

МЕТОДИКИ

УДК: 4-073.004:371.24:616.31:616-053.3

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ТЕСТОВОЇ СИСТЕМИ ОЦІНЮВАННЯ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС КАФЕДРИ СТОМАТОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ

Чугу Т.В., Попова О.І.

Кафедра стоматології дитячого віку Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. *Описуються особливості впровадження тестової системи оцінювання студентів-стоматологів в навчальний процес кафедри стоматології дитячого віку.*

Ключові слова: *методика, практичні заняття, дитяча терапевтична стоматологія.*

Дитяча терапевтична стоматологія займає одне з провідних місць в системі практично-теоретичної підготовки лікаря-стоматолога загального профілю. Основним її завданням є навчити студентів стоматологічного факультету вмінню орієнтуватися в будь-якій клінічній ситуації, однак, це неможливо без певної бази теоретичних знань [Косенко та ін., 2006]. Тому, першочерговими задачами викладачів кафедри є удосконалення методів і форм навчання, які засновані на сучасній науковій методології і на фізіолого-гігієнічному режимі навчального навантаження, відповідно до динаміки працездатності студентів з обов'язковим залученням комп'ютерних технологій та стандартизованих схем опитування. Доведено, що застосування мультимедійних матеріалів та комп'ютерних мереж скорочує час навчання майже втричі, а рівень запам'ятовування через одночасне використання зображень, звуку, тексту зростає на 35-40 відсотків. Але електронна система знань передбачає не тільки наявність належної комп'ютерної бази, а й розробку відповідних навчальних програмних продуктів, до яких легко адаптувалися б студенти і, які б не спрощували реальних знань [Василюк та ін., 2004]. Віртуальна система знань не може бути відірвана від реального життя. Одже, без комп'ютеризації навчального процесу не обійтися, однак треба чітко розуміти, що комп'ютерні програми - це лише віртуальний аналог навчальної і професійної діяльності.

Для оцінювання студентів зазвичай на кафедрі стоматології дитячого віку використовується опитування та тестовий контроль, запропонований Т.Ф.Виноградовою [1997]. Дані тести досить громіздкі, потребують багато часу для вирішення та не дають можливості встановити індивідуальний рівень знань у студентів. Нами був розроблений ряд тестових завдань з розділів "Пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології" та "Профілактика стоматологічних захворювань", що узагальнюють теоретичні знання трьох-чотирьох попередньо вивчених тем та дають можливість проконтролювати рівень запам'ятовування серед студентів стоматологічного факультету 2-3 курсів. Для адекватного та найбільш точного оцінювання та забезпечення індивідуального підхо-

ду до студентів нами були запропоновані тести різного рівня складності. Для отримання найменшої позитивної оцінки студентам пропонуються для вирішення тести з коротким змістом та одним варіантом правильної відповіді, який потрібно вибрати з переліку подібних варіантів. Більш складний рівень тестів передбачає вибір декількох правильних відповідей, як правило 3-4, серед загальної сукупності варіантів, необхідність встановлення логічних взаємозв'язків між двома переліками даних, визначення правильної послідовності ознак або дій та самостійне заповнення таблиць з вихідними даними. Запропоновані нами тести дозволяють проводити найточніше оцінювання студентів в найбільш короткій термін завдяки індивідуальному підходу, що значно економить час для проведення клінічної роботи або роботи на фантомах.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Таким чином, навчальний процес по вивченню конкретного розділу включає дві складові: самостійну роботу студентів і аудиторну роботу та побудований за такими принципами:

- накопичення нової інформації шляхом самостійного засвоєння теоретичного матеріалу, викладеного в підручниках та лекційному курсі;
- виявлення ключових моментів теми шляхом обговорення незрозумілих або важливих для засвоєння питань;
- контроль накопичення теоретичних знань за допомогою тестової системи опитування;
- практичне засвоєння сукупності теоретичного матеріалу, що був попередньо отриманий.

2. Застосування даної схеми на практичних заняттях дозволило скоротити час контролю вихідного рівня знань та збільшило можливість більш тривалої клінічної роботи. При даній методиці навчання студентів заняття проходять більш організовано і активно.

На нашу думку слід удосконалити матеріали для тестового контролю і з інших дисциплін, що вивчаються на кафедрі стоматології дитячого віку.

Література

Василюк В.М. Основи клінічного мислення / В.М.Василюк, Н.В.Кравчук, В.В.Василюк // Медична освіта. - 2004. - №3-4. - С. 33-36.
Квалификационные тесты по стоматоло-

логии детской; под. ред. Т.Ф.Виноградовой. - М.: ВУНМЦ, 1997. - 167 с.
Косенко К.М., Івченко Н.А., Седлецька А.О. Методичні аспекти формуван-

ня у студента-стоматолога практичних навичок та умінь / К.М.Косенко, Н.А.Івченко, А.О.Седлецька // Вісник стоматології. - 2006. - №3. - С. 89-90.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ТЕСТОВОЙ СИСТЕМЫ ОЦЕНИВАНИЯ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС КАФЕДРЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Чугу Т.В., Попова Е.И.

Резюме. Описываются особенности внедрения тестовой системы оценивания студентов-стоматологов в учебный процесс кафедры стоматологии детского возраста.

Ключевые слова: методика, практические занятия, детская терапевтическая стоматология.

THE EXPERIENCE OF INCULCATION OF TEST-SYSTEM EVALUATION DURING STUDYING PROCESS OF PEDIATRIC DENTISTRY

Chugu T.V., Popova O.I.

Summary. Peculiarities of inculcation of test-system evaluation in students-stomatologists during studying process of Pediatric Dentistry are described.

Key words: method, practice sessions, Pediatric Dentistry.

УДК: 618.14-005.1-085

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ МАСИВНИХ АКУШЕРСЬКИХ КРОВОТЕЧ НА ТЛІ ПОВНОГО ПЕРЕДЛЕЖАННЯ І ПРОРОЩЕННЯ ПЛАЦЕНТИ (2 КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ)

Камінський В.В., Голяновський О.В., Чернов А.В., Глушко О.І., Воробей Л.І.

НМАПО ім.П.Л.Шупика, Київський Центр Репродуктивного Здоров'я (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112)

Резюме. У статті проаналізовано 2 випадки розвитку інтраопераційної (під час кесарева розтину) масивної акушерської кровотечі на тлі передлежання і пророщення плаценти. Оцінено ефективність застосування рекомбінантного VIIa фактору згортання крові в комбінації з хірургічним гемостазом (перев'язування внутрішніх клубових артерій та екстирпація матки) з метою зупинки масивної коагулопатичної кровотечі. Надані практичні рекомендації щодо послідовності дій у разі розвитку даної патології.

Ключові слова: масивні акушерські кровотечі, передлежання плаценти, пророщення плаценти, рекомбінантний VIIa фактор, хірургічний гемостаз.

Вступ

Частота аномального прикріплення плаценти складає 1-2% від загальної кількості кровотеч. Водночас патологія плацентації є однією із основних причин життєво небезпечних масивних кровотеч (45%), а 50% жінок з цією патологією потребують масивної інфузійно-трансфузійної терапії [Clark et al., 1985; Miller, 2001].

Частота неправильної плацентації збільшилася в 10 разів за останні 20 років і тепер спостерігається в 9,3-10% жінок у поєднанні з Placenta previa і 0,004% у вагітних без передлежання плаценти або від 1 на 533 до 1 на 7000 пологів [Бакшеев, 1966; Hudon, Belfort, 1998; Wu, 2006].

Кесарів розтин в анамнезі жінки - досить часто є причиною дефекту децидуальної оболонки, тому зростання частоти placenta accreta/increta/percreta може бути пов'язане, перш за все, із зростанням числа оперативного розродження до 30%. Співвідношення між неправильною плацентацією і кесаревим розтином в анамнезі жінки було вивчено багатьма науковцями [Clark et

al., 1985; Finberg, Williams, 1992; Bonnar, 2000]. Згідно існуючих досліджень частота аномалій плацентації у вагітних, які не мали кесаревого розтину в минулому, складає 0,26%, і лінійно збільшується з числом оперативного ведення пологів до 10% [Bonnar, 2000].

S.K.Clark з співавторами [1985] дослідили, що у жінок із діагностованою placenta previa ризик placenta accreta збільшується від 5% (якщо в минулому не було кесаревого розтину) до 24% (в анамнезі один кесарів розтин) і до 67% у випадку чотирьох і більше оперативних втручань на матці [Bonnar, 2000].

Кореляційний зв'язок між placenta previa у поєднанні з placenta accreta і кількістю кесаревих розтинів у минулому підтверджує у своїх роботах D.A.Miller [2001].

Також доведено зростання ризику аномального прикріплення плаценти із зменшенням інтервалу між вагітностями, які закінчились оперативним розродженням [Hudon, Belfort, 1998]. На сучасному етапі більшість лікарів розрізняють 2 форми патологічного прикріплення пла-