

Kuznetsova M. A., Miroshkin D. V., Chairkina N. V.
(Moscow, Russia)

**PRACTICALLY-ORIENTED TENDENCY IN THE SYSTEM
OF HUMAN ANATOMY TEACHING**

Развитие компетентностного подхода в медицинском образовании является одной из зон научных и практических поисков, связанных с задачей модернизации содержания высшего образования в России. Основным средством реализации компетентностного подхода в системе профильного обучения является практико-ориентированные задачи. Сформированность умений, приобретаемых студентами при решении подобных задач, позволяет им самостоятельно ставить задачи профессионального характера, анализировать результаты решения в зависимости от направления условия задачи, что, несомненно, важно в процессе реализации практико-ориентированного обучения предметов. Сотрудниками кафедры разработан курс дополнительных лекций, размещенный в электронном доступе для самостоятельной работы обучающихся, включая внеаудиторную подготовку и работу на практическом занятии с обязательным выполнением студентами всех видов заданий по теме. Предполагается, что студент должен надежно усвоить учебный материал, решить ситуационные задачи, заполнить словарь терминов. Большое влияние на развитие профессиональной мотивации студентов оказывает практическое освоение медицинской деятельности посредством включения в профессиональную среду иницирующие процессы профессиональной идентификации. С этой целью отдельные практические занятия проводятся в секционном зале на базе кафедры с использованием технологии проблемного обучения. Учитывая многолетний опыт кафедры анатомии, специфику организации обучения, важно не только инновационно развивать содержание, формы и методы профессионального образования будущих специалистов, но и сохранить уникальность, присущую этой специальности.

Кузьмина И. Н., Конкина Н. И. (Санкт-Петербург, Россия)

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
КОЛЛАТЕРАЛЬНЫХ СВЯЗОК ЛОКТЕВОГО СУСТАВА**

Kyz'mina I. N., Konkina N. I. (St. Petersburg, Russia)

**COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF THE ELBOW JOINT
COLLATERAL LIGAMENTS**

В ходе работы было проведено морфометрическое исследование коллатеральных связок локтевого сустава на 30 препаратах, из которых 10 были изготовлены методом полимерного

бальзамирования и 20 фиксированы формалином. Оценка функциональных возможностей локтевого сустава проводилась при помощи диагностических тестов варусного и вальгусного напряжения. В результате полученных измерений коллатеральных связок локтевого сустава было установлено, что наибольшей длиной обладает локтевая коллатеральная связка в среднем ($33,6 \pm 4,5$ мм) и заднем отделе ($27,9 \pm 3,8$ мм). Большая длина локтевой коллатеральной связки по сравнению с лучевой в среднем на 12,9% способствует увеличению объема движения и при действии чрезмерных абдукционных и дистракционных нагрузок, может провоцировать появление травм. Кроме того, большая длина локтевой коллатеральной связки в сочетании с винтообразной формой плече-локтевого сустава определяет смещение фронтальной оси и его кинематические особенности. Установлено, что наибольшая плотность соприкосновения блока плечевой кости и блоковой вырезки локтевой кости наблюдается при сгибании под углом 110° и приближении предплечья к туловищу. Морфометрические характеристики связок свидетельствуют о широком диапазоне их анатомических вариантов. Существенные различия наблюдались в максимальном и минимальном значениях длины, что связано с половыми, типовыми и возрастными особенностями.

Кулакова О. В., Соловьева Л. В., Григорьева Ю. В.
(г. Самара, Россия)

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ
ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ
НОСА И СТЕНКИ СЛЕЗНОГО МЕШКА У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ ДАКРИОЦИСТИТОМ**

Kulakova O. V., Solovyeva L. V., Grigoryeva Yu. V.
(Samara, Russia)

**MORPHOLOGICAL CHANGES OF THE NASAL CAVITY
MUCOSA AND LACRIMAL SAC WALL OF THE IN PATIENTS
WITH CHRONIC DACRYOCYSTITIS**

Проведено гистологическое исследование слизистой оболочки полости носа и стенки слезного мешка у 26 больных хроническим дакриоциститом, полученных при эндоназальной дакриоцистиномии. Обнаружены выраженные реактивные изменения во всех слоях слизистой оболочки носа. В эпителии чаще наблюдались атрофические изменения, в половине случаев — утолщение базальной мембраны в виде мощного гиалинового слоя, реже — участки гипертрофии, в 15% случаев — метаплазия эпителия в многослойный плоский. Инфильтрация собственной пластинки разной степени выраженности наблюдалась в 80% случаев, чаще очаговая лимфоцитарно-плазмодитарная подэпителиальная, реже диффуз-

ная, захватывающая участки между концевыми отделами. Во всех случаях наблюдались выраженные изменения концевых отделов желез: чаще — гиперплазия железистого эпителия, гиперпродукция слизи, частичное разрушение мукоцитов, гиперплазия сероцитов, в двух случаях — участки метаплазии железистого эпителия. В 70% случаев отмечались склеротические изменения между концевыми отделами, приводящие к их деформации, реже — уплотнение соединительной ткани под эпителием. Изменения стенки слезного мешка были менее выраженными. В 35% случаев стенка была представлена не измененной плотной волокнистой соединительной тканью. В 15% наблюдалась выраженная диффузная круглоклеточная инфильтрация, в остальных случаях — незначительная очаговая. Таким образом, выявленные преимущественные изменения слизистой полости носа позволяют судить о важной роли риногенной этиологии в нарушении процессов слезоотведения.

Куликов Е. В., Боли Бегре Исса, Селезнев С. Б.
(Москва, Россия)

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ У СОБАК

Kulikov Ye. V., Boli Beugre Issa, Seleznev S. B. (Moscow, Russia)

PATMORPHOLOGICAL CHANGES IN DOG PANCREATITIS

С помощью анатомических, гистологических и патоморфологических методик исследования изучали патоморфологические изменения при панкреатите у собак. Макроскопическая картина острого панкреатита проявляется в виде серозного отека, кровоизлияний на поверхности поджелудочной железы, иногда сопровождается гнойным воспалением с образованием абсцессов, а еще реже — геморрагически-некротическим воспалением. Обычно острый панкреатит сопряжен с катаральным энтеритом. Микрокартина острого панкреатита характеризуется лимфоидно-гистиоплазмоцитарной инфильтрацией, вследствие чего развиваются атрофический фиброз, цирроз органа, склероз и гиалиноз его стромы с нарушением проходимости протоков, а иногда с образованием камней и кист. При серозном отеке под малым увеличением наблюдается резкое инъецирование кровеносных сосудов, они также расширены. Данная гиперемия выражена не везде, в поле видимости могут попадаться сосуды, не вовлеченные в воспалительный процесс. При большом увеличении заметно, что соединительная ткань поджелудочной железы пропитана серозным экссудатом, вследствие чего разрыхлена, границы ее расширены, а некоторые коллагеновые

волокна набухшие. Также соединительная ткань подвержена лимфоидно-гистиоплазмоцитарной инфильтрацией, что может говорить о выраженном пролиферативном процессе. Таким образом, патоморфология хронического панкреатита отличается от острого панкреатита наличием развивающегося атрофического фиброза, цирроза органа, склероза и гиалиноза его стромы с нарушением проходимости протоков и образованием камней и кист.

Кульбаба П. В., Можаяев П. Н., Аджисалиев Г. Р., Гафарова Э. А. (г. Симферополь, Россия)

АНАТОМИЯ ЭМИССАРНЫХ ВЕН В ПЛОДНОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЯ

Kul'baba P. V., Mozhayev P. N., Adzhisaliyev G. R., Gafarova E. A. (Simferopol', Russia)

ANATOMY OF EMISSARY VEINS IN THE FETAL PERIOD OF DEVELOPMENT

В отличие от взрослых, во внутриутробном периоде более развиты венозные выпускники свода черепа. У плодов и новорожденных детей на всех препаратах найдены лобные, теменные и затылочные эмиссарии. Исследование было проведено на коррозионных препаратах 120 плодов и новорожденных детей обоего пола. На большинстве препаратов выявлены теменные выпускники с обеих сторон. Как правило, он сквозной, очень короткий (не более 2 мм), и не превышает в диаметре 2 мм. Направление теменной выпускной вены может быть вертикальным или косым по отношению к горизонтальной плоскости. Данный выпускник связывает между собой верхний сагиттальный синус, вены твердой оболочки головного мозга и вены губчатого вещества с внечерепным венозным руслом. Отмечено преобладание размеров правой теменной выпускной вены в 63% случаев. Затылочный выпускник встречается практически на всех препаратах независимо от возраста. В диаметре он не превышает 2 мм. Иногда этот выпускник удвоенный, впадает обычно в синусный сток или в поперечные синусы, в ряде случаев в затылочный синус. Угол впадения в венозные синусы твердой мозговой оболочки может быть около 90°, меньше или больше. В синусный сток затылочные выпускные вены впадают под прямым углом, в затылочный синус — чаще под углом 10–35°. Чаще всего он соединяет синусы твердой оболочки с венами губчатого вещества затылочной кости и не имеет связи с венами мягких тканей. Практически на всех препаратах есть лобный выпускник, через который кровь из вен губчатого слоя соответствующей кости оттекает в вены глазницы.