

action of students and teacher, to alive exchange of thoughts between them. Introducing active teaching methods to the educational process increases the level of medical competence, quality of medical education of students and finally will be a guarantee of high quality of

medical services.

Key words: lesson, interactivity, education.

Надійшла 20.02.2012 року.

Чумаченко О.В., Саяпіна Л.М., Чайка О.М., Пермінов О.Б., Стаханська О.О., Зелінський А.Л.
Розвиток клінічного мислення у студентів-стоматологів за допомогою клінічного розбору хворих та ділової гри

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії (зав. каф. - проф. В.О.Маланчук)

Кафедра медичної та біологічної фізики (зав. каф. - проф. О.В.Чалий)

Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

Кафедра хірургічної стоматології (зав. каф. - проф. В.П.Пюрлик) Івано-Франківського національного медичного університету

Кафедра хірургічної стоматології (зав. каф. - проф. Я.П.Нагірний)

Тернопільського державного медичного університету ім.І.Я.Горбачевського

Кафедра хірургічної стоматології (зав. каф. - проф. І.М.Матрос-Таранець)

Донецького національного медичного університету ім.М.Горького

Резюме. Запропоновані нові форми і методи організації навчального процесу студентів-стоматологів, які дозволяють покращити підготовку лікаря хірурга-стоматолога.

Ключові слова: навчальний процес, клінічне мислення, хірургічна стоматологія.

Найважливіше завдання медичної освіти – формування та розвиток у майбутнього лікаря клінічного мислення. Його можна визначити як змістовно специфікований процес діалектичного мислення, що надає цілісність та завершеність медичним знанням. [1] Сучасне лікарське мислення є продуктом багатовікової історії розвитку медичної науки, узагальненням та певним підсумком емпіричного досвіду багатьох поколінь лікарів. Проте ніколи раніше воно не зазнавало такого бурхливого розвитку і не мало таких глибоких протиріч, як сьогодні. Змінюється все: хвороби, хворі, медикаменти, методи дослідження та лікування і, навіть, самі лікарі та умови їх праці. Специфічність клінічного мислення потребує особливих шляхів його формування. Теоретична підготовка сама по собі не може вирішити цього завдання. Клінічному мисленню не можна навчитися з підручників та від керівництв, як би гарно вони не були написані [2]. Для цього необхідна практика під керівництвом досвідченого викладача, який має дати студенту певний запас чітко встановлених теоретичних відомостей, навчити його вмінню застосувати цю інформацію стосовно хворої людини та при цьому завжди розмірковувати, тобто логічно, клінічно та діалектично мислити. На жаль, далеко не завжди вдається приділяти достатньо уваги вихованню клінічного мислення у студентів. І взагалі, відведений для вивчення клінічних дисциплін, майбутньому лікарю досить складно ним оволодіти. Крім того, сучасна підготовка студентів орієнтована, головним чином, на засвоєння об'єму інформації. Все ж було б неправильно протиставляти досвід

та знання, теорію і практику. Проте, «Основа кваліфікованого лікаря - досвід, а не пам'ять до заученого» – казав ще Парацельс [3].

Вирішальним для клінічного мислення є здатність до розумової побудови синтетичної моделі хвороби, переходу від сприйняття зовнішніх проявів захворювання до відтворення його внутрішнього перебігу. Розвиток «розумового бачення» – необхідна властивість мислення лікаря. В цьому і є «раціональне зерно» клінічного мислення. Здатність до розумової побудови картини хвороби може бути розвинута за допомогою низки вправ. Відправними пунктами слугують здатність спостерігати, тренування пам'яті, схильність до порівнянь та аналізу деталей, стійке бажання до самоосвіти (у практичній медицині більш, як ніде, справедливим є постулат, що сутність освіти полягає в самоосвіті).

Найбільш інтенсивно та ефективно мислення людини формується та розвивають в молодому, точніше в юнацькому віці. Люди в цей період життя досить чутливо сприймають високі духовні та громадянські цінності, які визначають тягу молоді до медицини. В зрілому віці, як прийнято вважати, від 21 року і старше, виникає втома від пошуків високих ідеалів, відбувається усвідомлення обмеженості інтересів молоді людини суто професійними та побутовими питаннями, минає юнацький захват і на його зміну приходять прагматизм.

Мета дослідження полягала у вивченні ефективності клінічного розбору з елементами ділової гри у студентів-стоматологів 3 та 5 курсів для розвитку основ клінічного мислення.

Матеріал і методи дослідження

Під час практичного заняття з двома групами студентів 3 курсу (всього 10 студентів) і двома групами 5 курсу (11

студентів) проведено клінічний розбір 11 хворих з однаковими захворюваннями. Вводною інформацією стали нагадані викладачем або кимось із студентів принципові поняття про лікування таких пацієнтів, а студентам було необхідно запропонувати повну схему лікування цього пацієнта з усіма практичними деталями. Після цього у вигляді ділової гри перед студентами ставилася велика кількість завдань для негайного вирішення: від зміни записів в історії хвороби до змін у лікувальному сценарії. При цьому дотримувалася загальна лікувальна доктрина, а моделювалася велика кількість можливих практичних варіантів у потенційних пацієнтів. Наприклад, Хворий К., 34 роки, викладач ВУЗу, звернувся за допомогою з приводу ДЗ: гострий одонтогенний періостит лівої верхньої щелепи з причини 22 зуба (інфільтрат локалізується в присінку). Хворіє 2 дні, самопочуття погане, не їв вже 2 дні, t^0 тіла під час прийому 37,8 гр., АТ – 100/65 мм.рт.ст., боїться стоматологічних маніпуляцій, анамнез (крім гіпотонії) не обтяжений.

Принципи лікування хворих на одонтогенний періостит (вводна інформація):

1. Знаходження та усунення причини періоститу (зуб терапевтично чи ортопедично перспективний або підлягає видаленню);

2. Розтин гнійника і ведення його за законами гнійної хірургії. Якщо інфільтрат в початковій фазі (без гною) – провести заходи для зворотного розвитку процесу (при цьому технічна сторона вимагає доставку та насичення ділянки запалення антибактеріальними, протизапальними фармакологічними чи фізіотерапевтичними засобами, тут же нагадується студентам, що є два шляхи для доставки препаратів до вогнища: локальний та транспоральний).

3. Корекція загального стану хворого з інтоксикацією (дезінтоксикація, відновлення водно-сольового балансу, харчування, імюнокорекція тощо).

4. Юриспруденція – оформлення історії хвороби, рекомендацій, лікарняні листи, рецепти тощо.

Виходячи з цих даних та відповідно до симптомів нашого хворого студенти склали такий лікувальний сценарій:

1. лікування 22 зуба, позаротовий варіант підочноямковий анестезії та субперіостальне введення анестетика біля 22 зуба з боку піднебіння, анестетиком обрано ультракаїн форте в об'ємі 1 карпули;

2. розтин гнійника до відчуття кістки по нижньому полюсу інфільтрату довжиною, більшою за параметри причинного зуба, постановка дренажу з гумової стрічки;

3. додому призначено теплі содові ванночки, аугментин по 625 мг 2 рази на день, з'явиться для огляду наступного дня.

Після проведення лікувальних маніпуляцій (як правило, одним із студентів) не в присутності хворого кожен із студентів мав детально вказати на помилки, допущені при проведенні маніпуляцій своїм колегою, вказати свої варіанти на усунення недоліків.

Після оформлення історії хвороби та отримання згоди пацієнта на проведення запропонованого лікування всі назначені маніпуляції були успішно виконані.

Під час проведення ділової гри викладачем були поставлені наступні запитання:

1. Які ключові слова в історії хвороби відповідають складовим діагнозу?

2. Які треба провести зміни в описі історії хвороби, щоб з нього було ясно, що причинний зуб підлягав тільки видаленню?

3. Чи доцільно проводити завершене терапевтичне лікування 22 у хворого і хірургічні маніпуляції за один візит до лікаря, чи повинна бути якась етапність?

4. Чи являється аугментин остеотропним антибіотиком і як це визначити? Чим продиктована саме така доза антибіотику?

5. Якщо в умові завдання змінити «Хворий К., 34 роки» на «Жінка 23 років з тримісячним терміном вагітності», як зміниться лікування ?

6. При яких умовах для першого та другого умовного хворого потрібно було проводити премедикацію і якими фармакологічними засобами?

7. Чи має хворий право на лікарняний лист і на який термін?

8. Як змінити умови задачі, щоб хворий був направлений в стаціонар?

9. Кожний з членів академічної групи мав запропонувати свої медичні препарати для лікування хворого.

Загалом ставилося біля 20–25 питань та завдань, які торкалися змін в історії хвороби, знань анатомії, основ хірургії, фармакології, організації охорони здоров'я тощо. Зазвичай на такий варіант аналізу та ділової гри витрачалося від 10 до 20 хвилин. На наступному занятті задавалися лише питання з минулого лікування, на які викладач не отримав правильної відповіді. Такий матеріал доопрацьовувався студентами самостійно.

Результати дослідження та їх обговорення

Слід зазначити, що не було жодного випадку небажання взяти участь в такому розборі з елементами ділової гри. Особливо студентам подобається акцентування на практичних дрібницях в обговоренні та проведенні маніпуляцій при лікуванні найбільш «популярних» поліклінічних захворювань.

Половина з них зізналися, що їм стало соромно підходити до пацієнта, не підготувавши лікувальний сценарій. Почала зникати тенденція робити хворому абищо заради навичок.

Абсолютна більшість лікарів-інтернів пам'ятають таку форму клінічного розбору з елементами ділової гри і намагаються розвивати такий підхід у своїй практичній діяльності і надалі.

Висновок

Для розвитку основ клінічного мислення у студентів-стоматологів ефективно проводити клінічні розбори пацієнтів з елементами ділової гри. Така форма навчання одразу дозволяє викладачеві з'ясувати не тільки теоретично-інформативний потенціал кожного зі студентів, але й спонукає їх готуватися до прийому кожного хворого.

Література

1. Рузин Г.П. Опыт преподавания хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. // Харьков.-Торнадо.-2003.-С.4-9.

2. Тетенов Ф.Ф., Бодрова Т.Н., Калинина О.В. Формирование и развитие клинического мышления – важнейшая задача медицинского образования // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 4 – С. 63-65

3. Вульф Х.Р. История развития клинического мышления // Международный журнал медицинской практики. 2005. № 1. С.12 – 20.

Chumachenko O.V., Sajapina L.M., Chaika O.M., Perminov O.B., Stakchanska O.O., Zelinskii A.L.

Development of Clinical Thinking in Students of Stomatology with the Help of Clinical Analysis of Patients and Case Game

Summary. Offered new forms and methods of organization of educational process of students-stomatologies, that allow to improve preparation of doctor of surgeon-stomatology.

Key words: educational process, clinical thinking, surgical stomatology.

Надійшла 19.03.2012 року.