

ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ РЕФОРМУВАННЯ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ КЛІНІЧНОЇ АНАТОМІЇ ТА ОПЕРАТИВНОЇ ХІРУРГІЇ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Григор'єва О. А., Скаковський Е. Р., Богданов П. В., Мешкова О. В.,
Лазарик О. Л.

Запорізький державний медичний університет

Одним із найголовніших завдань формування у студентів теоретичних і практичних знань, необхідних для успішного навчання з клінічних дисциплін, яке ставиться перед колективом кафедри, останнім часом ускладнене тим, що у відповідності з навчальним планом вивчення дисципліни припадає на 2-й курс. До цього часу студенти ще не підготовлені клінічно, тобто вони не знайомі з клінічною термінологією, не мають уявлення про травми, захворювання, до яких застосовується вивчення клінічної анатомії і технології оперативних втручань, що нівелює значимість предмету як прикладної дисципліни. Негативну роль в успішному засвоєнні необхідних знань відіграє й **неймовірно** скорочення годин лекційного курсу, практичних занять, відсутність вологих препаратів. За цих умов необхідність активізації пізнавальної діяльності студентів, вдосконалення форм навчання та контролю стали найактуальнішими. Найважчим з боку управління є етап самостійної позаурочної роботи, години якої збільшені на жаль за рахунок аудиторної роботи. Як показує досвід, у значній кількості студентів труднощі виникають саме при вивченні питань топографічної анатомії, клінічної анатомії у зв'язку втрати знань, отриманих при вивченні нормальної анатомії людини, що пов'язано з різним підходом до вивчення будови тіла (системний та регіональний). Найефективнішим способом вирішення цього питання, на нашу думку, є формування знань, які дозволяють з мінімальною затратою часу відновити знання нормальної анатомії, необхідні для вивчення теми практичного заняття з клінічної анатомії та оперативної хірургії. Завдання, які пропонуються, входять до методичних розробок та являють собою список назв анатомічних утворень й органів у ділянці, яка вивчається, і які студенти повинні вміти показати (1 рівень засвоєння). Вони можуть бути використані для самоконтролю, а також для проведення контролю вихідного рівня знань.

Робота над завданням привчає студентів до послідовної роботи з використанням принципу "від найпростішого до найскладнішого", допомагає швидше перейти від методу системного вивчення тіла людини до регіонального, а також відповідальніше підходити до самостійної роботи, оскільки проблеми в питаннях анатомії ведуть к отриманню незадовільної оцінки з теми заняття. Друга частина самостійної роботи містить в собі питання з топографічної анатомії (2 рівень навчання).

З питань клінічної анатомії, основ технології сучасних оперативних втручань студенти готують короткі реферативні повідомлення. У відповідності до кредитно-трансферної системи організації навчального процесу більшість уваги приділяється стандартизованим методам контролю, які дозволяють зекономити час для вирішення питань клінічної анатомії, ситуаційних задач, проведення ділових ігор, відпрацювань практичних вмінь та навичок. Стандартизовані форми контролю повинні також виконувати функцію навчання. Відповідно до цього при підготовці кластерів тестів з теми практичного заняття чи підсумкового заняття ми виділяємо три групи питань: з анатомії людини, з топографічної, клінічної анатомії та з технології оперативних втручань. На нашу думку, тестування, які мають одну правильну відповідь, не в повному обсязі виконують функцію навчання у зв'язку з тим, що студенти при підготовці до тестування направляють свої зусилля тільки на запам'ятовування відповіді, не заглиблюючись в зміст питання. Завдання, які мають декілька

правильних відповідей, навпроти, дозволяють не тільки повніше охопити важливі, з точки зору навчання, пункти, на які одна відповідь неможлива, але й стимулюють до аналізу питання, сприяють засвоєнню фактичного матеріалу.

Оптимізація навчального процесу сприяє розподілу питань теми практичного заняття на дві групи: "Необхідно знати" та "Необхідно вміти". Всі питання висвітлюються у відповідності прикладним аспектам, обговорення яких планується з даного розділу.

Зацікавити студентів темою, яка обговорюється, викликати жваву дискусію вдається при проведенні заняття у вигляді ділових ігор, тобто моделюючи клінічні ситуації з розподілом студентів на малі групи за ролями. При обговоренні теми заняття треба звертати увагу на вміння формувати діагноз, топографоанатомічно довести правильність власних дій за тими чи іншими показниками. Питання 3 рівня навчання широко використовують при проведенні підсумкових занять.

Оцінка всіх видів діяльності за системою ECTS, застосування автоматизованого способу перевірки результатів тестування при проведенні підсумкових модулів із доведенням результатів, можливість контролю студентами правильності своїх відповідей за еталонами відповідей дозволяють об'єктивно й відкрито вести процес навчання, що насамперед є стимулюючим фактором як для викладачів при покращенні рівня викладання, так і для студентів, які мають можливість покращити якість власних знань.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІМУННИХ УТВОРЕНЬ М'ЯЗОВОЇ ЧАСТИНИ ШЛУНКА ГУСЕЙ ВІКОМ 8 МІСЯЦІВ

Дишлюк Н.В.

Національний університет біоресурсів і природокористування України

Відомо, що у м'язовій частині шлунка птахів імунні утворення менш розвинені, ніж у залозистої його частині (Ковтун М. Ф., Харченко Л. П., 2005). Це, ймовірно, пов'язано з особливостями будови слизової оболонки. В останній містяться залози, які продукують секрет зі значним вмістом кератину. Секрет на поверхні слизової оболонки твердне і формує кутикулу, яка захищає стінку цієї частини шлунка від дії антигенів. Літературні дані щодо топографії і будови імунних утворень м'язової частини шлунка порівняно добре вивчені у курей і перепелів (Дишлюк Н. В., 2011; Хомич В. Т., Усенко С. І., 2012). У гусей ці дані не повні, поодинокі і часто суперечливі.

Матеріал для досліджень був відібраний від 5 голів гусей Горківської породи віком 8 місяців. При виконанні роботи використовували класичні методи гістологічних досліджень (Горальський Л. П. та ін., 2005).

Встановлено, що імунні утворення м'язової частини шлунка гусей розташовані у слизовій оболонці і займають незначну площу ($4,24 \pm 1,05$ %). Вони представлені поодинокими скупченнями дифузної лімфоїдної тканини і лімфоїдними вузликами, які знаходяться у власній пластинці цієї оболонки між трубчастими залозами. Лімфоїдні клітини таких скупчень інфільтрують поверхневий епітелій та епітелій залоз. Дифузна лімфоїдна тканина немає чітких меж і містить клітини лімфоїдного ряду, макрофаги, ретикулярні та колагенові волокна. Лімфоїдні вузлики мають переважно овальну і рідше округлу форму. У первинних лімфоїдних вузликах лімфоїдні клітини розміщені з однаковою щільністю, їх ретикулярні волокна розташовані на периферії і лише іноді проникають в центральну частину вузликів, утворюючи в цій ділянці великі комірочки. Для вторинних лімфоїдних вузликів характерна наявність світлих гермінативних