

ния, дополнительные материальные вложения, новые методологические подходы и регулярное повышение квалификации профессорско-преподавательского состава.

*Материал поступил в редакцию 20.08.2025  
Received August 20, 2025*

## **ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ В СТОМАТОЛОГИИ**

Байков А. В., Оганисян Э. А.

Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци, г. Ереван, Республика Армения

baykovaram@yahoo.com

DOI: 10.46594/2687-0037\_2025\_3\_2051

**Аннотация.** Коммуникация является ключевым условием качественной стоматологической помощи: она повышает удовлетворённость пациентов, уменьшает риск ошибок и претензий, обеспечивает точную диагностику и оптимальное лечение. Во многих учебных планах образовательных программ дипломного уровня сохраняется разрыв между декларацией значимости коммуникативных навыков и их реальным формированием, и оцениванием. Интеграция комплексных подходов в соответствии с институциональными стандартами и квалификационными рамками обеспечит готовность выпускников к практике и повысит качество стоматологической помощи.

**Научная специальность:** 3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины

### **Features of Formation Communicative Competencies in Dentistry**

Baykov A.V., Oganisyan E.A.

M. Heratsi Yerevan State Medical University, Yerevan, Republic of Armenia

**Annotation.** Communication is a key condition for high-quality dental care: it increases patient satisfaction, reduces the risk of errors and complaints, ensures accurate diagnosis and optimal treatment. In many degree-level educational programs, there is a gap between the declaration of the importance of communication skills and their actual development and assessment. Integrating comprehensive approaches in accordance with institutional standards and qualification frameworks will ensure graduates are ready for practice and improve the quality of dental care.

### **Актуальность**

Коммуникация является ключевым условием качественной стоматологической помощи: она повышает удовлетворённость пациентов, снижает тревожность, уменьшает риск ошибок и претензий, обеспечивает точную диагностику и оптимальное лечение. Особенности стоматологического приёма (инвазивность вмешательств, работа в полости рта, ограниченная возможность пациента говорить, выраженная тревога и рвотный рефлекс) создают дополнительные барьеры для взаимодействия и уси-

ливают требования к верbalным, неверbalным и паравербальным умениям врача-стоматолога. При этом во многих учебных планах образовательных программ дипломного уровня сохраняется разрыв между декларацией значимости коммуникативных навыков и их реальным формированием, и оцениванием. Необходим системный обзор компонентов эффективной коммуникации «врач-стоматолог — пациент» и методических подходов к их обучению и оцениванию с учетом национального контекста Армении и требований к квалификациям выпускников.

### **Цель**

Проанализировать ключевые компоненты эффективной коммуникации в стоматологии и обобщить подходы к обучению, обучающим средам и оцениванию коммуникативных компетенций на уровне базового стоматологического образования.

### **Материалы и методы**

Проведен нарративный обзор 91 источника: 67 полнотекстовых статей, 13 монографий и книг, 5 руководств, 3 отчетов и 3 нормативных актов. Поиск осуществлялся в Medline, Scopus, Web of Science, PubMed, ScienceDirect, ResearchGate и др. без ограничений по годам публикации. Использованы ключевые слова “communication skills”, “dentist-patient communication”, “undergraduate dental education”, “dental curriculum”, “qualifications framework”. На этапе предварительного отбора проанализированы 142 наименования, включение основывалось на методологическом качестве и соответствии целям исследования.

### **Результаты**

Выявлено значительное различие между медицинскими и стоматологическими консультациями: в стоматологии клинические манипуляции часто начинаются уже на первичном приёме, что повышает когнитивную нагрузку и стресс у обеих сторон. Эффективная коммуникация соответствует модели передачи сообщения: кодирование (формулировка диагноза, плана лечения, инструкций), канал (устное объяснение, письменные материалы, визуальные средства, цифровые интерфейсы), расшифровка (понимание с учетом языковой и когнитивной готовности) и обратная связь (уточнение, перефразирование, вопросы). Невербальные и паравербальные сигналы (взгляд, мимика, поза, дистанция, тембр и темп речи, жесты, профессиональный внешний вид) существенным образом модифицируют смысл переданного и доверие к врачу-стоматологу. Описаны три уровня сбоев коммуникации: технические (шум, маска, барьеры среди), семантические (терминологическая неоднозначность, «узкий» смысл привычных слов), и эффективности (недостижение поведенческого результата). Важны языковые и культурные барьеры: ограниченная языковая компетентность пациентов ассоциируется с непониманием инструкций и риском неблагоприятных событий. Для их преодоления эффективны стратегии «расскажи-покажи-сделай», упрощение терминологии, визуализация (снимки, схемы, 3D-модели) и культурно чувствительное информирование.

## Обсуждение

Обучение студентов-стоматологов коммуникации должно быть непрерывным и разноформатным. Эффективны сочетания лекций, ролевых игр, обучение в малых группах, применение стандартных пациентов, видеозаписи с разбором и обратной связью, интервью с реальными пациентами, виртуальные пациенты и ВР-тренажеры, обучение у кресла и наблюдение в клиниках. Ролевое обучение опирается на опытный цикл Колба и развивает активное слушание, эмпатию, эффективное общение и культурную чувствительность. Проблемно-ориентированное обучение способствует интеграции клинического мышления и коммуникации. Для оценивания показана целесообразность совмещения формирующих и итоговых методов оценивания в парадигме пирамиды Миллера: от проверки фактических знаний и «знает как» до демонстрации и реального выполнения. Структурированные инструменты оценивания включают контрольные листы, рубрики и модели консультации; широко используется Калгари-Кембриджская модель, интегрирующая этапы начала встречи, сбор информации, осмотр, объяснение/планирование и завершение. Объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ) обеспечивает проверку коммуникативных компетенций в стандартизованных клинических сценариях; 360-градусная оценка (многоисточниковкая обратная связь) дополняет картину за счёт мнений пациентов, коллег и персонала, развивая саморефлексию. Искусственный интеллект расширяет возможности безопасной симуляции диалогов и персонализированной обратной связи (включая анализ невербальных параметров), но выступает дополнением, а не заменой клиническому наставничеству. В армянском контексте требования Национальной рамки квалификаций и Отраслевой рамки по медицине акцентируют коммуникативные и профессиональные компетенции выпускника. Для модернизации учебного процесса проведен пересмотр результатов образовательной программы, внедрена модульная структура учебного плана с последовательной интеграцией профессионализма и клинических навыков, разработан самостоятельный курс по коммуникации в стоматологии.

## Выводы

Коммуникация в стоматологии — многоуровневый навык, сочетающий вербальные, невербальные и парaverбальные компоненты, критичные для безопасности и исходов лечения. Эффективная подготовка врачей-стоматологов требует последовательного включения коммуникативного компонента во все клинические дисциплины, внедрение самостоятельного курса по коммуникации, использующего активные методы обучения и структурированные модели консультации. Оценивание должно быть комплексным и валидным, объединяя ОСКЭ, многоисточниковую обратную связь, рубрики и проверку в реалистичных сценариях; культурная чувствительность и работа с языковыми барьерами — обязательные элементы. Интеграция перечисленных комплексных подходов в соответствии с институциональными стандартами и квалификационными рамками обеспечит готовность

выпускников к практике и повысит качество стоматологической помощи.

*Материал поступил в редакцию 21.08.2025*

*Received August 21, 2025*

## ВЫСОКО РЕАЛИСТИЧНАЯ СИМУЛЯЦИЯ «ОНЛАЙН КЛУБ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ»

Перепелица С. А.

Балтийский федеральный университет им. И. Канта, г. Калининград, Российская Федерация;  
Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии, г. Москва, Российская Федерация

sveta\_perepeliza@mail.ru

DOI: 10.46594/2687-0037\_2025\_3\_2052

**Аннотация.** Представлены результаты проведения высокореалистичной симуляции в цифровом образовательном пространстве. Студенты создали онлайн клуб для пациентов с хронической дыхательной недостаточностью с целью постоянного динамического наблюдения, принятия быстрого решения в случае экстренной необходимости. Рассматриваемые нозологические формы, требующие проведения длительной или постоянной респираторной поддержки, создают серьезную проблему врачу терапевту участковому, т. к. он обязан принимать участие в их лечении. Результаты показали, что студенты способны создать эффективные цифровые ресурсы.

**Научная специальность:** 3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины

## Highly Realistic Simulation “Online Club for Patients with Chronic Respiratory Failure”

Perepelitsa S. A.

I. Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russian Federation  
Federal Scientific and Clinical Center for Resuscitation and Rehabilitation, Moscow, Russian Federation

**Annotation.** The results of a highly realistic simulation in a digital educational space are presented. Students created an online club for patients with chronic respiratory failure for the purpose of continuous dynamic monitoring, making a quick decision in case of emergency. The considered nosological forms, requiring long-term or constant respiratory support, create a serious problem for the local therapist, since he is obliged to take part in their treatment. The results showed that students are able to create effective digital resources.

## Актуальность

В последние десятилетия отмечается устойчивый рост заболеваний, при которых прогрессирует хроническая дыхательная недостаточность (ХДН), а пациенты нуждаются в проведении длительной или постоянной респираторной поддержки (РП). По данным различных стран Европы, такой вид лечения необходим примерно для 40 пациентов на 100 000 населения. Наиболее