

ці. Результати наших досліджень підтверджуються даними фізіологів, які довели, що для збереження здоров'я і підвищення працездатності дуже важливо розвивати стійкість організму до кисневої недостатності. Пропонується цю стійкість удосконалювати та підвищувати вольовою затримкою дихання у вправах або поверхневим диханням у побуті.

Насамперед слід підкреслити, що рекомендації інших авторів щодо використання фізичних вправ для підвищення фізичної підготовленості й зміцнення психічного здоров'я суттєво відрізняються.

Основні характеристики фізичних вправ, що позитивно впливають на психіку:

- 1) відсутність у системі вправ змагальних елементів;
- 2) помірна інтенсивність;
- 3) тривалість 20-35 хв;
- 4) регулярність, включеність у тижневий графік;
- 5) виконання вправ із задоволенням.

Велике значення в дотриманні зазначених характеристик фізичних вправ має організація занять із тренуваними і нетренуваними людьми, а також з особами з факторами ризику розвитку тривожних і депресивних станів.

Слід зазначити, що метою більшості людей, які починають заняття фізичними вправами, на думку більшості дослідників, є намір зміцнити своє здоров'я – знизити вагу, запобігти серцево-судинним захворюванням, знизити тривожність, підвищити працездатність. Переважна більшість праць свідчить, що як аеробні, так і анаеробні фізичні навантаження позитивно впливають на психічний статус. Причому позитивний ефект не залежить від того, що спостерігається в "аеробних" групах - підвищення фізичної працездатності. Однак, є публікації, які стверджують, що аеробне тренування дає суттєво більший психологічний ефект, ніж анаеробне.

Розроблені в останні роки вітчизняними авторами методики корекції відхилень психічного здоров'я припускають комбінацію аеробних і анаеробних видів рухової активності. Так, у осіб із високим ступенем тривожності поряд із психорегулюючими впливами передбачається використання елементів гри, які мають тонізуючий ефект, одночасно із циклічними навантаженнями, які підвищують рівень активації нервової системи. При розвитку депресивних станів, очевидно, позитивний психологічний ефект можуть мати також рухливі ігри, які надають функцію лідера, або "шефську роль".

Усе вищевикладене послужило підставою синтезу комплексу рекомендацій, оптимальних, на наш погляд, для зміцнення психічного здоров'я при змінах нервово-психічного статусу.

До загальних положень належать:

- 1) використання помірних і поступово зростаючих за інтенсивністю аеробних навантажень;
- 2) обов'язкове включення в комплекс вправ дихальної спрямованості, які здатні значною мірою компенсувати явища енергодефіциту;
- 3) застосування комплексів релаксаційних вправ.

**Висновки.** Таким чином, психофізична підготовка позитивно впливає на психофізичний стан студентів-медиків, якість їхнього здоров'я і професійної підготовки. Упровадження психофізичної підготовки в практику фізичного виховання студентів обов'язкове для всіх спеціальностей, адже ця підготовка є одним із засобів формування всебічно розвиненої особистості, оптимізації фізичного і психофізіологічного стану студентів у процесі професійної підготовки.

#### Список використаної літератури

1. Васильєв В.Н. Здоровье и стресс / В.Н. Васильев. – М.: Знание, 1991. – 212 с.
2. Губка П.І. Професійно-прикладна фізична підготовка студентів-медиків на основі оцінки рівня рухової та психофізичної підготовленості / П.І. Губка, О.В. Лупало, С.Г. Копчикова // Світ медицини та біології. - 2012. – №1. – С. 55–58.
3. Губка П.І. Вплив психофізичної підготовки на працездатність і інтелектуальну діяльність студентів / П.І. Губка // Імідж сучасного педагога. – 2011. – №6. – С. 31–34.
4. Дейнека К.В. 10 уроков психофизической тренировки / К.В. Дейнека. - М.: Физкультура и спорт, 1987. – 63 с.

## УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ У ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Гуцаленко О.О.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

*Розглянуто питання вдосконалення організації самостійної роботи студентів у формуванні лікаря-клініциста під час вивчення модулів «Сучасна практика внутрішньої медицини» і «Невідкладні стани в клініці внутрішньої медицини», які є складовою дисципліни «Внутрішня медицина».*

*Ключові слова: самостійна робота, вдосконалення її форм і методів, формування і розвиток самостійного клінічного мислення.*

Важливим завданням вищої медичної освіти є підготовка освічених і висококваліфікованих лікарів, які здатні до самостійної діяльності, мають достатньо глибокий рівень теоретичних знань, професійних практичних умінь і навичок. Цієї мети можна досягти за умови приділення належної уваги самостійній роботі студента (СРС) як важливому фактору навчання і виховання майбутніх лікарів, а також як засобу оволодіння професійною майстерністю [2]. Саме СРС слід розглядати одним із методів навчання, який сприяє вихованню лікаря нового зразка, що володіє лікарським клінічним мисленням. Формування клінічного мислення також сприяє становленню особистості майбутнього лікаря.

Особливого значення самостійна робота набуває у формуванні лікаря-клініциста. СРС належить до активних

методів навчання, бо розкриває індивідуальні здібності, активізує творчу діяльність, формує і розвиває самостійне клінічне мислення. Тож одним зі шляхів підвищення ефективності навчання студентів і закріплення отриманих знань є вдосконалення самостійної підготовки майбутніх спеціалістів [1]. Важливим моментом СРС на клінічних кафедрах є курація хворих і написання історії хвороби, участь студентів у обстеженні хворих, проведенні лікувально-діагностичних заходів.

Під час практичних занять на кафедрі внутрішньої медицини при вивченні модулів «Сучасна практика внутрішньої медицини» і «Невідкладні стани в клініці внутрішньої медицини» СРС приділяється значна увага, адже в умовах зростаючої наукової інформації цей вид діяльності студента набуває пріоритетного значення. Самостійна навчальна діяльність студента охоплює самостійне обстеження хворих, формулювання й обґрунтування клінічного діагнозу, призначення плану обстеження та лікування хворого, розробку профілактичних заходів, створення діагностичних і лікувальних алгоритмів ведення хворих, розв'язання ситуаційних задач (клінічних і тестових завдань за системою «Крок 2» згідно з тематичним планом практичних занять).

Відомо, що основним фігурантом клінічної медицини, як і раніше, залишається лікар із його живим мисленням, знаннями і досвідом, широкими можливостями їх удосконалення й поповнення.

Зазвичай у сучасного терапевтичного хворого наявні поєднана патологія внутрішніх органів або множинність захворювань (поліморбідність). У структурі терапевтичної патології поліморбідні стани посідають чільне місце [3; 4]. Останніми роками поширеність поєднаної соматичної патології в терапевтичній практиці постійно зростає. Нині практично немає хворих з однією хворобою та ще і в її класичному варіанті перебігу. У сучасних умовах лікарю доводиться щодня працювати з пацієнтами з поліорганною патологією. Збільшення кількості таких хворих значною мірою залежить не стільки і не лише від медицини, скільки від соціальних умов життя та ставлення самої людини до власного здоров'я.

Діагностика й аналіз поєднаної патології при поліморбідності вимагають від лікаря глибоких і широких знань симптоматики багатьох хвороб терапевтичного профілю, патології нервової системи, особливостей перебігу хірургічних, гінекологічних, онкологічних захворювань та вікових змін органів і систем тощо.

Відомо, що мета навчання полягає не стільки в безперервному нарощуванні знань, скільки у формуванні здатності самостійно ці знання знаходити, засвоювати, обновляти й ефективно використовувати у своїй професійній діяльності. Досить часто в навчальному процесі переважають «натаскування», «зубрячки», ніж орієнтація на розуміння суті справи, на узагальнення, систематизацію, самостійну аналітичну роботу студента. Отже, ми недостатньо навчаємо майбутнього лікаря клінічному мисленню.

Саме в клініці майбутній лікар має можливість переконатися, що хвороба – це, за визначенням корифея терапії В.Х. Василенка, непряма реакція організму на його ушкодження, а прояви її останнім часом досить часто атипові (напротивагу її класичному варіанту перебігу в минулому). Найкращий підручник, яким би він досконалим і взірцевим не був, не зможе в усій повноті передати й описати особливості клінічного перебігу недуги в різних хворих і широку клінічну палітру індивідуальних проявів захворювання.

У клініці студент безпосередньо спостерігає за хворим, має можливість проводити діагностичну та лікувальну роботу під керівництвом викладача і досвідченіших колег, урахувати багатогранність проявів хвороби і динаміку варіантів її перебігу. Безпосередня робота в клініці, з одного боку, дозволяє розширювати можливості використання новітніх методів діагностики і способів лікування, з іншого, відбувається передача професійної майстерності клінічного мислення лікаря. Клінічне мислення викладача і студента дуже відрізняються, тому, щоб зблизити їх, необхідно затратити більше зусиль як із боку викладача, так і студента.

Викладач має сприяти розвитку в студентів зацікавленості до навчання, активно формувати в них власну систему знань. Студент же мусить навчитися мислити, як лікар, відрізняти очевидне від уявного, ймовірність від реальності, раціональність мислення від упередженості, факти від голосливого твердження, теорію від догми і, насамкінець, щасливий випадок від кризового стану.

Залучення студента до розумової лікарської діяльності дозволить йому навчитися розрізняти постійний симптом від специфічного, вирішальний від провідного (характерного), сумнівний (зумовлений кількома різними хворобами) від супровідного (допоміжного); засвоїти можливість наявності патогномонічного симптому (що впевнено встановлює діагноз захворювання); усвідомити важливість верифікації діагнозу, вміти сформулювати й обґрунтувати правильний клінічний діагноз, викласти загальні принципи диференційованої діагностики, схарактеризувати критерії прийняття або відхилення діагностичної гіпотези (припущення). Установлення діагнозу – це творчий акт клініциста, продукт людського мислення, а мислення і мудрість – талант тільки людини!

Розпізнавання хвороби ґрунтується на «трьох китах»: знання семіології і вміння логічно мислити, клінічному досвіді та здібності інтуїтивно відчувати характер хвороби. Саме тому немає заочної медичної освіти, а навчатися клінічної медицини можна тільки біля ліжка пацієнта. Клінічне лікарське мислення формується в процесі самостійної роботи, в намаганні студента розв'язувати клінічну задачу в реальних умовах сьогодення біля ліжка хворого чи на поліклінічному прийомі, а не в аудиторіях.

Удосконалення мислення на підставі постійного розширення кола різноманітних клінічних ситуацій (з урахуванням тематики практичних занять із різних субдисциплін внутрішньої медицини) буде сприяти розвитку логічного й образного клінічного мислення лікаря, мотивації його до навчання, формуванню і розвитку власної системи знань, розумінню і багатоваріантності їх тлумачення, а також залученню студента до дослідницької і творчої діяльності. Отже, розвиток клінічного мислення в студента-випускника стане важливою прерогативою професійного вдосконалення, мотивації його діяльності до безперервного лікарського пізнання. Тож саме клініка і самостійна клінічна практика студента в ній є школою вищої лікарської майстерності.

З метою підвищення практичної підготовки майбутніх лікарів на кафедрі запроваджено нову форму проведення підсумкового модульного контролю (ПМК). Так, після завершення вивчення дисципліни «Сучасна практика внутрішньої медицини» ПМК нагадує проведення комплексного практично-орієнтованого державного іспиту, який складається з трьох етапів. Перший етап – проведення комп'ютерного контролю шляхом використання контролюючої програми зі 100 тестових завдань із чинних баз ліцензійного тестового іспиту «Крок 2. Загальна лікарська підготовка», який є елементом галузевої компоненти державного стандарту медичної освіти. Другий

етап – складання єдиного комплексного іспиту біля ліжка хворого: оцінка вміння випускника зібрати анамнез, скласти план обстеження, встановити попередній діагноз і правильно його сформулювати згідно із сучасними класифікаціями основних терапевтичних нозологій, провести диференційований діагноз, скласти план обстеження та лікування з випискою рецептів на призначені ліки. Третій етап – перевірка теоретичної підготовки майбутнього лікаря шляхом усного опитування. Проведення такого контролю знань дає змогу оцінити клінічне мислення студента, вміння приймати правильне діагностичне і тактичне рішення та призначати адекватне лікування.

Отже, самостійна робота розвиває в студента клінічне мислення, пізнавальну діяльність, готовність до самоосвіти для оволодіння практичними навичками і професійного вдосконалення, активізує творчу діяльність. Зростає роль особистості викладача вищої школи в організації, методичному забезпеченні та контролі самостійної роботи студента. Крім цього, вона допомагає досягти провідної мети вищої медичної освіти – підготувати висококваліфікованого спеціаліста нового зразка.

**Список використаної літератури**

1. Андрейчин С.М. Самостійна робота студентів як складова частина навчального процесу на кафедрі пропедевтики внутрішніх хвороб / С.М. Андрейчин, Н.А. Хабарова // Медична освіта. – 2003. - № 4. – С. 27-29.
2. Досвід організації самостійної роботи студентів на кафедрі шпитальної терапії / П.П. Кузів, Н.З. Ярема, Л.П. Боднар [та ін.] // Медична освіта. – 2003. - № 4. – С. 30-32.
3. Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваний / А.А. Крылов // Клиническая медицина. – 2000. – № 1. – С. 56-58.
4. Поліморбідність як міждисциплінарна проблема / Гуцаленко О.О., Кострікова Ю.А., Сало Л.М. [та ін.] // Світ медицини та біології. – 2010. – № 3. – С. 10-13.

**УПРОВАДЖЕННЯ НОВІТНІХ ДІАГНОСТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ  
(КОНУСНО-ПРОМЕНЕВОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ) В НАВЧАЛЬНИЙ  
ПРОЦЕС КАФЕДРИ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ З ІМПЛАНТОЛОГІЄЮ**

**Дворник В.М., Єрис Л.Б., Тесленко О.І., Тумакова О.Б.**

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

*Стаття присвячена питанням підготовки кваліфікованих лікарів-стоматологів. На думку авторів, цей процес потребує впровадження в навчальний процес високоточних діагностичних методів, найбільш інформативним та ефективним із яких є конусно-променева комп'ютерна томографія.*

*Ключові слова: підготовка лікарів-стоматологів, конусно-променева комп'ютерна томографія.*

Якість підготовки лікарів – стоматологів залежить від застосування нових методів діагностики в навчальній та лікувальній роботі кафедри.

Сучасному хірургу-стоматологу та ортопеду-стоматологу доступно на високому рівні здійснювати реабілітацію пацієнтів із дефектами зубних рядів або з повною втратою зубів, а також хворих із пухлинами чи травматичними ушкодженнями щелепно-лицевої ділянки. Водночас виникають підвищені вимоги до діагностики при плануванні та проведенні операцій із приводу дентальної імплантації, виготовленні індивідуальних імплантатів, протезів. Ідеальна діагностична модель має відповідати таким вимогам:

- 1) тривимірність;
- 2) адекватність відтворення топографо-анатомічного рельєфу;
- 3) точність вимірювань;
- 4) моделювання оперативного втручання;
- 5) моделювання ортопедичного лікування.

Наявність такої моделі дасть змогу хірургу бути впевненим в успішному результаті реабілітації за рахунок точного відображення операційного поля в усіх вимірах, а також спільно зі стоматологом-ортопедом визначити вид, розмір, кількість і розташування ендосальних імплантатів чи спланувати конструкцію резекційного імплантата. Неабияке значення мають можливість візуальної демонстрації моделі та наочне пояснення етапів лікування пацієнтові, адже розуміння цих аспектів підсилює віру хворого в позитивний результат лікування.

Усім перерахованим вище вимогам повною мірою відповідає метод конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ).

Томографія (з грецької перекладається як «зображення зрізу») - метод отримання пошарового зображення об'єкта без порушення його цілісності, з використанням різних видів випромінювання. Рентгенівська комп'ютерна томографія (РКТ) - це метод дослідження органів людини з використанням рентгенівського випромінювання, який виконується за допомогою комп'ютерних технологій. Він був розроблений у 1972 році британським інженером-електриком G. Hounsfield і американським фізиком А. Cormac, удостоєними за цей винахід у 1979 році Нобелівської премії. Метод заснований на вимірюванні та складній комп'ютерній обробці різниці ослаблення рентгенівського випромінювання різними за щільністю тканинами.

КПКТ - це сучасний рентгенівський метод дослідження, різновид комп'ютерної 3D томографії. КПКТ володіє дуже високою інформативністю і значно розширює діагностичні можливості в таких розділах медицини як стоматологія, оториноларингологія і щелепно-лицьова хірургія. КПКТ виконують на спеціалізованих томографах у положенні стоячи або сидячи. Під час знімка навколо голови пацієнта повільно повертаються рентгенівська трубка і плоский датчик, при цьому виконується до 600 знімків за 20 секунд. Мінімальна товщина зрізу - 0,2 мм. Результати КТ можна спостерігати в режимі реального часу.

Цінність КПКТ полягає у величезному масиві даних, який записується у файли формату DICOM комп'ютерним томографом. Після отримання даних КПКТ лікар хірург-стоматолог повинен їх правильно інтерпретувати, володі-