

Диференціація навчання у вищому навчальному закладі є ефективним засобом забезпечення індивідуального стилю навчання студентів, який передбачає самостійний вибір ними способу засвоєння навчального матеріалу, дає змогу об'єктивно визначити рівень підготовки, а також удосконалити знання. Диференційоване навчання передбачає також диференціювання змісту навчальних матеріалів, які використовуються для контролю з відповідною психологічною установкою і дидактичними акцентами.

Особливості технології диференційованого навчання та системи оцінювання його результатів вимагають розробки методики контролю за навчально-пізнавальною діяльністю студентів і перевірки засвоєних знань, умінь і навичок. Організація диференційованого навчання вимагає ґрунтовної підготовки викладача. Важливо під час заняття поєднувати індивідуальну, групову і фронтальну роботу студентів.

Позитивним у диференційованому навчанні є наявність можливостей ставити перед студентами навчальні завдання, що передбачають пошук. Перевагою диференційованого навчання є опосередковане керівництво викладача навчальним процесом. Основне завдання педагога – допомогти здобувачу освіти стати активним співучасником педагогічного процесу та забезпечити умови для формування його професійної компетентності.

В сучасному освітньому середовищі України професійно-педагогічна діяльність є інтегративною, у якій поєднуються предметна, наукова, психолого-педагогічна, ідеологічна і професійна складові.

**Виженко Є.Є., Курєдова В.Д.**

**Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна**

## **СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ В ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ**

**Актуальність.** Захворювання тканин пародонту є актуальною проблемою сьогодення. Зубощелепні аномалії (ЗЩА) серед багатьох етіологічних факторів та патогенетичних механізмів розвитку пародонтопатій займають важливу роль.

В ортодонтії, окрім фізіологічної та патологічної рухомості, виділяють рухомість зубів, яка виникає під час ортодонтичного лікування. Тому своєчасна функціональна діагностика таких змін є важливою ланкою профілактики захворювань пародонта та контролю ортодонтичних сил.

В ортодонтії періотестометрію використовують для оцінки стану тканин пародонту до початку та на етапах ортодонтичного лікування, для визначення стабільності ортодонтичних мініімплантів та в ретенційному періоді як критерій його результатів.

**Мета дослідження.** Метою дослідження було оцінити зміни в опорних тканинах пародонту в пацієнтів із ЗЩА до початку лікування за даними періотестометрії у віковому інтервалі 15 років.

**Матеріали і методи.** Періотестометрію зубів проводили апаратом Periotest.

Для порівняння всі пацієнти були розподілені на 3 групи. Першу групу склали 56 пацієнтів, всі жіночої статі, середній вік 20 років, які мали ЗЩА за даними періотесту 2008 року.

Другу групу склали 30 пацієнтів віком від 14 до 27 років із патологією І класу за Енглеєм, яким періотестометрію проводили в 2018 році до початку ортодонтичного лікування.

В третій групі періотестометрію проводили 25 пацієнтам, середній вік 14,7 років з патологією І та ІІ класу за Енглеєм до початку ортодонтичного лікування в 2023 році.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою Т-критерія Стьюдента в програмі Microsoft Excel 2010.

**Результати дослідження.** Аналізуючи результати досліджень періотестометрії пацієнтів 2008 та 2023 років встановлена стійка тенденція до збільшення показників рухомості кожного зуба на верхній та нижній щелепах, хоча вона і знаходилась в межах норми. На верхній щелепі для групи різців показники збільшені від 1,6 рази ( $p < 0,05$ ) до 2,4 разів ( $p < 0,001$ ). Для ікол різниця становила до 4 разів ( $p < 0,001$ ), для премолярів до 2,2 рази ( $p < 0,001$ ) та перших молярів у 2,8 рази ( $p < 0,001$ ).

На нижній щелепі для різців показники рухливості збільшені від 1,5 разів ( $p < 0,05$ ) до 1,8 разів ( $p < 0,001$ ), для ікол різниця становила 1,4 рази ( $p < 0,001$ ), для премолярів – в 3,3-7 разів ( $p < 0,01$ ,  $< 0,05$ ) та перших молярів у 4,3 рази ( $p < 0,05$ ).

При порівнянні показників періотесту зубів верхньої щелепи у пацієнтів 2 та 3 груп, показники рухливості зубів пацієнтів 2023 року також збільшені, хоча й в межах статистичної похибки ( $p > 0,05$ ). Найбільше збільшення, до 2 разів, встановлено між показниками центральних різців.

**Висновки.** Таким чином, проаналізувавши динаміку змін, які відбулися в опорних тканинах пародонту на протязі 15 років, можемо встановити чітку тенденцію до збільшення рухливості зубів. Такі дані є важливими для об'єктивної оцінки ступеня втрати кісткової тканини та опорних тканин пародонту і суттєво впливають на особливості підходу до ортодонтичного лікування.