

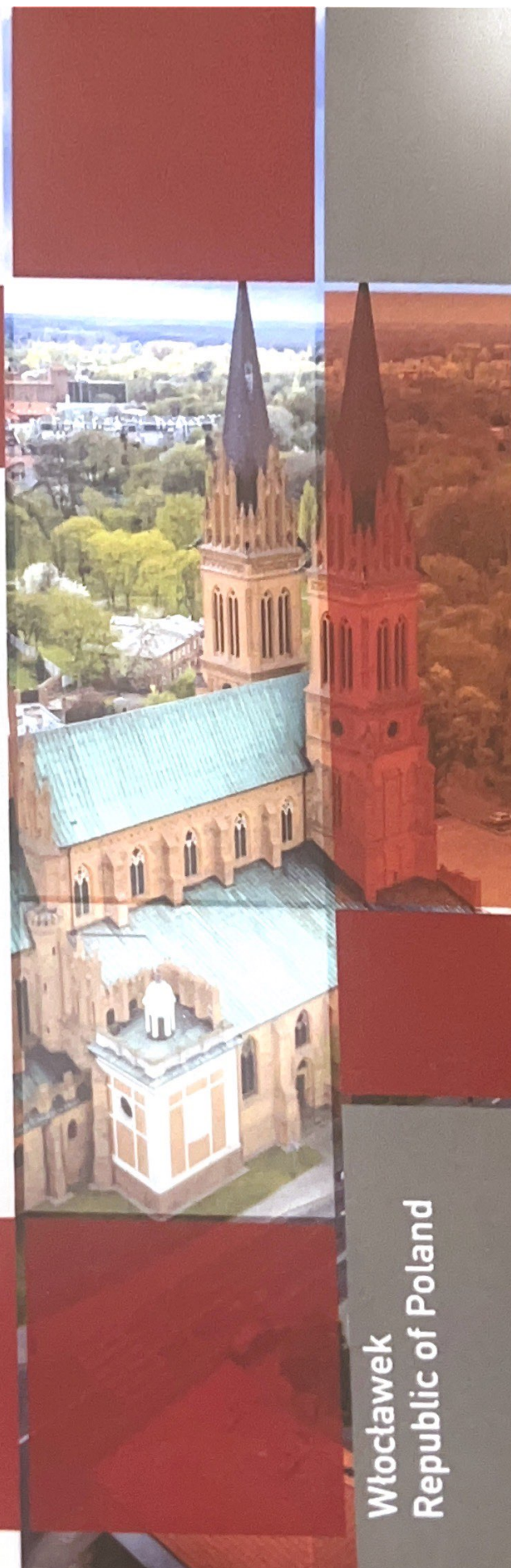


Cuiavian  
University  
in Włocławek

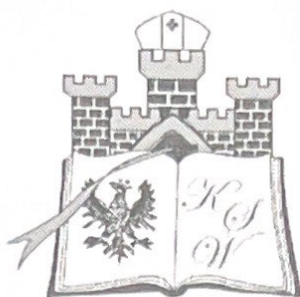
Scientific and pedagogic  
internship

**INNOVATIVE METHODS  
FOR THE ORGANIZATION  
OF EDUCATIONAL PROCESS  
FOR MEDICAL STUDENTS  
IN UKRAINE AND  
EU COUNTRIES**

**AUGUST 3 – SEPTEMBER 11, 2020**



**Włocławek  
Republic of Poland**



**Cuiavian University in Wloclawek**

Scientific and pedagogic internship

**INNOVATIVE METHODS FOR THE  
ORGANIZATION OF EDUCATIONAL  
PROCESS FOR MEDICAL STUDENTS  
IN UKRAINE AND EU COUNTRIES**

August 3 – September 11, 2020

**Wloclawek,  
Republic of Poland  
2020**



Scientific and pedagogic internship «Innovative methods for the organization of educational process for medical students in Ukraine and EU countries»: Internship proceedings, August 3 – September 11, 2020, Wloclawek : Izdevnieciba "Baltija Publishing", 2020. 136 pages.

Each author is responsible for content and formation of his/her materials.

The reference is mandatory in case of republishing or citation.

ISBN 978-9934-588-69-3

© Cuiavian University in Wloclawek, 2020

Wloclawek, Republic of Poland

August 3 – September 11, 2020

## CONTENTS

Принципи доказової медицини та їх упровадження в навчальний процес при вивченні основ внутрішньої медицини Антонів А. А. ....	6
Формування комунікативних навичок лікаря – важлива складова сучасної системи вищої медичної освіти Белов О. О. ....	10
Особливості надбання студентами навичок оцінки психічного статусу в умовах дистанційного навчання Бойко Д. І. ....	15
Значення виробничої практики в освоєнні загальних та фахових компетентностей студентами вищої медичної школи Вакуленко Л. І. ....	18
Особливості навчання іноземних студентів у вищих медичних навчальних закладах України Верголяс М. Р. ....	21
Академічний ступінь магістра – особливості освітнього процесу для здобувачів медичної освіти Гбур З. В. ....	24
Особливості методики лікування перикорониту і ретромолярного оститу у контексті підготовки майбутніх стоматологів Гелей В. М. ....	29
The role of modern interactive teaching methods at the postgraduate stage of study in medical higher education institutions Horbatiuk I. B., Horbatiuk I. B. ....	34
«Standardized patients» simulation as method for teaching clinical disciplines Grytsenko Ie. M. ....	37
Освітній потенціал андрагогічного підходу в підготовці здобувачів вищої медичної освіти (на прикладі фармацевтичного факультету Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця) Двірна Т. С., Мінарченко В. М. ....	40
Імплементація інформаційних технологій в процес навчання на кафедрах хірургічного профілю Драбовський В. С. ....	44

Щоб виконати цілі освіти в нових інформаційних умовах діяльності, забезпечити саморозвиток, високий соціальний статус, компетентність майбутніх фахівців, необхідно привести у відповідність систему навчання в вузах вимогам інформаційного суспільства, сформувати його інноваційну освітню середу.

Якість надання медичної допомоги населенню в основному залежить від кваліфікації лікаря. Тільки постійний, безперервний професійний розвиток лікаря створює основу для високої ефективності його повсякденної діяльності. Світовий досвід свідчить про те, що післядипломна медична освіта повинна бути безперервною і заснованою на принципах доказової медицини. При цьому важливо зберегти і розвинути те краще, що було закладено в вітчизняній медицині і медичній освіті: милосердя, гуманізм, любов до професії та клінічне мислення.

#### Література:

1. Арістов А.К. Педагогічний моніторинг освіти, *Діагностики і розвитку: Збірник науково-методичних матеріалів*. 2007.
2. Бобровских А.М., Бобровских М.П., Насонова Н.А. Способы реализации требований современных образовательных стандартов в преподавании патологической анатомии в медицинском вузе. *Психология, педагогика, образование: актуальные и приоритетные направления исследований: сб. статей Международной научно-практической конференции*: в 3 ч. 2017. С. 60–64.

### ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ ПЕРИКОРОНІТУ І РЕТРОМОЛЯРНОГО ОСТИТУ У КОНТЕКСТІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ СТОМАТОЛОГІВ

Гелей В. М.

кандидат медичних наук,

доцент кафедри хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
м. Ужгород, Україна

Вступ. За даними багатьох вітчизняних та зарубіжних авторів утруднене прорізування нижніх третіх молярів зустрічається у 65% пацієнтів [1, 2, 3, 4, 5]. Протягом останнього десятиліття актуальність проблеми зростає. Захворювання найчастіше виникає у пацієнтів зі зниженим рівнем загального і місцевого імунітету [6, 9, 10]. Суттєву роль відіграє ортодонтична патологія, стан гігієни порожнини рота. Перелічені причини приводять до перикороніту, який ускладнюється ретромолярним оститом [7, 8].

Мета дослідження: дослідити клінічну ефективність хірургічного лікування перикороніту та ретромолярного оститу з призначенням оптимального методу лікування.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилося 46 пацієнтів віком від 17 до 36 років. Серед них було 16 – осіб чоловічої і 30 – жіночої статі, 34 з них хворіли на перикороніт, а 12 – мали ретромолярний остит нижньої щелепи.

В якості контрольних тестів були вибрані клінічні критерії: тривалість больової реакції, терміни грануляції рани, відновлення функції щелепи, вираженість та тривалість набряку м'яких тканин, швидкість епітелізації раневої поверхні методом планіметрії за Л.Н. Поповою, лабораторні дослідження: мінерального складу слини та рентгенографію. Отримані дані обробляли статистично.

Результати дослідження та їх обговорення. Обстежені хворі були поділені на дві групи: основну групу спостереження склали 28 пацієнтів, яким призначали комплексну терапію. 18 пацієнтів увійшли до контрольної групи, в якій застосовували традиційні знеболюючі засоби. Всі препарати були ліцензовані МОЗ України.

Пацієнти скаржились на погіршення загального стану, біль та припухлість м'яких тканин у ділянці третього моляра і кута нижньої щелепи, обмежене відкривання рота, утруднене ковтання, неприємний запах із ротової порожнини, підвищення температури тіла до  $38 - 38,5^{\circ}\text{C}$ , асиметрію обличчя за рахунок набряку м'яких тканин ураженої частини щелепи, гіперемію слизової оболонки в ділянці нижніх третіх молярів.

Під час огляду виявлено наявність відбитків зуба-антагоніста на поверхні каптура, виділення гнійного вмісту, згладженість перехідної складки, болючість при пальпації, одностороннє збільшення підщелепних лімфатичних вузлів. На панорамній і прицільній рентгенограмах нижньої щелепи у бічній проекції спостерігалось розширення періодонтальної щілини третього нижнього моляра, яка у дистальній частині набувала півмісяцевої форми.

Нами запропонований поетапний метод комплексного лікування при серозному перикороніті:

- під інфільтраційною анестезією проводилось висічення каптура слизової оболонки над третім моляром з наступними аплікаціями розчину декаметоксину (Декасан®). Перорально в якості терапії, призначали протизапальний препарат траумель С по 1 таб. 5 раз на день розсмоктувати після їжі;

- при гнійній формі запалення та у післяопераційному періоді атипового видалення нижнього третього моляра обробляли рану розчином колоїдного срібла. Призначали перорально: полімік (суміш фторхінолона 200мг та орнідазола 500мг) – по 1 таб. 2 рази на добу, серрату (ензимний препарат серратіопептидазу) – по 10мг 3 рази на добу, мінерально-вітамінний препарат Кальцій-Д3 Нікомед (Calcium-D3 Nycomed) – по 1 таб. 2 рази на добу, на другий день проводити полоскання відваром ромашки після їди.

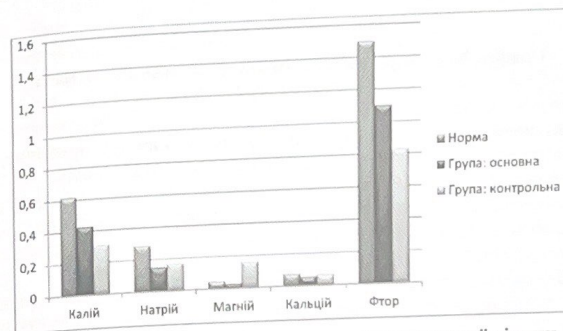
Обстеження у  $84\pm 0,07\%$  хворих основної групи вже на другий день після хірургічного втручання виявило значне зменшення болючості, гіперемії, набряку м'яких тканин та неприємного запаху. На 5-6 день з'являлись елементи грануляційної тканини. Поступово відновлювалась функція нижньої щелепи, нормалізувалась температурна реакція. Планіметрія свідчила про активний перебіг процесу регенерації рани. Загальний стан організму покращувався.

При дослідженні спостерігались зміни мінерального складу слини: зниження концентрації калію – до  $(0,43\pm 0,31)$  г/л; натрію –

до  $(0,15\pm 0,17)$  г/л; збільшення фтору – до  $(1,1\pm 0,83)$  г/л; Кількість магнію і кальцію практично не відрізнялась від показників норми.

В контрольній групі пацієнтів. У  $93\pm 0,07\%$  відмічалось пізнє зниження больової реакції, набряку і гіперемії рани. Поява грануляційної тканини спостерігалось на 7-8 день. Відновлення функції нижньої щелепи в середньому на  $3,4 \pm 0,1$  дня було довшим. Планіметрія рани свідчить про в'ялий перебіг процесу регенерації. Нормалізація загального стану організму і його температурної реакції запізнювалась в середньому на  $2,8 \pm 0,2$  дня.

Встановлена достовірна залежність інтенсивності запального процесу в періоді від вмісту K,Na,F,Ca у ротовій рідині в двох досліджуваних групах пацієнтів. В основній групі відмічалось зниження концентрації K,Na,Mg,F – до  $(0,43\pm 0,31)$  г/л (норма  $(0,5\pm 0,74)$  г/л); у пацієнтів контрольної групи – до  $(0,48 \pm 0,34)$  г/л., дані наведено в графіку № 1.

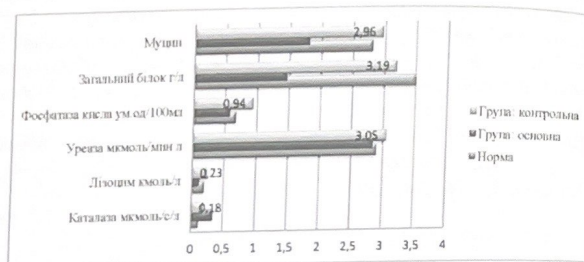


Графік № 1. Зміни мінерального складу ротової рідини у різних групах хворих

Було також встановлено залежність активності ферментів ротової рідини від методики лікування в процесі захворювання. Кількість основних ферментів змішаної слини в пацієнтів досліджуваних груп дорівнювала: контрольній – зменшились кількість муцину – до  $(1,6\pm 1,9)$  г/л норма  $(2,0\pm 3,0)$  г/л, лізоциму – до  $(0,11\pm 0,14)$  г/л норма  $(0,15\pm 0,25)$  г/л). Уреаза і кисла фосфатаза



залишалися в межах норми. В основній групі, де призначали комплексну терапію, відзначалася тенденція до збільшення бар'єрної функції слини та підвищення рівня ферментів слини: муцину – до  $(2,74 \pm 2,96 \text{ г/л})$  норма  $(2,0 \pm 3,0 \text{ г/л})$ , лізоциму – до  $(0,18 \pm 0,23 \text{ г/л})$  норма  $(0,15 \pm 0,25 \text{ г/л})$ , що підтверджує підвищення місцевих імунних факторів, дані наведено в графіку № 2.



Графік № 2. Порівняльна характеристика активності ферментів ротової рідини

**Висновки.** Застосування комплексного поетапного хірургічного і медикаментозного лікування хворих із призначенням АГТП протизапальної, антимікробної, імуномодуючої дії сприяє нормалізації загального і місцевого статусу, прискореному переходу запалення у репаративну фазу, зменшенню терміну непрацездатності хворого.

Отримані результати свідчать про те, що метод лікування, який ми застосовували при перикороніті та з явищами оститу, є ефективним і його можна впроваджувати в навчальний процес та практичну роботу хірурга-стоматолога.

#### Література:

1. Луцкая И.К., Шевела Т. Л., Чижик Т. А. Хирургическое лечение затрудненного прорезывания зуба мудрости. *Стоматолог*. Минск. 2015. №. 2. С. 36-40.
2. Костина И. Н. Факторы, усложняющие удаление нижних третьих моляров. *Проблемы стоматологии*. 2005. №. 2. С. 35-47.

3. Плахтий Л.Я. Особенности клинко-микробиологической диагностики воспалительных осложнений, связанных с третьими нижними молярами. *Владикавказский медико-биологический вестник*. 2009. Т. 9. №. 15-16. С. 72-76.

4. Тимофеев А. А., Ярифа М. А. Эффективность использования препарата Гивалекс у больных с острым и обострившимся хроническим перикоронитом. *Современная стоматология*. 2014. №. 1. С. 99-105.

5. Тимофеев А. А., Савицкий А.А. Влияют ли нестероидные противовоспалительные препараты на эффективность местной анестезии? *Современная стоматология*. 2017. №. 2. С. 44-47.

6. Лапин А. А., Виха Г. В. Показатель суммарной антиоксидантной активности ротовой жидкости-неинвазивный метод определения антиоксидантного статуса организма. *Бутлеровские сообщения*. 2010. Т. 22. №. 12. С. 38-45.

7. Иорданишвили А. К. Частота и структура осложнений после удаления зубов мудрости верхней челюсти. *Институт стоматологии*. 2015. №. 4. С. 49-51.

8. Флис П. С., Анан А. Влияние ретенционных третьих моляров на результаты достигнутого ортодонтического лечения в ретенционный период. *Современная стоматология*. 2013. №. 2. С. 94-96.

9. Мельник А. Л. Интегральная характеристика инфекционно-запальных заболеваний полости рта. *Клиническая та експериментальна патологія*. 2015. Т. 14. №. 1.

10. Коломієць С. В. Роль антиоксидантів в комплексному лікуванні гострих запальних процесів щелепно-лицевої ділянки одонтогенної етіології. *Вісник проблем біології і медицини*. 2013. № 4 (2). С. 274-277.