

чения. Приводятся утвержденные новые учетно-отчетная форма, условные единицы трудоемкости, количественные и качественные показатели работы ортопеда-стоматолога.

В работе использованы принципы системного подхода, доказательной медицины и стандартизации с критериями оценки. Материалы, изложенные в рукописи, могут быть полезными для формирования логико-аналитического мышления врача, системного и алгоритмизированного подхода к лечебно-диагностическому процессу, овладения основными видами профессиональной деятельности при решении сложных нестандартных клинических задач и ситуаций.

Монография подготовлена не только для самообучения и повышения профессиональных знаний, поиска алгоритма лечения, освоения новых и совершенствования имеющихся технологий изготовления тех или иных конструкций зубных протезов, но и как мини-справочник по правильному оформлению амбулаторной карты стоматологического больного, заполнению заказ-наряда, подсчета условных единиц трудоемкости ортопеда-стоматолога и т.д.

Предлагаемый универсальный комплекс многомерных моделей, логико-дидактических схем, алгоритмов лечебно-диагностического процесса, ориентировочных основ деятельности врача-стоматолога предназначен для коллективного решения следующих приоритетных задач стоматологии:

1) интегрированный подход к подготовке кадров (*научить учиться, мыслить объемно и действовать творчески*);

2) формирование профессиональных качеств (*профессионального мастерства, технологической культуры и функциональной грамотности*);

3) обеспечение отрасли профессионалами нового поколения (*стоматологами с системным подходом и продуктивным мышлением, адаптированными к современным технологиям*);

4) повышение качества стоматологической помощи населению (*качества лечебно-диагностического процесса, индивидуального проектирования и изготовления зубных протезов, медицинской реабилитации пациентов*).

В книге наряду с клинико-дидактическим комплексом многие стоматологические определения, термины, классификации, схемы являются экспериментальными разработками автора, которые на этапе их практической апробации показали свою состоятельность и поэтому включены в работу наравне с устоявшимися аналогами.

Монография рекомендована для студентов стоматологических факультетов медицинских вузов и колледжей, врачей стоматологов-ортопедов и зубных техников.

СВЕТОТЕРАПИЯ И ГИДРОПРЕССИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА (монография)

Глухов А.А., Алексеева Н.Т.,
Остроушко А.П., Бугримов Д.Ю., Лобцов А.В.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж,
e-mail: surgery-v@yandex.ru

Издательство: издательско-полиграфический комплекс «Кириллица» – 136с.

Рецензенты: доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, В.Д. Затолокин (Медицинский институт Орловского государственного университета); доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации В.Н. Чернов (Ростовский государственный медицинский университет).

Монография посвящена проблеме лечения ран мягких тканей. Приводятся современные принципы лечения указанной патологии. Подробно описан новый метод лечения ран, основанный на комбинированном применении поляризованного облучения и гидропрессивной санации, техническое обеспечение и методики его применения. Представлены данные экспериментальных и клинических исследований, касающиеся клинико-морфологических особенностей течения раневого процесса при использовании предлагаемого метода, а также эффективности применения поляризованной светотерапии и гидропрессивных технологий в комплексе лечения больных с гнойными ранами мягких тканей различной этиологии и локализации. Монография иллюстрирована 68 рисунками и микрофотографиями; приведены клинические примеры.

Издание представляет интерес для специалистов практического здравоохранения, а также клинических ординаторов, интернов и студентов медицинских вузов.

ФИЗИОЛОГИЯ РЕФЛЕКСА. РЕФЛЕКТОРНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ (учебно-методическое пособие)

Клаучек С.В., Шемонаев В.И., Моторкина Т.В.,
Михальченко Д.В., Величко А.С.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград,
e-mail: MotorkinaTV@yandex.ru

Учебно-методическое пособие составлено для студентов II-V курсов стоматологического факультета, для постдипломной подготовки вра-

чей-интернов и клинических ординаторов, для врачей стоматологов.

Учебно-методическое пособие состоит из нескольких самостоятельных частей. В первой части даются определения понятий и историческая справка становления научного направления – физиология рефлексов. Далее рассматриваются различные виды рефлексов, рефлекторные дуги и кольца. Подробно описаны закономерности проведения возбуждения по нервному волокну, возбуждение и торможение рефлекторной деятельности. Показано взаимодействие различных рефлексов и принципы координации рефлекторной деятельности.

В следующей части пособия дана функциональная характеристика зубочелюстной системы. В жевательной системе выделено функциональное *жевательное звено* (рисунок), в согласованной функции которого важную роль играет нервная рецепция жевательной мускулатуры, пародонта и слизистой оболочки. Объективно особенности нервной рецепции жевательного звена изучаются при помощи: функциональных жевательных проб, мастикациографии, миометрии, электромиомастикациографии, гнатодинамометрии.

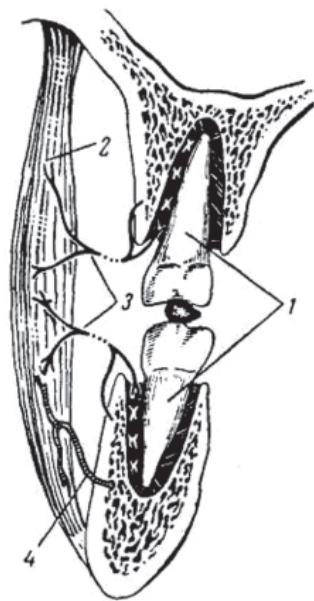


Схема функционального жевательного звена:
1 – опорная часть (пародонт); 2 – моторная часть (мускулатура); 3 – нервнорегулирующая часть;
4 – соответствующая система кровеносных сосудов и трофической иннервации, обеспечивающая питания и регуляцию обменных процессов и тканей жевательного звена

При помощи тех же клинико-функциональных методов исследования изучен ряд рефлексов жевательной системы: периодонто-мышечный; гингиво-мышечный; миостатический рефлекс; взаимосочетание рефлексов жевательной мускулатуры.

На особенностях этих рефлексах основана работа функционально-действующих аппаратов – наклонных плоскостей (угол наклона 30-45°), капп и накусочных поверхностей, которые перемещают зубы или всю нижнюю челюсть в сагиттальном, трансверзальном и вертикальном направлениях. В этих конструкциях отсутствуют активно действующие элементы. Источником силы является сократительная способность жевательных и мимических мышц в период контакта зубных рядов.

Из практики ортопедической стоматологии известно, что длительное полное или частичное отсутствие зубов, разрушение коронок естественных зубов, использование неудовлетворительных зубных протезов, может стать причиной смещения нижней челюсти, так и уменьшения высоты нижней трети лица.

Приобретенные при этом рефлексы обуславливают изменения характера сокращения мышц, движений нижней челюсти и языка во время жевания, глотания, разговора и новое окклюзионное положение нижней челюсти. Закрепляясь со временем, неправильная окклюзия становится устойчивой и затрудняет последующее протезирование, направленное на восстановление истинного центрального положения нижней челюсти относительно основания черепа. Многочисленные клинические наблюдения показывают, что одномоментное восстановление центрального положения челюстей в тех случаях, когда его нарушение сохраняется в течение многих лет, особенно у пожилых людей, нередко заканчивается неудачей: адаптация к протезам не наступает.

Поэтому многие авторы [Гаврилов Е.И., Оксман И.М., 1968; Рубинов И.С., 1970; Гаврилов Е.И., 1979, 1985] считают целесообразным провести предварительную перестройку нейромышечного аппарата зубочелюстной системы человека. Цель изменения положения нижней челюсти по отношению к верхней – прервать приобретенные рефлексы, расшатать выработанный стереотип мышечных движений и обеспечить возврат к прежним рефлексам, которые определяли истинное центральное соотношение челюстей.

Нейромышечное «переобучение», заключается в изменении произвольной и рефлекторной двигательной активности мышц, проводится посредством увеличения межальвеолярной высоты над уровнем физиологического покоя мышц, т. е. «запредельно». При такой форме гиперкоррекции используют физиологическую особенность миотатического рефлекса: *снижение сократительной способности мышц при их запредельном растяжении*. Результаты исследований, проведенные рядом ученых, подтвердили, что на этом уровне электрическая активность мышц и сила сжатия челюстей уменьшаются, так как проприоцептивная импульсация становится настолько сильной, что возбуждение сме-

няется торможением, в результате чего уменьшается сократительная способность мышечных волокон и всей мышцы.

Восстановление высоты нижнего отдела лица, поддерживаемой мышцами в положении центральной окклюзии и состоянии физиологического покоя, обычно происходит в сроки от 3-6 мес. до 1 года, что зависит от здоровья человека, его возраста и давности снижения фиксированной высоты нижней трети лица. О ходе перестройки можно судить по лицевым признакам, а также результатам гнатодинамометрии и электромиографии. Эти методы позволяют объективно контролировать функциональное состояние собственно жевательных и височных мышц до, в процессе и после лечения. К субъективным клиническим признакам, свидетельствующим о завершении перестройки нейромышечного аппарата зубочелюстной системы, относят ощущение удобства и желание большого постоянно пользоваться капшой, в частности и во время жевания.

После завершения подготовки проверяют реакцию суставов и мышц и изготавливают протез постоянного пользования, с помощью которого фиксируют восстановленную межальвеолярную высоту и положение нижней челюсти.

В результате применения методики подготовки жевательных мышц при дисфункциях зубочелюстной системы, связанных с уменьшением межальвеолярной высоты, исчезают либо заметно уменьшаются напряжение жевательной мускулатуры, боли и ощущение неудобства в области жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов, уменьшаются или полностью устраняются смещения нижней челюсти. Перестройка нейромышечного аппарата позволяет добиться более высоких результатов ортопедического лечения, как в функциональном, так и в эстетическом плане.

Далее описаны клиничко-лабораторные этапы изготовления ортопедических конструкций применяемых для изменения высоты нижней трети лица.

Для самоконтроля предложены клинические ситуации с тестовыми заданиями.

Учебно-методическое пособие имеет гриф УМО.

**РУКОВОДСТВО
ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ
для самоподготовки к практическим
занятиям студентов V курса специальности
«Лечебное дело» (учебно-методическое пособие)**

Коваленко И.Б., Судаков М.В.,
Карпачев А.А.

*ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный
национальный исследовательский университет»,
Белгород, e-mail: igor-kovalenko@mail.ru*

На современном этапе развития общества проблема перестройки образования в любом ее

аспекте является одной из ключевых. Те социально-экономические процессы, которые происходят сегодня, оказывают противоречивое действие на условия деятельности и жизнь профессорско-преподавательского состава высшей школы. Новому времени нужен новый человек. Именно от результатов деятельности преподавателей высшей школы во многом зависит судьба России в ближайшие десятилетия. Для того чтобы студент чувствовал себя комфортно в условиях динамически изменяющегося общества, его должны обучать те, кто работает творчески.

От качества подготовки медицинских кадров, определяющего в итоге и качество медицинской помощи, будут в основном зависеть дальнейший прогресс и рост эффективности здравоохранения. Решение задачи обеспечения потребностей здравоохранения в высококвалифицированных и компетентных специалистах неразрывно связано с необходимостью совершенствования, оптимизации, интенсификации и инновации учебного процесса. Конечная цель высшего медицинского образования состоит во взаимосвязи следующих основных позиций: дать студентам знания, умения и навыки на современном научном уровне по важнейшим разделам медицины; научить студентов постоянно пополнять и обновлять эти знания; самосовершенствоваться по избранной специализации; создать условия для развития творческой личности врача. Не секрет, что зачастую преподаватели просто добросовестно выполняют свои обязанности, но без инноваций, а это в целом снижает качество подготовки специалиста.

Развитие медицинской науки, техники, высоких технологий, современных методов лучевой диагностики и инструментальных методов исследования требуют внедрения инновационных методов обучения студентов и молодых врачей. Основной задачей на современном этапе является необходимость их подготовки как по общим вопросам обследования больных хирургического профиля, так и по использованию высокотехнологических методов диагностики и лечения. В новых социально-экономических условиях реальную ценность для здравоохранения представляют широко образованные специалисты, способные перестраивать свою деятельность в связи с переходом на новые технологии. В этой связи в здравоохранении страны требуются современные подходы в подготовке специалистов, предусматривающие своевременную реакцию на происходящие изменения. На современном уровне подготовка врачей требует знания методов обследования и рационального их применения в каждом конкретном случае. Изучение монографической литературы хирургического профиля показало, что она не всегда освещает новые методы диагностики с использованием современных достижений. Исходя из этого, задачей нашего руководства для самоподготовки студентов к за-