

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 желёз: 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, ревидии 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 кишки – 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 (Poigier 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 Н. 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