

The background of the cover is dark with abstract, light-colored streaks and waves. Faint, large letters spelling 'УКРАЇНСЬКИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ АЛЬМАНАХ' are visible in the upper left background.

УКРАЇНСЬКИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ АЛЬМАНАХ

м. Полтава

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

УКРАЇНСЬКИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ АЛЬМАНАХ

науково-практичний рецензований журнал

Засновник:

Вищий державний навчальний
заклад України
«Українська медична
стоматологічна академія»

Журнал зареєстровано:

З жовтня 2000 року,
свідоцтво: серія КВ, № 4591
Державним комітетом інформаційної
політики, телебачення
та радіомовлення України

Передплатний індекс 06358

Мова видання:

українська, російська, англійська

Адреса редакції:

36002, м. Полтава - 2,
вул. Навроцького, 7
тел. (532) 53-25-21
e-mail: usalmanah@mail.ru

Над номером працювали:

Відповідальний за випуск -
Дворник В.М.

Художній і технічний
редактор – **Моргун В.М.**

Комп'ютерна верстка та дизайн -
Пащенко Л.В.

Переклад англійською мовою –
Знаменська І. В.

Рекомендовано до друку Вченою
Радою Вищого державного
навчального закладу України
«Українська медична стоматологічна
академія» та редакційною колегією
журналу, протокол № 7
від 19.02.2014 р.

Свідоцтво державного комітету
телебачення і радіомовлення України
Серія ДК № 1691 від 17.02.2004 р.
Редакційно-видавничий відділ ВДНЗУ
«УМСА», вул. Шевченка, 23,
м. Полтава, 36011

Підписано до друку 20.02.2014 р.
Формат 60х84/8.

Папір офсетний. Друк плоский.
Ум друж. арк. 14,5+0,5 обкл.
Тираж 100 прим.
Замовлення № 75.

№ 1, 2014 р.

Виходить 1 раз за 2 місяці (шість номерів за рік)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Головний редактор	– В.М. Ждан
Заст. головного редактора	– В.М. Дворник
Голова редакційної ради	– К.М. Косенко
Літературний редактор	– Т.О. Лещенко
Науковий редактор	– І.П. Кайдашев
Відповідальний секретар	– М.В. Хребор

ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ КОЛЕГІЇ:

В.М. Бобирьов, В.І. Біда, А.П. Гасюк,
Г.А. Лобань В.Ф. Макєєв, Т.О. Петрушанко,
Л.М. Тарасенко, Силенко Ю.І., П.С. Фліс, Л.О. Хоменко

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Д.С. Аветіков (Полтава), А.В. Борисенко (Київ),
В.І. Гризодуб (Харків), Л.Ф. Каськова (Полтава),
Є.В. Ковальов (Полтава), Д.М. Король (Полтава),
В.М. Мудра (Луганськ), М.Я. Нідзельський (Полтава),
А.К. Ніколішин (Полтава), О.В. Рибалов (Полтава),
М.М. Рожко (Івано-Франківськ), Г.П. Рузін (Харків),
А.В. Самойленко (Дніпропетровськ), Т.П. Скрипнікова
(Полтава), П.І. Ткаченко (Полтава), О.О. Удод (Донецьк)

Журнал включений до Переліку наукових видань
(№ 1251 від 01.07.2010), в яких можуть публікуватися основні
результати дисертаційних робіт.

Відповідальність за достовірність наведених у наукових публікаціях
фактів, цитат, стоматологічних та інших даних несуть автори

Шановні читачі, колеги, друзі!

"Український стоматологічний альманах" - це науково-практичний журнал, призначений для науковців, які займаються розробкою теоретичних та практичних проблем стоматології; практичних лікарів-стоматологів; студентів стоматологічних факультетів; зубних техніків.

Розділи журналу:

1. Експериментально-теоретичний.
2. Терапевтична стоматологія.
3. Хірургічна стоматологія.
4. Ортопедична стоматологія.
5. Ортодонтія.
6. Стоматологія дитячого віку.
7. Імплантологія.
8. Епідеміологія, організація стомат. служби.
9. Практичному лікарю.
10. Короткі повідомлення.
11. Зуботехнічне виробництво.
12. Питання методології медичної освіти та науки.
13. Огляди.
14. Рецензії та дискусії.
15. Нові матеріали, технології.
16. Студентські наукові роботи.
17. Авторські свідоцтва, патенти.
18. Автореферати захищених дисертацій.
19. Ювілеї.
20. Некрологи.
21. З'їзди, конференції, конкурси.

Провідна мета журналу - висвітлення сучасних досягнень української стоматології. Ми запросили до співробітництва вчених, спеціалістів-стоматологів із усіх регіонів України. Надалі сподіваємося на професійне спілкування з фахівцями із країн СНД.

Запрошуємо всіх, хто має цікаві думки, нові ідеї, оригінальні статті до професійного спілкування. Чекаємо на Ваші статті, інформацію, пропозиції, поради тощо.

Редколегія журналу

Редакція журналу «Український стоматологічний альманах» повідомляє, що з 1 січня 2013 року змінені банківські реквізити для перерахування коштів за журнал «Український стоматологічний альманах».

Просимо надалі перераховувати кошти за підписку на журнал на такі банківські реквізити:

Одержувач: Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»
р/р 31252273210032
Код ЄДРПОУ 02010824
Банк ГУДКСУ у Полтавській області
МФО 831019

СТОМАТОЛОГІЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ

<i>Е.В. Безвушко, Т.Ю. Лисак</i> ІМУННИЙ СТАТУС ПОРОЖНИНИ РОТА В ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЯХ ІЗ РІЗНИМИ РІВНЯМИ ЗАБРУДНЕННЯ	61
<i>О. П. Галкина</i> ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПРЕБЫВАЮЩИХ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ	65
<i>Р.М. Назарук</i> ВИВЧЕННЯ ВМІСТУ МІКРО- І МАКРОЕЛЕМЕНТІВ У ВЗІРЦЯХ ВОЛОССЯ ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У РІЗНИХ РЕГІОНАХ ПРИКАРПАТТЯ	68

ІМПЛАНТОЛОГІЯ

<i>П. В. Куц, В. П. Неспрядько, В. М. Дворник*</i> ТРИВИМІРНЕ КОМП'ЮТЕРНЕ МОДЕЛЮВАННЯ В ПЛАНУВАННІ ІМПЛАНТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЧАСТКОВОЮ АДЕНТІЄЮ	71
<i>А.А. Гударьян, С.В. Ширинкин</i> КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОБРАТИМОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПЕРИИМПЛАНТАЦИОННОЙ ОБЛАСТИ	76

ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЕВІ

<i>М.В. Сторожева</i> ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОТЯГОЩЕННЫМ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ	83
--	----

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

<i>В.Д. Ахмеров, О.П. Буханченко</i> ДО ДІАГНОСТИКИ РАДИКУЛЯРНИХ КІСТ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, ЩО НАГНОЇЛИСЯ	86
---	----

ПИТАННЯ МЕТОДОЛОГІЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА НАУКИ

<i>Т.М. Волосовець, О.М. Дорошенко, М.О. Павленко</i> ОСОБЛИВОСТІ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ У МАГІСТРАТУРІ	88
<i>И.В. Горб-Гаврильченко, Т.Н. Стрельченя</i> РОЛЬ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	93
<i>Т.П. Кривенький</i> МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ДО ЛЕКЦІЇ	96
<i>Т.О. Леценко, Т.В. Шарбенко, О.С. Павленкова</i> УНОРМОВАНІСТЬ ТЕРМІНІВ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ	100
<i>Л.П.Рекова</i> ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРАКТИВНОГО МЕТОДА «МОЗГОВОЙ ШТУРМ» В ПРЕПОДАВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ	108
<i>А. В. Самойленко, О. О. Фастовець, І. А. Романюта</i> МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛЕКЦІЙ У КОНТЕКСТІ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ НА СТОМАТОЛОГІЧНИХ КАФЕДРАХ	113

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

УДК 616.314+616.8

Л.П.Рекова

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРАКТИВНОГО МЕТОДА «МОЗГОВОЙ ШТУРМ» В ПРЕПОДАВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Харьковский национальный медицинский университет

Украинские реалии высшего медицинского образования, следуя общемировым тенденциям, требуют наряду с традиционной системой подготовки студентов отдавать предпочтения инновационным технологиям в педагогическом процессе на клинических кафедрах [3,4,6].

Интерактивная модель обучения предполагает применение совокупности интерактивных технологий, имеющих общие принципы интеракции: многосторонняя коммуникация; взаимодействие и взаимообучение студентов; кооперированная учебная деятельность с соответствующими изменениями в роли и функциях как студентов, так и преподавателя. Так называемый «мозговой шторм» относится к фронтальным технологиям интерактивного обучения [2,5].

Метод мозгового шторма появился в США в конце 30-х годов, а окончательно оформился и стал известен широкому кругу специалистов с выходом в 1953 г. книги А. Осборна "Управляемое воображение", в которой были раскрыты принципы и процедуры творческого мышления. Метод, предложенный А. Осборном, получил название "brain-storming" ("мозговой шторм") [1].

Структурно метод представляет собой двух-этапную процедуру решения задачи. Широко известность приобрела более короткая последовательность действий, составляющая суть метода мозгового шторма. Метод включает в себя два основных этапа:

- этап выдвижения (генерации) идей;
- этап анализа выдвинутых идей.

Работа в рамках этих этапов должна выполняться при соблюдении ряда основных правил. На этапе генерации их три:

1. Запрет критики;
2. Запрет обоснований выдвигаемых идей;
3. Поощрение всех выдвигаемых идей, включая нереальные и фантастические.

На этапе анализа основное правило - выявление рациональной основы в каждой анализируемой идее.

Важным является формирование развернутого определения мозгового шторма. Наиболее точным можно считать следующий вариант определения: метод группового выдвижения альтернативных направлений решения задачи с отнесенной систематической оценкой и развитием скрытых в них возможностей.

В данном определении выделены наиболее

важные моменты мозгового шторма, определяющие его сущность, особенности. Во-первых, это групповой процесс выдвижения идей. Во-вторых, указание на альтернативный характер выдвигаемых идей. В-третьих, очень важно понимать, что выдвигаемые идеи не являются полными решениями проблемы. Это идеи общего порядка, позволяющие увидеть, сформулировать направление решения проблемы. В-четвертых, отнесенный характер оценки, критики, разбора идей. В-пятых, систематичность этой оценки, необходимость оценки всех идей, а не деление идей на хорошие и плохие. В-шестых, необходимость выявления скрытых возможностей, т. е. необходимость выполнения ряда операций творческого характера при обработке, анализе идеи [7].

Существенным является положение о том, что мозговой шторм, а тем более этап генерации идей является не методом решения проблем, а методом поиска альтернативных направлений решения проблемы. Подобный поиск проводится на начальном этапе решения, в момент, когда нет данных о возможных путях и средствах решения, т. е. в условиях нулевой или заведомо недостаточной информации.

Студенты стоматологического факультета начинают изучать хирургическую стоматологию с III курса. К этому времени они уже знают основные теоретические фундаментальные науки и готовы к осмысленному восприятию конкретных клинических понятий и действий. Студенты IV, особенно V курса, уже имеют свой собственный, пусть небогатый, клинический опыт, поэтому охотно идут на обсуждение клинических ситуаций. В связи с этим считаем вполне допустимым адаптирование метода «мозговой шторм» к практическим занятиям по хирургической стоматологии на III, IV и V курсах.

Например, «мозговой шторм» при изучении острых гнойных процессов мягких тканей околочелюстных областей дает широкие возможности для проверки и углубления знаний студентов III курса по топографической анатомии, патологической анатомии и патофизиологии. Также студенты с помощью преподавателя во время генерации идей и их обсуждения, начиная с анализа жалоб, анамнеза, данных обследования, приходят к установлению диагноза и выбору хирургического доступа и техники операции. Таким образом, выстраивается логическая цепочка предыдущих

действий для обоснования лечения, и студенты убеждаются в важности и необходимости тех знаний, которые в определенной степени были для них отвлеченными.

Программа по челюстно-лицевой травматологии на IV и V курсах предусматривает изучение тактики лечения повреждений мирного времени, огнестрельных ранений, организации оказания помощи в экстремальных ситуациях: катастрофы, стихийные бедствия, при которых часто повреждается нижняя челюсть. Диагностика переломов нижней челюсти не вызывает особых затруднений. Сложнее диагностировать переломы верхней челюсти, которые часто сочетаются с закрытой черепно-мозговой травмой различных степеней тяжести. Характер этих повреждений может быть разным: сотрясение, ушиб мозга, перелом основания черепа, внутримозговая гематома и другие сочетания черепной и челюстно-лицевой травм. При разборе этой темы с использованием «мозгового штурма» студенты смогут понять важность тщательного сбора анамнеза, всестороннего обследования больного с обязательным привлечением к осмотру нейрохирурга. Особенно это важно в случаях выявления у больного ретроградной амнезии, потери сознания в момент травмы и наличия алкогольного опьянения, когда недообследование или недооценка симптомов могут привести к трагическим последствиям. К тому же, повреждения костей лица иногда сочетаются с повреждениями других областей тела (шеи, верхних конечностей и т. п.). И тогда, учитывая преобладающее по тяжести основное повреждение, нужно определить последовательность этапов и объем оказания специализированной помощи хирургом-стоматологом совместно с нейрохирургом и другими специалистами (по показаниям). Эти вопросы можно также эффективно обработать по методике «мозговой штурм».

Вопросы онкостоматологии, изучаемые студентами IV и V курсов, охватывают большую область различных патологических процессов, начиная от простых по диагностике радикулярных, фолликулярных кист и заканчивая тяжелыми, труднодиагностируемыми злокачественными опухолями тканей лица. Наиболее распространенными неопластическими процессами на лице являются рак нижней губы, языка, слизистой оболочки щек, злокачественные опухоли околоушной железы, рак верхней челюсти. Разбирая эти нозологические формы со студентами, преподаватель должен, на наш взгляд, фиксировать их внимание на самых характерных симптомах и жалобах - прежде всего на практическое отсутствие последних, особенно при клинических проявлениях процесса. При разборе этого материала можно также использовать «мозговой штурм» для обсуждения таких важных вопросов как объем операции, врачебная тактика при нестандартном клиническом течении, возможности реализации реконструктивных методов во время оперативного вмешательства [8,9].

Целью проведения «мозгового штурма» является получение от группы в короткое время большого количества вариантов по заданной теме. «Мозговой штурм» может продемонстрировать, что знают студенты; в ходе него могут быть предложены идеи, способные решить проблему, создана структура обмена взглядами на общий опыт и высказаны пожелания студентов. Главная цель и смысл - приучить студента к необходимости тщательного обследования любого пациента по принципу: смотреть — видеть — думать — решать, осознанно выбирать тактику лечения, и если клиническая картина заболевания не укладывается в его объем знаний по диагностике «знакомых заболеваний» — направить на консультацию или пригласить более опытного специалиста. И как результат — качественная подготовка специалистов, их тренировка и развитие клинического мышления, профессиональных умений и навыков.

Количество участников: от 6 до 12 студентов. Оптимально — 7 человек.

Время проведения: как правило, продолжительность проведения «мозгового штурма» колеблется в пределах 40-60 минут. Это наиболее эффективный промежуток времени.

Задание: чрезвычайно важно, чтобы преподаватель/ведущий объяснил группе порядок ее действий в самом начале «мозговой атаки».

Например, **на практическом занятии III курса для группы студентов** дается тема «Околочелюстные флегмоны, классификация, патогенез, топографическая анатомия клетчаточных пространств, клинические проявления, дифференциальная диагностика, лечение»; **на практическом занятии IV курса для группы студентов** дается тема: «Неогнестрельные переломы костей носа, верхней челюсти, скуловой кости и дуги. Классификация, клиника, диагностика, оказание первой помощи и лечение пострадавших»; **на практическом занятии V курса для группы студентов** дается тема: «Злокачественные новообразования органов полости рта. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение» [8].

Во время «мозгового штурма» преподаватель демонстрирует тематический видеоматериал.

В течение нескольких минут студенты говорят на предложенную тему, и всё, что приходит в голову, записывается на доске мелом или на перекидном блокноте фломастером. Записывается всё, каким бы неконкретным, глупым или спорным оно не было. Пока все только высказываются и обсуждения еще нет, так как цель состоит в получении большого количества разнообразных предложений. За первыми предложениями следуют другие идеи, так как воображение работает беспрепятственно. В это время не действуют запреты и не даются никакие оценки; у участников есть возможность позже разоблачить предложения, высказать несогласие и обсудить все предложенные идеи. Если активность слабая, то преподаватель-ведущий может предложить

записать некоторые свои идеи, но перед этим он должен выдержать паузу.

Все идеи записывают словами, которыми пользуется предлагающий их; не допускается давать негативную оценку любой идее ни преподавателю, ни любым членам группы; группа работает не на качество, а на количество; чем длиннее список, тем лучше; принимаются крайние идеи; после того, как все предложения собраны, студенты должны высказать свои замечания или свое несогласие с предложенными комментариями или обсудить прочие предложения; полезно при просмотре и оценке списка расположить предложения в определенном порядке, например, сгруппировав похожие идеи.

Также важно не давать группе нарушать порядок и тем самым отвлекаться от задачи; даже группа, привыкшая участвовать в «мозговом штурме», склонна перейти к обсуждению предложений до того, как будут собраны все идеи или мысли. Желательно выделить одного человека для записи поступающих предложений, что поможет преподавателю управлять процессом и собрать предложения группы. Это позволит преподавателю /ведущему не отвлекаться, поддерживать визуальный контакт с группой и не снижать темпов мыслительного процесса группы [7].

Образец описания клинического случая по предложенной для обсуждения теме на практическом занятии III курса: «Околонижнечелюстные флегмоны, классификация, патогенез, топографическая анатомия клетчаточных пространств, клинические проявления, дифференциальная диагностика, лечение».

Больной М., 49 лет, жалуется на прогрессирующее затрудненное открывание рта, болезненное глотание слева, резкое ухудшение общего состояния, повышение температуры до 39,3°C. Возникновению такого состояния предшествовали острые боли в разрушенном 38 на протяжении 5 дней. Объективно: конфигурация лица не нарушена, поднижнечелюстные лимфоузлы слева при пальпации увеличены, болезненные, подвижные. Пальпация под левым углом нижней челюсти и левой позадищелюстной области вызывает резкую боль. Открывание рта и боковые движения влево значительно ограничены. Наблюдаются гиперемия и инфильтрация левой крылощелюстной складки. Каков наиболее вероятный диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести больному? Какое лечение показано больному?

Примеры вопросов для генерализации идей:

- 1) Чем объясняется выраженная контрактура жевательных мышц?
- 2) Чем обусловлена значительная интоксикация при неяркой клинической картине воспаления?
- 3) Каким образом гной проник в исследуемую область?
- 4) Чем может грозить промедление с хирургическим вмешательством?

№ 1 2014 р.

5) Как наиболее быстро и эффективно добиться регресса воспалительно-инфильтративных или гнойно-некротических проявлений этого заболевания?

6) Как лечить пациента при невозможности назначения этиотропной терапии?

7) Как можно согласовать рекомендации нормативов (протоколов лечения) с назначением креативных способов лечения?

8) Как сократить продолжительность лечения данного больного?

9) Как можно обеспечить дополнительную оксигенацию тканей пораженной области?

10) Какие смежные специалисты могут существенно повлиять на повышение эффективности лечения в данном случае?

Образец описания клинического случая по предложенной для обсуждения теме на практическом занятии IV курса: «Неогнестрельные переломы костей носа, верхней челюсти, скуловой кости и дуги. Классификация, клиника, диагностика, оказание первой помощи и лечение пострадавших».

Больной Д., 31 год, жалуется на боль и припухлость в участке правой скуловой кости и в подглазничной области, ощущение парестезии в участке правой половины верхней губы и правого крыла носа, кровотечение из правого носового хода. Вчера был избит неизвестными. Объективно: конфигурация лица нарушена за счет умеренного отека тканей в правой подглазничной и скуловой областях. Кожа здесь синюшного цвета. Чувствуется боль при пальпации этих областей, пальпаторно определяется "ступенька" по правому нижнеорбитальному краю. Из правой половины носа - незначительные сукровичные выделения. Рот открывается на 2,5 см. В полости рта по переходной складке на уровне 16,15,14,13 зубов - гиперемия и отек слизистой оболочки.

Примеры вопросов для генерации идей:

1) Каков наиболее вероятный диагноз?

2) Что способствует нагноению костной раны при данном переломе?

3) На какие самые ранние признаки должен обратить внимание врач, чтобы не пропустить начало развития столбнячной инфекции у пострадавшего?

4) Какой вид обезболивания будет более рациональным в данном случае?

5) Выберите наилучший метод лечебного закрепления костных отломков у этого больного.

6) Какие инструменты целесообразно применить для лечения данного больного?

Образец описания клинического случая по предложенной для обсуждения теме на практическом занятии V курса: «Злокачественные новообразования органов полости рта. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение».

Больной К., 57 лет, обратился с жалобами на неприятные ощущения во время еды в правой половине языка, которые появились 2-3 месяца

назад. На внешнем осмотре: конфигурация лица не нарушена, пальпируется единичный слегка болезненный, подвижный поднижнечелюстной лимфоузел справа размером 0,8×0,8 см. На объективном осмотре на боковой поверхности языка справа определяется язва размером 1,5×1,0 см с неровными, отёчными, мягкими краями; дно выполнено грануляциями красного цвета, которые покрыты жёлтым налётом; основание язвы мягкое, болезненное при пальпации. Движение языка в полном объёме. Коронковая часть 47 разрушена кариозным процессом на 1/3, имеет острые края.

Примеры вопросов для генерации идей:

- 1) Какой предварительный диагноз?
- 2) Какие дополнительные исследования необходимо назначить данному пациенту?
- 3) Как бы выглядела язва при злокачественной опухоли?
- 4) Какие бы клинические изменения заставили вас заподозрить злокачественную опухоль?
- 5) Чем пальпаторно отличался бы метастаз в лимфоузлы в подчелюстной области от определяемого вами сейчас увеличенного лимфоузла?
- 6) Какая лечебная тактика при данной клинической ситуации наиболее эффективна?

Критерии оценивания работы

Общая оценка работы группы

- Нормой считается генерация группой до сотни идей за два академических часа.
- Соблюдены правила работы, принципы и методика проведения «мозгового штурма», достаточная активность всех членов группы.
- Решена предложенная задача, названы все известные пути её решения и предложены оригинальные нестереотипные методы решения по данному клиническому случаю.

Индивидуальная оценка работы студентов

- Соблюдение правил работы, принципов и методики проведения «мозгового штурма».
- Достаточная активность в генерации идей и их экспертизе.
- Знание известных путей решения заданной клинической ситуации, предложение оригинальных нестереотипных методов решения (или идей, которые стали основой к разработке таких путей и методов).
- Способности к интеграции (междисциплинарной интеграции) полученных знаний.

«Плюсы» и «минусы» «мозгового штурма»

Недостатки: возможность доминирования одного или двух лидеров; «зацикливание» на однотипной идее; отсутствие гарантий получения сильных идей; ограничение времени для проведения; отсутствие критериев, дающих основное направление продуцирования идей; решение относительно простых задач.

Преимущества: все имеют равные возможности предложения идей; возможность наглядного отображения проблемы, поскольку постоянно фиксируются все предложенные идеи; создание эффекта «цепной реакции»; создаётся познавательный интерес; метод предлагает соревнова-

тельную атмосферу, стимулирует владение достаточным уровнем знаний, что стимулирует познание и творчество для улучшения качества обучения.

Основные выводы о педагогической эффективности интерактивного метода «мозговой штурм». Этот метод достигает целей медицинского образования, т.к. студентам интересно учиться, участвуя в активных занятиях, у них развиваются клиническое мышление, аналитические способности, формируется ораторское мастерство и совершенствуется профессиональная речь, студенты становятся увереннее и активнее. Конечно, не во всех группах возможно использование нетрадиционных методик обучения, так как они рассчитаны на достаточную базовую компетентность студента и хорошую успеваемость. Тем не менее, надо стремиться внедрять активные формы обучения и среди «слабых» групп, активизируя в них потенциал к саморазвитию и самосовершенствованию, продвижению в учебе. Возможно, что не всё сразу и качественно получится, не всегда будет достигнута цель и полностью раскрыта тема, однако студенты почувствуют необходимость совершенствования, у них появится интерес к учебе. Всё это чрезвычайно важно при изучении студентами такой достаточно сложной клинической дисциплины как хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия.

Литература

1. Osborn A. F. Applied imagination: Principles and procedures of creative problem solving. - 3 rd. ed. / A. F. Osborn. - New York: Charles Scribner's Sons, 1963. - 417 p.
2. Педагогика и психология высшей школы; под ред. М.В. Буланова-Топоркова: учебн. пособ. - Ростов на Дону: Феникс, 2002. - 544 с.
3. Панфилова А.П. Игровое моделирование в деятельности педагога. - 3-е изд. / А.П. Панфилова. - М.: Изд. Центр «Академия», 2008. - 368 с.
4. Анисимов В.В. Общие основы педагогики / В.В.Анисимов, О.Г. Грохольская, Н.Д. Никандров. - М.: Просвещение, 2006. - 574 с.
5. Пугачев В.П. Тесты, деловые игры, тренинги в управлении персоналом: учебн. для студ. вузов / В.П. Пугачев. - М.: Аспект Пресс, 2001. - 285 с.
6. Наказ МОЗ України №522/51 від 12.09.2008 року «Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти України».
7. Сафонова Е.И. Рекомендации по использованию инновационных образовательных технологий в учебном процессе: учебн. пособ. / Е.И. Сафонова. - М.: РГГУ, 2011. - 71 с.
8. Рузин Г.П. Основы технологии операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Г.П. Рузин, М.П. Бурых. - Харьков: ООО «Знание», 2000. - 292 с.
9. Рузин Г.П. Опыт преподавания хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (пособие для молодых преподавателей) / Г.П. Рузин. - Харьков: Торнадо, 2003. - 85 с.

Стаття надійшла
9.12.2013 р.

Резюме

Статья посвящена актуальности применения в педагогическом процессе на клинических кафедрах высших медицинских учебных заведений интерактивных технологий на основе принципов интеракции, адаптирование метода «мозговой штурм» к практическим занятиям по хирургической стоматологии на III, IV и V курсах.

Ключевые слова: интерактивные технологии преподавания, метод «мозговой штурм», практические занятия по хирургической стоматологии.

Резюме

Стаття присвячена актуальності застосування в педагогічному процесі на клінічних кафедрах вищих медичних навчальних закладів інтерактивних технологій на основі принципів інтеракції, адаптування методу «мозковий штурм» до практичних занять із хірургічної стоматології на III, IV і V курсах.

Ключові слова: інтерактивні технології викладання, метод «мозковий штурм», практичні заняття з хірургічної стоматології.

Summary

The article is devoted the usage of interactive technologies in the pedagogical process at the clinical chairs of higher medical institutions. These technologies are based on the principles of interaction; the method of "brainstorming" is adapted to practical training in oral surgery for students of the IIIth, IVth and Vth years of study.

Key words: interactive technology, the method of "brainstorming", practical training in oral surgery.