Важность выявления и лечения пародонтита заключается в том, что снижение воспаления тканей пародонта благоприятно сказывается и на органы полости рта больного, и на уровне глюкозы в его крови. Поэтому эндокринолог должен уделять особое внимание ротовой полости пациента, своевременно направляя его на стоматологическое обследование. При декомпенсированном сахарном диабете всегда наблюдается ухудшение минерального обмена в организме больного. Это мгновенно ведет к быстро прогрессирующему кариесу. Инфекционный процесс способен быстро прогрессировать.

При подготовке больных сахарным диабетом к стоматологической реабилитации основной задачей является максимально полная компенсация заболевания – нормализация не только углеводного, но и липидного обмена.

Выбор конструкции зубного протеза должен производиться с учетом протяженности дефекта, состояния пародонта опорных зубов, целостности твердых тканей зуба, а также степени компенсации диабета.

Стоматологи – ортопеды, подбирая конструкции зубных протезов для пациента с сахарным диабетом порой недооценивают (или переоценивают) состояние пародонта у больного. Врачу необходимо помнить, что при повышенном уровне сахара в крови желательно отложить ортопедическое лечение до фазы компенсации. В таких ситуациях лечение должно сводиться к изготовлению зубных протезов, отвечающих требованиям к правильному перераспределению нагрузки.

В связи с вышеизложенным актуальным является разработка комплексного подхода к стоматологическому протезированию больных сахарным диабетом. Для выполнения данного подхода необходимо разработать систему оказания стоматологической помощи больным сахарным диабетом, алгоритм диагностики и планирования ортопедического стоматологического лечения с учетом иммунного и стоматологического статусов на основе применения современных достижений диабетологии и стоматологии.

Планирование стоматологического лечения необходимо проводить при обязательной консультации врача-эндокринолога, каждый клинический этап должен сопровождаться контролем уровня глюкозы. В последующем после протезирования рекомендуется проводить контрольные осмотры один раз в полгода.

**Список литературы**

1. Румянцева Е.В., Наумова Я.Л., Кубрушко Т.В. Стоматологическое здоровье у больных сахарным диабетом 2 типа // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 58–59.

2. Кубрушко Т.В., Коробкин В.А., Милова Е.В., Лунев М.А., Хайн С.С. Синдромно-сходные заболевания органов полости рта и челюстно-лицевой области // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 6. – С. 94–95.

## КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ РАВНОВЕСИЕ ПОЛОСТИ РТА ПРИ НАРУШЕНИИ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБНОГО РЯДА

Кубрушко Т.В., Игнатенко В.Н., Сало С.С.

*Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: kub1950@bk.ru*

Из множества факторов, способных нарушить функцию зубочелюстного аппарата, наиболее частым является потеря зубов, которая, нарушая гомеостаз организма, вызывает формирование компенсаторных процессов, направленных на восстановление нарушенного физиологического равновесия. С одной стороны, при потере зубов происходит изменение состава слюны, которое отражает сдвиги гомеостаза в тканях полости рта, с другой – от состояния кислотно-основного равновесия (КОР) в полости рта существенно зависит состояние твердых тканей зубов и пародонта.

Сдвиг pH в ту или иную сторону может быть обусловлен алиментарными факторами, профессиональными и экологическими вредностями, использованием средств гигиены и лекарственных препаратов, протезами, пломбами, состоянием макроорганизма. Наиболее актуально изучение вопросов регуляции кислотно-основного баланса в полости рта в плане ранней диагностики и прогнозирования стоматологических заболеваний: кариеса зубов, воспалительных заболеваний пародонта, в том числе и при потере зубов.

Одним из методов функциональной диагностики состояния гомеостаза в полости рта является pH-метрия, которая остается наименее разработанной и почти не используется в практике ортопедической стоматологии. Это обусловлено тем, что плохо изучен механизм изменений pH в полости рта у пациентов до и после ортопедического лечения, роль экзо- и эндогенных факторов, влияющих на эти изменения. Недостаточно изучены закономерности функциональных изменений pH в полости рта при протезировании съемными протезами. До настоящего времени не разработаны диагностические тесты на основе изменений pH для ранней диагностики, прогнозирования и разработки принципов профилактики стоматологических заболеваний, возникающих при пользовании съемными протезами.

Установлено, что секреция слюны у пациентов с дефектами зубного ряда снижена, причем, чем больше зубов отсутствует, тем меньше скорость слюноотделения, а фактором, влияющим на скорость слюноотделения, является локализация дефекта. Слюноотделение при дефектах в области верхних первых моляров значительно выше, чем при дефектах в дистальных отделах у выхода протока околоушной слюнной железы. Более значимо отсутствие передних зубов, что связано с их мощной иннервацией. Величина вязкости слюны у лиц с дефектами зубных

рядов повышается, а электропроводность и показатели секреции слюны уменьшаются, что говорит о резком снижении функции слюнных желёз. Показатель pH ротовой жидкости у этих больных до протезирования находился в щелочном диапазоне.

Лечение дефектов зубов и зубных рядов, сопровождающееся введением в полость рта инородных тел – зубных протезов, необходимо проводить с учетом комплексного влияния их на все составляющие зубочелюстной системы, т.к. протез помимо лечебно-профилактического обладает и побочным действием по отношению к окружающим тканям и органам полости рта.

Таким образом, изучение состояния кислотно-основного равновесия в полости рта у пациентов с потерей зубов до и после протезирования и возможность ранней диагностики и профилактики у них побочного действия протезов, является одной из актуальных проблем ортопедической стоматологии.

**Список литературы**

1. Воложин А.И., Алексеева И.В. Петрикас А.Ж., Румянцев В.А. Патофизиология кислотно-щелочного равновесия: метод, пособие. – М., 1991. – 60 с.

2. Кубрушко Т.В., Коробкин В.А., Милова Е.В., Лунев М.А., Хайн С.С. Синдромно-сходные заболевания органов полости рта и челюстно-лицевой области // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 6. – С. 94–95.

3. Сабуров Б.А. Клинико-лабораторное исследование влияния стоматологических материалов, используемых при протезировании на состав слюны и функцию слюнных желез: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991. – 21 с.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ В ПОСТДИПЛОМНОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ

Лепёхина О.А., Лепёхина Л.И., Панкова С.Н.

*ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, e-mail: olgastorm@inbox.ru*

Преподавание терапевтической стоматологии интернам и ординаторам ставит своей целью подготовку специалистов, обладающих основами клинического мышления, способных провести обследование больного, обосновать диагноз, составить план ведения больных и овладения основными навыками при проведении терапевтического лечения стоматологических заболеваний. Контроль теоретических знаний на практических занятиях наряду с устным опросом и тестированием включает решение ситуационных задач, в которых моделируется клиническая ситуация и предлагается ответить на вопросы по различным ее аспектам (дообследовать больного, поставить и обосновать диагноз, провести дифференциальную диагностику, рассказать об этиологии, патогенезе предполагаемого заболевания, наметить план лечения и т.д.). Используя принцип преемственности, в поставленные вопросы включают предусматривающие знания анатомии, гистологии, физиологии, патофизиологии, патанатомии, фармакологии и других дисциплин, изученных интернами и ординаторами в вузе и являющимися ориентировочной основой их учебно-познавательной деятельности.

Профессионально-проблемные ситуации и задачи способствуют формированию мотивации к приобретению необходимых общекультурных и профессиональных компетенций. В процессе диалога создаются благоприятные условия для приобретения нового опыта, ревизии полученных и накопленных знаний, видения своей тактики в определенной профессионально-коллизийной ситуации. В данном контексте приемлемой формой обучения наряду с «диалогическим взаимодействием» может быть использована игровая технология, использование элементов проблемного обучения (проблемная ситуация), которые не только развивают умения клинически мыслить, формируют навыки самостоятельной творческой работы, стимулируют профессиональный рост, но и имеют деонтологическую направленность, оттачивают личностные и коммуникативные качества будущего врача.

## РАЗВИТИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ БРЫЖЕЕЧНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ В ЭВОЛЮЦИИ

Петренко В.М., Петренко Е.В.

*Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Основная масса брыжеечных лимфоузлов (ЛУ) находится в брыжейках тонкой и правой половины толстой кишок – это верхние (краниальные) брыжеечные ЛУ. По разным данным они являются самой многочисленной группой ЛУ у человека: Г.М. Иосифов (1930) находил 180–200 ЛУ в брыжейке тонкой кишки, а Г.Т. Красовский (1963) – 120–140. До принятия Парижской номенклатуры брыжеечные ЛУ разделяли на собственно брыжеечные ЛУ и ЛУ толстой кишки. Первые располагаются в 3 ряда – вокруг начала верхней брыжеечной артерии, около ее главных ветвей или проксимальных артериальных дуг, между тонкой кишкой и дистальными артериальными дугами (Poirier P., Cuneo B., 1902; Barthels P., 1909; Иосифов Г.М., 1930; Rouviere H., 1932) или в 4 ряда – еще и около промежуточных или средних артериальных дуг (Ottaviani G., 1932). ЛУ толстой кишки H.Rouviere (1932) разделил на 3 подгруппы – ЛУ слепой кишки и аппендикса (еще 6 подгрупп около подвздошно-ободочной артерии и ее 5 ветвей), ободочной и прямой кишок. По данным З.А. Махмудова (1981), число верхних брыжеечных ЛУ у взрослых людей колеблется от 66 до 404 (в 77,5% случаев – 100–250), в т.ч. периферических – от 11 до 280 у 97,5% людей