

Вывод. Применение Дерината в послеоперационном периоде у пациенток с гнойными образованиями придатков матки способствует активации процессов репарации. Эффективность заживления при использовании Дерината подтверждается полученными данными.

**НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМ
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИСУСИТОМ,
ОСЛОЖНЕННЫМ
ОРОАНТРАЛЬНЫМ СОУСТЬЕМ**

Гюсан А.О.

*Северо-Кавказская государственная
гуманитарно-технологическая академия, Черкесск,
e-mail: gujsan@mail.ru*

В последние десятилетия отмечается значительный рост верхнечелюстных синуситов одонтогенного происхождения. Важное место в развитии одонтогенных верхнечелюстных синуситов занимают их открытые перфоративные формы с проникновением или без проникновения корня зуба в полость пазухи. Этому, в большинстве случаев, способствуют особенности анатомо-топографического строения верхнечелюстной пазухи, а также грубые манипуляции при удалении больших и малых коренных зубов верхней челюсти.

Этой форме одонтогенного верхнечелюстного синусита присуще многообразие микробной флоры, начиная с анаэробов, аэробов и заканчивая дрожжеподобными грибами. Характерными клиническими признаками являются: наличие односторонности поражения, перфорации, инфицирование верхнечелюстной пазухи микрофлорой полости рта, наличие гнойного отделяемого с характерным запахом.

Следует отметить, что длительное существование ороантрального соустья приводит к хроническому воспалению слизистой оболочки, преимущественно в области бухты альвеолярного отростка с развитием полипозно-гнойных форм (В.А.Козлов и соавт., 1982).

Лечение таких больных имеет свои особенности, которые заключаются в необходимости одновременного лечения верхнечелюстного синусита, с учетом микробного пейзажа, закрытия перфорации и контроля над состоянием естественного соустья верхнечелюстной пазухи с полостью носа.

Целью нашей работы было повышение эффективности оказываемой помощи больным одонтогенным верхнечелюстным синуситом, осложненным ороантральным соустьем.

Лечение проводили в три этапа:

– на первом шла активная предоперационная подготовка, позволяющая ограничить воспалительный процесс в пазухе, сохранить слизистую оболочку и восстановить её функцию;

– на втором, проводили щадящую микрогайморотомию с пластикой ороантрального соустья аутоотканями;

– на третьем, контролировали функцию естественного соустья и если выявляли нарушение аэрации пораженной пазухи, то устраняли её причину.

Предоперационная подготовка заключалась в дренировании пазухи и ликвидации гнойного процесса путем внутривпазушного введения лекарственных препаратов.

Затем, больному одномоментным вмешательством на верхнечелюстной пазухе, но без наложения соустья с нижним носовым ходом, проводили пластику ороантрального соустья. Для этого применяли операционный доступ по Нейману-Заславскому, формируя трапецевидный слизисто-надкостничный альвеолярно-щечный лоскут с основанием выше переходной складки преддверия полости рта сверху. Лоскут отсепааровывали от кости кверху, обнажая переднюю стенку верхнечелюстной пазухи. В передней стенке делали небольшое трепанационное отверстие при помощи электродрели с трепаном для вскрытия верхнечелюстной пазухи по М.Л. Закону. Прделанное отверстие достаточное для полного осмотра полости околоносовой пазухи при помощи жестких эндоскопов и удаления из неё всего патологического. Затем, в обязательном порядке осматриваем область естественного соустья со стороны полости пазухи и, при необходимости восстанавливаем его проходимость. Как правило, мы одновременно проводим и третий этап лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов, т.е. выполняем ревизию соустья эндоназально и решаем вопрос о необходимости в дальнейшем внутриносовых корригирующих операций.

В то же время удаленная, при помощи трепана костная ткань передней стенки верхнечелюстной пазухи вместе со слизистой оболочкой сохраняется нами во влажной салфетке и используется в дальнейшем в качестве трансплантата для закрытия ороантрального соустья, по методу предложенному В.В. Скоробогатый (2005).

Трансплантат укладываем слизистой оболочкой в сторону верхнечелюстной пазухи, предварительно подготовив ложе альвеолярного гребня, проведя кюретаж лунки, уложив туда гемостатическую губку, отслоив края слизистой оболочки альвеолярного гребня. При этом трансплантат перекрывает края перфорации, чтобы он не проваливался в полость пазухи. После чего укладываем сверху трансплантата сформированный в начале операции слизисто-надкостничный трапецевидный лоскут. При этом следует позаботиться, чтобы хорошо сместить его на поверхность дефекта десны и тщательно подшить к слизистой оболочке у небо-

го края дефекта так, чтобы линия швов была за пределами лунки.

Используя указанный алгоритм лечения больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом, осложненным ороантральным соустьем, нам во всех случаях удалось достичь положительного результата лечения.

ФОРМИРОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОГО АКТА В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

Королев А.А., Сулова Г.А.

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия,
Санкт-Петербург, e-mail: koroland.dok@mail.ru*

Мышечные сокращения – это конечный результат сложной и иерархической организованной системы двигательного контроля. Изучение этого контроля важно для понимания механизмов формирования двигательного акта в норме и патологии. Необходимо подчеркнуть, что объектом системы моторного контроля, в конечном счете, являются мотонейроны мозгового ствола и спинного мозга, которые иннервируют мышцы, формируя общий конечный путь. Мотонейроны, как известно, различаются по своим морфологическим и физиологическим характеристикам. α -мотонейроны – самые большие мотонейроны и имеют широкое рецептивное поле дендритов, иннервируя определенное число мышечных волокон (эта структура называется двигательной единицей). α -мотонейроны определяют физиологические качества конкретной двигательной единицы (тонические и фазические). γ -мотонейроны иннервируют интрафузальные мышечные волокна, контролируя чувствительность мышечного веретена.

Однако гипотезы, основанные только на итогах морфологических исследований и клинико-морфологических сопоставлениях, не дают достаточной информации для суждения о механизмах формирования спастического пареза у человека. Основные успехи в понимании спастичности достигнуты, главным образом, в ходе исследований, выполненных у больных с использованием клинических нейрофизиологических методик. Основной вывод из соответствующих работ состоит в следующем: спастичность является отражением событий, которые происходят на сегментарном уровне и обусловлены изменением возбудимости в нейрональных кольцевых цепях спинного мозга. Это проявляется гипервозбудимостью α -мотонейронов и интернейронов, опосредующих сгибательные рефлексы, снижением пресинаптического торможения Ia-афферентов, реципрокного и возвратного торможения, а также снижением возбудимости Ib-интернейронов.

В отличие от спастичности, в механизмах развития которой имеют значения события, происходящие на сегментарном уровне спинного

мозга, электрофизиологические методы оценки и исследования центрального пареза разработаны в меньшей степени. Изучение функционального состояния пирамидного тракта в полной мере началось только после внедрения в неврологическую практику транскраниальной магнитной стимуляции. Было показано, что при повреждениях нисходящего двигательного пути разной этиологии на разных его уровнях можно зарегистрировать изменения проводящей способности пирамидного тракта.

Общим итогом этих исследований на современном этапе является представление о том, что спастический парез не является результатом поражения какой-либо одной системы волокон нисходящей двигательной системы на церебральном или спинальном уровне, а также дисфункцией одного нейрофизиологического или нейрохимического механизма. Объективным критерием его развития является увеличение времени формирования и проведения эфферентного импульса в кортико-спинальной системе. При этом спастичность возникает в основном вследствие снижения активности нескольких спинальных ингибиторных систем, в меньшей степени – в результате повышения возбудимости некоторых сегментарных образований. Установленными механизмами, формирующими спастичность, являются пресинаптическое растормаживание ГАМК-ергических Ia-терминале, уменьшение глицинергического реципрокного торможения, гипервозбудимость α -мотонейронов, гиповозбудимость Ib-интернейронов и дезорганизация постсинаптического глицинергического ингибирования. Однако эти механизмы, по-видимому, являются более сложными. Их количество будет возрастать по мере разработки новых методов исследования двигательных систем.

ПОВЫШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИМПЛАНТАТОВ CSM APOLONIA ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ОТКРЫТОГО СИНУС-ЛИФТИНГА

Маланьин И.В., Колесникова М.Г., Калиновская Е.А.

*Кубанская научная школа стоматологии, Краснодар,
e-mail: malanin-dent@mail.ru*

На сегодняшний день актуальной проблемой в стоматологии является постановка имплантатов при недостатке костной ткани в месте предполагаемого хирургического вмешательства. Операция открытого синус-лифтинга довольно сложная по техническому исполнению, требует применения искусственной костной ткани. В связи этим предъявляются повышенные требования к поиску наиболее подходящих для этих целей имплантатов. В попытке улучшить остеointegrацию имплантатов при данной