз, чого майже не буває при інших гранулематозах. Як продуктивний процес гранулематозне запалення обумовлює і деякі клінічні особливості розвитку туберкульозу в ранній період. Сухий казеоз у гранульомі не всмоктується, мікобактерії в ньому зберігаються, але не розмножуються, і токсичне навантаження на організм не відбувається, а значить, і клінічні прояви цього ураження можуть бути відсутні. Якщо імунологічна система не порушена, туберкульозний процес набуває зворотного розвитку. Але за умов імунodefіциту (анергії) або неадекватно підвищеної реактивності (гіперергії) гранулематозний бар'єр може бути недостатньо ефективний або нашаровується ексудативне запалення, внаслідок чого для мікобактерій розкриваються лімфо-гематогенні шляхи поширення і процес набуває прогресуючого перебігу з формуванням різних клінічних форм туберкульозу. Самі по собі знання анатомічних структур тіла організму, збудника хвороби і т.п. не забезпечують розуміння патологічного процесу як хвороби. Для цього потрібно знати патогенетичні особливості й умови розвитку хвороби, патологоанатомічні зміни уражених органів, які формують загальні та локальні клінічні прояви хвороби. Доповнюючи ці знання вмінням розпитувати хворого про хворобу, особливості її розвитку, проводити клінічний огляд, оцінювати результати лабораторного, гістологічного та апаратного обстежень хворого, робити аналіз і проводити клінічну інтерпретацію отриманих результатів майбутній фахівець може вийти на точний діагноз і призначити правильне лікування, що і є провідною метою професійної майстерності.

Отже, тільки за умов засвоєння знань базових і клінічних дисциплін, опанування професійними навичками, вміннями аналізувати і проводити клінічну інтерпретацію результатів обстеження пацієнта фахівець може досягти високого рівня професійної майстерності - клінічного мислення.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ У ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ ДІЛОВОЇ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ	
<i>Т.О.Мещенко, І.В. Самойленко</i> .....	3
ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ СТУДЕНТІВ У ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ ХІРУРГІЇ	
<i>Б.П.Лисенко, С.В.Малик, Л.Д.Петрушова, А.Л.Челішвілі, Р.Б.Лисенко, Д. О.Лауренко, С.П.Кравченко</i> .....	4
УДОСКОНАЛЕННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ПРИ ВИВЧЕННІ ХІРУРГІЇ	
<i>Б.П.Лисенко, С.В.Малик, Л.Д.Петрушова, А.Л.Челішвілі, Р.Б.Лисенко, Д.О.Лауренко, С.П.Кравченко</i> .....	5
СТАНОВЛЕННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ АКУШЕРІВ-ГІНЕКОЛОПІВ	
<i>В.К.Ліхачов, А.М.Громова, Н.І.Мітюніна, А.А.Дудченко</i> .....	6
ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ - ПРІОРИТЕТНЕ ЗАВДАННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ МІКРОБІОЛОГІЇ, ВІРУСОЛОГІЇ ТА ІМУНОЛОГІЇ	
<i>Г.А.Лобань, В.І.Федорченко, В.П.Полянська, І.М.Звягольська, О.В.Ганчо, О. О.Костіч, Н.П.Коваленко, О.В.Книш</i> .....	В
ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ СТОМАТОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ	
<i>Н.М.Лохматова, В.П.Труфанова, О.В.Шешукова</i> .....	10
АСПЕКТИ БІОЕТИКИ ЯК СКЛАДОВА КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ МАЙБУТЬОГО ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА	
<i>Р.В.Луценко, С.Ю.Чечотіна, А.Г.Сидоренко</i> .....	11
ДЕЯКІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ У ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ БІОФІЗИКИ	
<i>В.І.Макаренко, К.С.Макаренко</i> .....	13
ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА	
<i>П.Т.Максименко, П.М.Скрипніков, А.П.Шейко</i> .....	15
ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ НОРМАЛЬНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ	
<i>1. В.Мищенко, В.П.Мищенко, Т.М.Запорожець, Л.Е.Весніна, В.М.Соколенко, З.К.Морган, Г.П.Павленко, М.Ю.Жукова, О.В.Коковська, О.В.Ткаченко, Н. М.Федотенкова</i> .....	1В
ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ УПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ	
<i>Т.І.Мизгіна, Л.С.Зюзіна</i> .....	19
ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ - ОРГАНІЧНА ЧАСТИНА СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ МАЙБУТЬОГО ЛІКАРЯ	
<i>О.В.Муравльова, І.ЛДворник, Л.Є.Бобирьова</i> .....	21
РОЗВИТОК КЛІНІКО-АНАТОМІЧНОГО МИСЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ІЗ ПАТОМОРФОЛОГІЇ	
<i>Л.Г.Ніколенко, Н.В.Ройко, Т.В.Новосельцева, П.І.Насонов, С.А.Проскурня</i> .....	22
РОЗВИТОК КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ ЛІКАРІВ ТЕРАПЕВТІВ-СТОМАТОЛОПІВ НА КАФЕДРІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ	
<i>А.К.Ніколішин, Д.Є.Кіндії, Н.М.Іленко, Т.О.Петрушанко, І. Ю.Литовченко, А.В.Марченко, Е.В.Ніколішина</i> .....	23

Задача 1. Радіус судини зменшився вдвічі внаслідок утворення тромбу. У скільки раз зміниться об'ємна швидкість крові за постійної різниці тисків?

Задача 2. Метод Короткова ґрунтується на прослуховуванні шумів, які виникають під час відновлення ламінарного плину крові в артерії. Чому під час руху крові в артеріолах і капілярах такі шуми не виникають?

Відповідні задачі пропонуються з біоакустики та біофізики.

Задача 3. Для людей із порушенням функції середнього вуха слухові апарати сконструйовані так, щоби передавати коливання безпосередньо на кістки черепа. Визначити мінімальну інтенсивність звуку  $I$ , яку здатна сприймати людина з дефектом слуху, якщо для кісткової провідності поріг слухового сприйняття на 40дБ вищий, ніж для повітряної.

Задача 4. Чим пояснити той факт, що, примруживши очі, людина чіткіше розрізняє предмети?

Однак лише зміст задачі без спеціально організованої технології навчання не буде сприяти професійному мисленню лікаря. Одним зі способів розв'язання виділеного завдання є проблемне навчання. Основа проблемного навчання - це проблемна ситуація

Наведемо проблемну ситуацію, яку використовуємо, вивчаючи гемодинаміку.

Згідно із законом Паскаля зовнішній тиск передається в рідині однаково у всіх напрямках. Чому ж тоді тиск крові, який створюється лівим шлуночком серця, різний у всіх судинах великого кола кровообігу?

Для розв'язання цієї проблемної ситуації потрібно згадати, що закон Паскаля справедливий для ідеальної рідини, яка не рухається, а отже, відсутні енергетичні втрати в рідині. Кров же становить собою реальну в'язку рідину. Для того, щоби привести її в рух під дією сили тиску лівого шлуночка, потрібно затратити енергію. Частина потенціальної енергії крові перетворюється в тепло, і тому по мірі віддалення від лівого шлуночка спостерігається зниження тиску крові.

Ця проблемна ситуація ґрунтується на протиріччі між знаннями студентів зі шкільного курсу фізики та біофізики.

Дослідження показали, що забезпечити розвиток творчої самостійності студентів може лише відповідна система спеціально розроблених проблемних ситуацій по кожній темі з урахуванням індивідуальних можливостей.

Одним із нестандартних елементів проблемної ситуації є інформаційно-пізнавальна суперечність, без якої проблемна ситуація неможлива.

За видом інформаційно-пізнавальної суперечності виділяють такі типи проблемних ситуацій.

- усвідомлення студентами недостатності наявних знань для пояснення нового факту;
- зіткнення студентів з необхідністю використання раніше засвоєних знань у нових практичних умовах;
- суперечність між теоретично можливим шляхом вирішення завдання та практичною нездійсненністю обраного способу;
- суперечність між практично досягненим результатом виконання навчального завдання і відсутністю в студентів знань для його теоретичного обґрунтування.

Прикладом створення проблемної ситуації третього типу може бути таке завдання для студентів; зробити розрахунки енергетичних перетворень у живому організмі та визначити коефіцієнт корисної дії деяких біологічних процесів. Спробуємо знайти температуру м'язів ( $T_1$ ), вважаючи, що він працює як теплова машина, при температурі  $25^\circ\text{C}$  з ККД 30%

Розв'язання.

Підставляючи у формулу для визначення ККД:  $\eta$  ■

льника  $T_2 = 298\text{ K}$  і беручи  $m) = 1/3$ , отримаємо;

$$T_1 \sim T_2$$

температуру холоди-

$174^\circ\text{C}$  Це, звичайно, неможливо.

$$T_x = 293\text{ K}$$

звідки  $T_1 \sim 447\text{ K}$ , або

Отже, в живому організмі робота здійснюється за рахунок зміни внутрішньої енергії системи, а не за рахунок надання теплоти ззовні, тобто живий організм не може працювати як теплова машина.

Розв'язання цього протиріччя нашоухує на думку про пошуки іншого шляху - справедливості першого закону термодинаміки для біології можна довести, якщо живий організм ізолювати від навколишнього середовища, виміряти кількість виділеної ним теплоти і порівняти його з тепловим ефектом біохімічних реакцій усередині організму (вперше було здійснено в 1780 році Лавуазьє і Лапласом).

Посібники з біофізики містять певну кількість задач, на основі яких можна будувати проблемні ситуації. Однак ці задачі нерівномірно розподілені по розділах і не систематизовані з метою формування клінічного мислення.

Одним із недоліків сучасного процесу навчання є те, що він базується на суб'єкт-об'єктних відносинах. Такий процес навчання не дає можливості студенту розвивати особистісні, лише йому притаманні якості, реалізувати свої здібності, інтереси, прагнення тощо. Студент перебуває в жорстких рамках процесу навчання і звикає до відведеної йому пасивної ролі. Аби позбутися або уникнути цього недоліку, слід якомога ширше, на нашу думку, впроваджувати систему суб'єкт-об'єктних відносин студента і викладача. Процес засвоєння знань за таких відносин здійснюється в атмосфері інтелектуальних, моральних і естетичних переживань, зіткнення думок, поглядів, позицій, наукових підходів, пошуку істини, проектування можливих розв'язувань пізнавальних завдань, творчості викладачів та студентів. Як свідчить досвід, тільки спеціально організоване навчання робить студента суб'єктом навчання й дає можливість зробити знання, уміння та навички, одержані студентами під час розв'язування задач, засобом їхнього інтелектуального розвитку.

Суб'єкт-об'єктні відносини реалізуються через групову форму навчання.

Трансформація традиційної освіти в особистісно-орієнтовану вимагає змін не лише в змісті освіти, а й у змісті технологій освітнього процесу та їх методичному забезпеченні. Практика показує, що нарізла потреба в створенні збірників задач та завдань, на основі яких можна формувати клінічне мислення майбутніх лікарів.

## ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

*П.Т.Максименко, П.М.Скряпніков, А.П.Шейко*

Клінічне мислення лікаря біля хворого - складний та суперечливий процес, опанування яким - одне з найважливіших завдань медичної освіти.

Складність формування та розвитку клінічного мислення лікаря пов'язана з трьома факторами; різноманітністю патологій органів порожнини рота; взаємозв'язком патологій органів щелепно-лицевої ділянки з захворюваннями інших органів та систем; обмеженістю часу, відведеного на діагностику та лікування хворого на амбулаторному прийомі.

Клінічне мислення лікаря-стоматолога біля хворого з патологією органів та тканин щелепно-лицевої ділянки має об'єктивно відображати фізичне страждання і душевний стан хворого. Воно охоплює кілька аспектів: психологічний, діагностичний, терапевтичний із його компонентами та прогностичний. Розглянемо їх.

Психологічний аспект починається з установлення довірливого контакту з хворим, урахуовуючи те, що в нього спостерігається синдром очікування, пов'язаний із переживанням про свою хворобу та втручанням лікаря в органи щелепно-лицевої ділянки з використанням бормашини і різноманітних інструментів, про можливість виникнення косметичних дефектів на обличчі, язиці та ін

Другий надзвичайно важливий аспект клінічного мислення пов'язаний із діагностичним процесом, тобто з розпізнанням основної та супутньої хвороб на підставі виявлення, аналізу, систематизації й узагальнення симптомів, синдромів, зовнішньої та внутрішньої картини захворювання.

Для успішного вирішення цього складного, але вкрай необхідного завдання, бо "Qui bene diagnosticat - bene curat", стоматологу необхідно, по-перше, добре знати симптоми первинних та симптоматичних захворювань різних внутрішніх органів і систем. По-друге, знати та досконало володіти сучасними клініко-лабораторними методами дослідження, за допомогою яких можна виявляти явні та приховані симптоми, що характеризують зовнішню і внутрішню картини хвороби. По-третє, що особливо важливо, володіти методологічними аспектами діагностики, тому що діагностичний процес передбачає не тільки виявлення «суб'єктивних» та «об'єктивних» симптомів, а й уміння піддати їх аналізу,

систематизації, подальшому синтезу в синдроми локальні та загальні в їхньому взаємозв'язку з метою висунення та подальшого доказу діагностичних гіпотез із визначенням найбільш вірогідного діагнозу, проведення диференційної діагностики та формулювання на цій підставі висновки про діагноз основної та супутньої хвороб. При цьому слід пам'ятати, що констатувати клініко-морфологічний діагноз, наприклад, катаральний, гіпертрофічний, виразково-некротичний гінгівіт та ін., явно недостатньо, бо схожі клініко-морфологічні зміни спостерігаються при багатьох захворюваннях внутрішніх органів та систем організму наприклад, хворобах крові, променевій хворобі та ін. Тому клінічне мислення лікаря-стоматолога має бути спрямоване на виявлення або уточнення етіологічного, патогенетичного, функціонального компонентів, а також внутрішньої картини хвороби. Отже, діагноз хвороби має охоплювати назву конкретної нозологічної одиниці (згідно з номенклатурою хвороб) та її складових компонентів: етіологічного, патогенетичного, морфо-функціонального, а також ступінь тяжкості, перебіг хвороби в конкретного хворого.

Тільки такий підхід до діагностики хвороби дозволить лікарю обґрунтувати, призначити раціональний комплекс засобів та методів лікування хворого. При цьому потрібно підкреслити три моменти: по-перше, лікувати потрібно не хворобу, а хворого, який страждає на конкретну хворобу, лікувати його тіло та душу, тому що вони знаходяться у взаємодії. В.М. Бехтерев писав: «Всякий знает, какое магическое оздоравливающее действие оказывает одно утешительное слово врача, и, наоборот, как иногда убийственно в буквальном смысле слова действует на больного суровый холодный приговор врача, не знающего или не желающего знать силы внушения».

По-друге, знання етіологічного компонента дозволяє призначити найбільш ефективний етіотропний засіб, уточнити генезис хвороби (первинне чи вторинне ураження органів порожнини рота), а також патогенетичні засоби в комплексі з етіологічними та симптоматичними.

Ураховуючи полівалентність стоматології як галузі клінічної медицини, яка охоплює консервативний, хірургічний та ортопедичний розділи, а також ортодонтію, поряд із психологічним та діагностичним компонентами клінічного мислення має формуватися, розвиватися і вдосконалюватися комплексно-ціле терапевтичне мислення, яке охоплює медикаментозно-діагностичний, хірургічний, ортопедо-технологічний та функціональний і естетичний компоненти.

Медикаментозний компонент дозволяє обґрунтувати та відібрати для загального і місцевого застосування найбільш ефективні лікарські речовини або їх поєднання, спираючись на діагноз хвороби та хворого, етіологію і патогенез захворювання, функціональний стан печінки та нирок, психологічний настрій хворого, алергологічний анамнез, чутливість мікрофлори з урахуванням дози, часу та частоти їх уживання. Динамічне спостереження за хворим дозволяє спостерігати ефективність лікування та своєчасно виявити можливий розвиток побічних реакцій, а в разі їх виникнення застосувати необхідні методи лікування.

**Хірургічний компонент** наявний у комплексному лікуванні хворого з ураженими твердими тканинами зуба, тканинами пульпи, періодонта, пародонта, а також у підготовці порожнини рота до протезування, оскільки лікарю потрібно широко використовувати в практиці різні хірургічні інструменти (бори, скальпель, щипці та ін.). Слід поступово переконувати хворого в небулочості їх використання з єдиною метою - полегшити його страждання задля подальшого одужання.

**Технологічний компонент** передбачає якість препарування каріозних та інших дефектів твердих тканин зуба для підготовки до їх покриття коронками, методи і тривалість протравлення порожнини, приготування, внесення в порожнину пломбувального матеріалу або закріплення вкладки та подальшу їх обробку (твердіння, шліфування, полірування і т.ін.); підготовку зубного ряду до протезування знімними або незнімними конструкціями, технологію отримання відбитків і подальші етапи виготовлення протезів та ін. Від правильного, технологічно обґрунтованого проведення операцій залежать якість тривалість виконаної роботи (реставрації зубів, зубних рядів, протезів). У разі невиконання технології використання стоматологічних матеріалів, виготовлення протезів можуть бути порушені функція жувального апарату, естетика обличчя та зубів, особливо фронтальної ділянки.

**Функціонально - естетичний компонент** нероздільно пов'язаний із діагностичним, оскільки створення умов для гармонійного руху нижньої щелепи, симетричного скорочення жувальних та м'язів, співвідношення окремих елементів обличчя та органів зубощелепного апарату під час мовлення, жування, ковтання має велике значення для підтримання здорового духу та здорового тіла. Естетичний компонент у осіб підліткового та молодого віку, в артистів, педагогів, лікарів і людей деяких інших професій особливо важливий. Тому при реставрації зубів, виготовленні протезів клінічне мислення лікаря має бути спрямоване на відновлення правильної конфігурації обличчя й окремих елементів

зубощелепного апарату -- висоти прикусу, центрального співвідношення щелеп, альвеолярного відростка та зубних дуг, а також на форму, розміри і колір зубів, особливо фронтального відділу.

Прогностичний аспект - завершальний. Прогноз може бути позитивним для життя та здоров'я пацієнта за правильного і точного діагнозу й адекватно обґрунтованого та проведеного лікування. У випадках помилкового діагнозу, порушення технології використання лікарських засобів, стоматологічних матеріалів, виготовлення протеза функція зубощелепного апарату порушиться, внаслідок чого виникнуть косметичні й естетичні дефекти, що досить часто призводить до конфліктної ситуації.

Тому на формування і розвиток клінічного мислення лікаря - стоматолога необхідно звертати особливу увагу на загальноклінічних і стоматологічних кафедрах у процесі навчання студентів, лікарів-інтернів біля крісла (ліжка) хворого, під час підвищення кваліфікації.

Для клінічного мислення має велике значення сприйняття єдності загального та місцевого, частки (локального) та цілого, тобто розуміння діагнозу хвороби, діагнозу хворого та його лікування.

«Настоящий врач лечит не только тело, но и душу больного» (М.Я. Мудров).

Другий специфічний аспект пов'язаний із характером патології органів порожнини рота. Тут велике значення мають обґрунтування та раціональний вибір комплексу лікарських засобів і методів із детальним аналізом їхньої подальшої терапевтичної дії, технічного застосування та обробки стоматологічних матеріалів при ортопедичних втручаннях із метою реставрації зубощелепного апарату з урахуванням їхньої функціональної цінності й естетичності, а також прогнозу.

Третій - удосконалення клінічного мислення в цілому та окремих його компонентів у інтернатурі, на курсах удосконалення та спеціалізації лікарів, а також у період самостійної роботи в лікувально-профілактичних закладах, тобто протягом усієї лікарської діяльності. Адаже досвід - найдієвіший учитель у будь-якій професії, особливо в медицині.

Особливе значення в розвитку та вдосконаленні клінічного мислення мають клінічні розбори хворих госпітального типу, демонстрації хворих на клінічних конференціях, наукових зборах стоматологів, розгляди симптоматичних уражень пародонта і СОПР разом з іншими спеціалістами.

Як випливає з нашого (П.Т. Максименко) багаторічного досвіду роботи на кафедрах терапевтичної стоматології та післядипломної підготовки лікарів-стоматологів, щотижневі клінічні розбори і щомісячні клінічні конференції стимулюють слухачів до вивчення літератури, поглиблених досліджень хворого, аналізу й узагальнення отриманих результатів, їх критичної оцінки, обґрунтованості діагнозу хвороби та призначення засобів і методів їх використання.

Отже, клінічне мислення лікаря-стоматолога біля хворого - багатоаспектний процес, який охоплює психологічний, діагностичний, терапевтичний аспекти, а його складові компоненти (медикаментозний, хірургічний, технологічний, функціональний, естетичний та прогностичний) тісно пов'язані зі встановленням довірливого контакту з хворим до завершення діагностики та лікування.

А.Ф. Билибин, Г.И. Царегородцев (1973) писали: «Врач, который овладел клиническим мышлением, умеет анализировать свои личные субъективные впечатления, находит в них общезначимое объективное; он также умеет давать своим представлениям адекватную клиническую трактовку. Клиницист должен всегда обдумывать и размышлять. У клинициста, как у настоящего ученого, должна отсутствовать уверенность в своей непогрешимости. В клинике постоянно нужно разбираться в том, что доказано, а что остаётся непонятным, и нужно делать доброкачественно. Критическое отношение к полученным результатам обследования и лечения, стремление к многоазовой проверке полученных данных - неотъемлемая черта стиля мышления врача»