

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. Патология кислотно-щелочного равновесия: метод. пособие. – М., 1991. – 60 с.
2. Кубрушко Т.В., Коробкин В.А., Милова Е.В., Луцев 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 являющиеся 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, ревиди 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 (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 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

(30–86 – у 64%). Международная анатомическая терминология (1998) различает следующие группы верхних брыжеечных ЛУ:

- 1) центральные;
- 2) юктакишечные, околоободочные и несколько подгрупп ЛУ около слепой кишки (ранее – периферические, к ним следовало бы отнести еще и нижние панкреатодуоденальные ЛУ по их общему происхождению);
- 3) ободочные и подвздошно-ободочные (~ средняя группа).

По сравнению с человеком, у грызунов число краниальных брыжеечных ЛУ по крайней мере на один порядок меньше:

- 1) всех ЛУ у крысы – 13–16, у морской свинки – 9–12, у дегу – 5–7;
- 2) центральных ЛУ у крысы – 9–11, у морской свинки – 6–9, у дегу – 4–5;
- 3) периферических ЛУ (подвздошно-ободочные, илеоцекальный) у крысы – 3–5, у морской свинки – 3, у дегу – 1–2 (илеоцекальный ЛУ – непостоянный).

Новые периферические ЛУ появляются в результате истинного новообразования (юктакишечные, около слепой кишки) или путем смещения ранее центральных ЛУ на периферию (панкреатодуоденальные, околоободочные). Но при этом удельный вес периферической группы в структуре краниальных брыжеечных ЛУ в процессе эволюции у млекопитающих (грызуны → человек) существенно не изменяется и колеблется около 30% ($\pm 5\%$).

СОВРЕМЕННАЯ АНАТОМИЯ И ЛИМФОЛОГИЯ

Петренко В.М.

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

Фундаментальная лимфология возникла в XX веке. Она «выросла» из функциональной анатомии лимфатической системы (ЛСи), которая изучает строение ЛСи в связи с ее функциями, в т.ч. в развитии (эволюции и онтогенезе). Именно анатомы, начиная от О. Rudbeck и Т. Bartolinus (XVII век), сформировали классические представления о ЛСи как системе лимфатических сосудов и узлов (ЛС, ЛУ). Позднее к анатомам присоединились другие морфологи, физиологи и клиницисты. Исторически сложилось так, что гистологи не изучают структурные основы лимфотока на тканевом и клеточном уровнях организации. Этим также занимаются анатомы. В последние годы наблюдается кризис классических представлений о ЛСи, крайние точки зрения:

- 1) классическая – ЛСи организует иммунитет (Жданов Д.А., 1940), сопряжена с ретикуло-эндотелиальной системой – селезенкой и др. (Лысенков Н.К., Бушкович В.И., 1933; Иванов Г.Ф., 1949);

1а) неоклассическая – все лимфоидные образования входят в состав ЛСи (Привес М.Г. и др., 1974; Коненков В.И. и др., 2007),

1б) однако еще Г.М. Иосифов (1914) отмечал, что из лимфоидной ткани состоят многие органы, сходные по значению с ЛУ, но они, в отличие от ЛУ, не стоят на пути крупных ЛС. Соответственно лимфоидные (точнее – кроветворные) образования можно подразделить на лимфатические (ЛУ, лимфоидные бляшки и узелки) и экстралимфатические (костный мозг, тимус, селезенка, миндалины, лимфоидные узелки) – с афферентными ЛС и без них (Петренко В.М., 2011);

2) современная, отражена в Международной анатомической (1998) и гистологической (2005) терминологиях, где термин «ЛСи» отсутствует;

2а) ЛСи – это часть лимфоидной системы, ЛС выполняют лишь роль «трубок», по которым тканевая жидкость (лимфа) поступает в ЛУ для очистки (Сапин М.Р., 1997, 2007).

Я считаю, что ЛСи и лимфоидная система являются специализированными отделами сердечно-сосудистой системы (Петренко В.М., 1998). Если в основе лимфоидной системы находятся кровеносные сосуды, пути (ре)циркуляции лимфоидных клеток, то в основе ЛСи – ЛС, важный путь оттока антигенов из органов. ЛСи устроена как цепь межклапанных сегментов с разным строением стенок. Они организуют коллатеральный к венам, дополнительный дренаж органов, особый путь оттока из них антигенов. Лимфоидная система – это специальная приставка сердечно-сосудистой системы: лимфоидные муфты с разной сложностью строения окружают тканевые каналы и сосуды, как насадки-биофильтры регулируют клеточный и белковый состав внутренней среды организма. Тканевые каналы осуществляют горизонтальные связи между ЛСи и лимфоидной системой. Их структуры вместе составляют иммунные комплексы лимфоидного типа – блоки противоточной лимфогемодинамической системы: интерстициальные каналы рыхлой соединительной ткани объединяют микроЛС и кровеносные микрососуды в единую циркуляционную систему организма, образуют таким же образом функциональные анастомозы в ЛУ (и не только), органах и лимфатических (лимфоток), и лимфоидных (иммунопоз в лимфоидных муфтах лимфатического русла как особая форма его сцепления с кровеносным руслом).

Сосуды играют роль выводных протоков для «секретов» лимфоидных органов, как в эндокринных железах, а в периферические из них могут приносить антигены. Лимфоидная система и ЛСи объединяются на периферии в лимфоидно-лимфатический аппарат. Он служит анатомической основой иммунитета: пути лимфооттока из органов и периферические кровеносные сосуды кооперируются различным