

классической гайморотомии по Калдуэлл-Люку с её модификациями до различных методов микрогайморотомии.

В конце 20-го века предложено несколько вариантов щадящей гайморотомии, получившей название микрогайморотомия (А.Г. Волков, 2004).

При проведении этих операций исключается наложение сообщения верхнечелюстной пазухи с нижним носовым ходом, а трепанационное отверстие в передней стенке верхнечелюстной пазухи делается минимальным. Кроме долот для этой цели применяют различные троакары (Э.Я. Калькис, 1977; А.Г. Волков, 1980; W. Draf, 1980).

Определенный интерес представляет троакар конструкции В.С. Козлова, 1992, 1997 и его модификации (М.П. Ашмарин, Ю.Г. Александров, 1998). Рабочий конец, предложенного троакара выполнен в виде трехгранной остроконечной пирамиды и воронки, вводимой в пазуху после её трепанации.

Между тем, ещё в 2000 г. работами А.Г. Волкова была доказана травматичность использования троакара и предпочтительность использования для этих целей стоматологических фрез.

Описаны также эндоскопические эндоназальные подходы, но с их помощью не всегда удается осмотреть все стенки пазухи и тем более удалить из неё кисту или инородное тело.

Таким образом, выбор тактики хирургического лечения ограниченных воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи остается дискуссионным.

Используя имеющийся опыт, мы предложили свою методику проведения микрогайморотомии, которую успешно применяем в своей практике. За последние два года нами были прооперированы 34 человека: 22 с кистами верхнечелюстных пазух и 12 с её инородными телами.

Сущность методики в следующем. После обычной премедикации и инфильтрационной анестезии обнажается передняя стенка верхнечелюстной пазухи, при этом мы стараемся не ослаивать надкостницу. Затем проводим два параллельных небольших, около 1 см, вертикальных разреза надкостницы. Края надкостницы мобилизуем ровно настолько, чтобы стоматологическими фрезами наложить в передней стенке пазухи два отверстия, равными диаметру риноскопа. В одно отверстие вставляем риноскоп, а в другое вводим гортанные щипцы Мориса-Шмидта. При необходимости инструменты можно менять местами. Изображение просвета пазухи проектируется на экран монитора. Использование эндовидеотехники значительно облегчает проведение щадящих вмешательств в полости верхнечелюстной пазухи.

После обнаружения инородного тела или кисты они убираются с помощью щипцов. Пазуха промывается растворами антисептиков, при

этом в одно отверстие раствор заливается, а из другого отсасывается наконечником отсоса.

После контрольного осмотра просвета пазухи накладываются кетгуттовые швы на края слизистой оболочки преддверия полости рта.

Затем в обязательном порядке контролируем проходимость естественного соустья верхнечелюстной пазухи и исключаем изменения анатомических структур в зоне остеомаксиллярного комплекса, что может быть причиной нарушения самоочищения синуса и сводить операцию к неудовлетворительному результату, несмотря на самый щадящий её характер.

Применяемая нами методика хирургического вмешательства на верхнечелюстной пазухе носит выраженный щадящий характер и позволила значительно сократить время пребывания больного в стационаре, уменьшить у них послеоперационный отек мягких тканей и свести к минимуму их болевые ощущения.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ НОВОГО ПРЕПАРАТА – «АРКОКСИА»

Маланьин И.В., Дмитриенко И.А.,
Донских Е.Ю., Кульпинова О.А.

ООО «Авторская стоматологическая клиника
академика Маланьина», Краснодар,
e-mail: malanin-dent@mail.ru

Среди стоматологических заболеваний наиболее часто встречается хронический апикальный периодонтит в стадии обострения. Это говорит об актуальности данной проблемы и о том, что надо искать наиболее эффективные средства для борьбы с этой патологией.

Распространение раздражающих факторов из корневого канала в периодонт приводит, как правило, к хроническому длительно текущему воспалению. В ряде случаев после проникновения раздражающих факторов в периодонт развивается острое воспаление, что обусловлено невозможностью оттока экссудата. В результате этого возникает болезненность, которая сохраняется до создания путей выхода для экссудата.

Для лечения хронического апикального периодонтита применяют различные препараты: антибиотики, антисептики, иммуномодуляторы, но самым главным при лечении данной патологии является назначение противовоспалительных препаратов. Одним из них является новый нестероидный противовоспалительный препарат «Аркоксиа». Он является селективным ингибитором циклооксигеназы – 2 (ЦОГ-2). В терапевтических концентрациях препарат блокирует образование простагландинов и обладает мощным противовоспалительным и анальгезирующим действием. Селективное угнетение ЦОГ-2 препаратом «Аркоксиа» сопровождается уменьшением выраженности

клинических симптомов, связанных с воспалительным процессом.

Целью исследования послужило ещё большее улучшение качества лечения апикального периодонтита.

Задачей данной работы явилась разработка метода, ускоряющего снятие болевого синдрома при обострении хронического апикального периодонтита.

Материалы и методы: при лечении апикального периодонтита в стадии обострения было взято 100 человек, из них 50 составили контрольную группу, а другим проводили лечение с помощью препарата «Аркоксия». У контрольной группы лечение проводилось по общеизвестной методике: препарирование полости, вскрытие полости зуба, удаление коронковой и корневой пульпы, промывание каналов гипохлоритом натрия и пломбирование каналов.

Это лечение занимало одно посещение. При лечении обострения хронического апикального периодонтита с помощью препарата «Аркоксия» лечение проводилось в 2 посещения: в 1-е посещение после промывания каналов, в них вводили на 2 дня порошок «Аркоксия» на дистиллированной воде, во 2-е посещение пломбировали каналы. В контрольной группе 92% больных отмечали болезненность при накусывании в течение 5-7 дней, в то время как у 95% пациентов при помощи препарата «Аркоксия» уже впервые часы воспаления было снято и как следствие этого болей при накусывании не ощущалось.

Нами было установлено, что применение препарата «Аркоксия» демонстрирует мощный противовоспалительный эффект в короткие сроки и поэтому может широко использоваться в стоматологической практике.

Технические науки

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ СИСТЕМ

Авдеюк О.А.

Волгоградский государственный технический университет, Волгоград, e-mail: oxal2@mail.ru

Живой организм – это сложная нелинейная система, состоящая из большого количества функциональных физиологических систем, которые изучаются в теории, предложенной П.А. Анохиным. Под функциональной системой организма [1] понимают динамические, саморегулирующиеся центрально-периферические организации, обеспечивающие своей деятельностью полезные для метаболизма организма и его приспособления к окружающей среде результаты. Для достижения полезных для организма результатов в функциональных системах избирательно объединяются тканевые элементы разных уровней, принадлежащие к различным анатомическим образованиям. При выходе из строя одного или нескольких исполнительных компонентов функциональной системы обеспечение ее конечного приспособительного результата может быть обеспечено другими входящими в нее компонентами или привлечением новых. Включение отдельных органов и тканей в функциональные системы всегда происходит по принципу взаимодействия, т.е. компоненты освобождаются от избыточных степеней свободы и объединяются с другими компонентами только на основе тех степеней свободы, которые содействуют получению надежного конечного результата. В целом организме проявляется континуум действия различных функциональных систем, когда деятельность одной функциональной системы во времени сменяется другой. Причем в каждый момент времени в зависимости от

потребности организма доминирует одна система. Различные функциональные системы взаимодействуют между собой. Как правило, изменение одного показателя, результата деятельности одной функциональной системы, сказывается на результатах деятельности других функциональных систем. Многообразие полезных для организма приспособительных результатов указывает на существование множества функциональных систем разного предназначения. Причем, одни функциональные системы, особенно метаболического и гомеостатического уровня, генетически детерминированы; другие складываются по мере формирования и удовлетворения метаболических и поведенческих потребностей организма [3]. Поскольку именно второй вид функциональных систем формируется в процессе жизнедеятельности организма, представляется возможным исследовать процесс образования функциональных систем, приспособительный результат в которых может достигаться в относительно длительные промежутки времени. Например, выработка физической выносливости организма спортсмена [2]. В настоящее время существует большое количество разнообразной медицинской информационно-измерительной техники для определения основных физиологических показателей функционирования организма человека. К ним относятся, например, электрокардиографы, электроэнцефалографы, фонокардиографы, реографы, которые позволяют исследовать физиологические системы без учета взаимного влияния. Увеличивающийся поток информации о деятельности органов и систем хотя и раскрывает все новые явления и законы взаимодействия сложных систем, адаптацию организма к внешним условиям среды, но в силу сложности изучаемых живых объектов, увеличение возможностей в получении