

наблюдениями по поводу курения. Дети охотно вспоминали: кто из них находил и подбирал окурки, у кого дома соседские дети пробовали курить тайком от взрослых, у кого старшие брат или сестра потихоньку курят, да еще сигареты таскают у родителей, да и родители «дымят как драконы». Во время просмотра сказки, где немаловажную роль играет создание видимого контраста между образом больного и здорового главного героя, после анализа увиденного и услышанного, все дети согласились, что курение сильно вредит здоровью и лучше вовсе не начинать курить.

Таким образом, нам удалось ответить на поставленный вопрос о возрасте начала профилактической работы с детьми: по нашему мнению 5-6 летний возраст наиболее оптимальный для начала формирования мотивации здорового образа жизни. Этот возраст наиболее благоприятен и в том отношении, что детские дошкольные учреждения еще относительно «закрыты» для негативного влияния общества и восприятие мира формируется только родителями и воспитателями, а, следовательно, вероятность вырастить здорового человека и достойного гражданина, достаточно велика.

ВНЕДРЕНИЕ СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ СПОСОБОВ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС Янченко С.В.

*Кубанский государственный медицинский университет, кафедра глазных болезней
Краснодар, Россия*

В настоящее время проблема обучения офтальмологов современным способам диагностики синдрома «сухого глаза» (ССГ) остаётся нерешённой. Вместе с тем, всё больше людей имеют проявления ССГ, что связано с увеличением количества факторов риска (мониторный и офисный синдром, приём гормональных контрацептивов, ношение контактных линз, рефракционная хирургия) (Epidemiology Subcommittee of the IDEWS, 2007). С другой стороны, наличие у обучающихся субъективных проявлений ССГ (чувство «инородного тела», «сухость», «слезотечение»), связанных с вышеперечисленными факторами риска, обуславливает их интерес к указанной проблеме. В связи с этим, с начала данного учебного года клинические ординаторы и студенты, проходящие обучение на кафедре глазных болезней КГМУ, осваивают модифицированный способ импрессионной цитологии (ИЦ) в диагностике ССГ, включающий использование «инструмента для дозированного забора клеточного материала» (Янченко С.В. и соавт., 2008; приоритет от 29.07.08; №2008131352) и компьютерную морфометрию. Разработанный инструмент позволяет повысить точность исследования в 7,8 раз

(сравнительно с традиционной техникой Singh et al., 2005), за счёт стандартизации усилия компрессии. Компьютерная морфометрия микроизображений конъюнктивы, с использованием программы «M-SCAN», разработанной на кафедре гистологии КГМУ, позволяет объективизировать результаты исследования, а также, повысить его точность в 1,5 раза (сравнительно с традиционным субъективным морфометрическим анализом).

Модифицированный способ ИЦ позволяет стандартизировать диагностику ССГ. Сравнительно с прототипом, процедура забора клеточного материала становится технически более простой, а проведение объективного морфометрического анализа возможно без участия врача-морфолога. Вышеизложенное позволяет рекомендовать: внедрение разработанного способа в учебный процесс на кафедрах глазных болезней ВУЗов, а также, его использование в клинической практике врачей-офтальмологов.

ПРОБЛЕМА ПОВЫШЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ-ОФТАЛЬМОЛОГОВ О СПОСОБАХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА»

*Янченко С.В.
Кубанский государственный медицинский университет, кафедра глазных болезней
Краснодар, Россия*

Синдром «сухого глаза» (ССГ) является одним из наиболее распространённых офтальмологических заболеваний (Бржесский В.В. и соавт., 2003; Epidemiology Subcommittee of the IDEWS, 2007). Несмотря на появление новых способов терапии ССГ (Бржесский В.В. и соавт., 2003; Майчук Д.Ю., 2007; Murube J., 2001; Farrell J., 2003), большинство офтальмологов ограничивается проведением слёзозамещения. Вместе с тем, новые возможности открывает использование патогенетической терапии ССГ, направленной на устранение (уменьшение) воздействия его этиологических предпосылок, в том числе, проведение противовоспалительной терапии (Майчук Д.Ю., 2007), купирование хронического глазного ишемического синдрома (ХГИС) (Янченко С.В., 2008). На кафедре глазных болезней КГМУ были разработаны способы патогенетически ориентированной терапии ССГ у пациентов с наличием ХГИС (Янченко С.В., Ерёменко А.И. и соавт., 2008) путём использования: 1) блокады синокаротидной рефлексогенной зоны (приоритет от 30.01.08; №2008103460); 2) лимфотропной терапии (приоритет от 29.07.08; №2008131353); 3) периартериальной блокады позвоночной артерии (приоритет от 29.07.08; №2008131351). Указанные способы приводят к купированию ХГИС, связанного со спазматическим компонентом, при

этом, их влияние на гемодинамику внутренней сонной артерии, глазничной и слёзной артерии является достоверно более выраженным, чем при использовании традиционной терапии. Купирение ХГИС приводит к увеличению слёзопродукции, и улучшению трофики тканей «глазной поверхности», что подтверждается морфологическим исследованием конъюнктивы.

Приведенные данные позволяют рекомендовать внедрение разработанных способов патогенетической терапии ССГ в учебный процесс на кафедрах глазных болезней ВУЗ^{ов}, для повышения информированности об указанной проблеме студентов и лиц, проходящих последипломное обучение.

Научные исследования высшей школы по приоритетным направлениям науки и техники

Медицинские науки

«БОЛ-ХИТАЛ» - ИННОВАЦИОННЫЙ ПРОДУКТ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Большаков И.Н., Патлатая Н.Н., Левенец А.А.
ГОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет
им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Росздрава
Красноярск, Россия

Челюстные кости являются самым частым местом расположения деструктивных изменений, значительная часть которых локализуется на уровне корней зубов. Частота развития этих очагов соответствует высокому уровню кариозных поражений зубов у лиц обоего пола во всех возрастных группах. Оптимизация процессов репаративной регенерации костной ткани является одной из важнейших проблем реконструктивной хирургии, в частности в челюстно-лицевой области.

Главной задачей после хирургического удаления оболочек околокорневых кист челюстей является устранение дефектов за счет стимуляции новообразования костной ткани. Основным методом оперативного лечения, по мнению ряда авторов [5], остается цистэктомия с одномоментной резекцией верхушек корней, выступающих в полость кисты. К недостаткам этой операции следует отнести снижение функции резецируемых зубов, возможность реинфекции из срезанных микроканальцев и травматичность операции [6]. Кроме того, после удаления околокорневых кист остаются костные полости, которые снижают прочность челюстных костей и могут вызывать функциональные и эстетические нарушения.

В лечении кист челюстей появились новые направления, такие как заполнение костных полостей биокомпозиционными материалами после цистэктомии с целью предотвращения ранних осложнений. Это связано с тем, что при стандартном оперативном вмешательстве имеет место сокращение кровяного сгустка и это зачастую приводит к инфицированию костной полости и последующим осложнениям. Заполнение костного дефекта челюстных костей биокомпозиционными материалами после цистэктомии направлено на:

- предотвращение возможных осложнений, связанных с сокращением и распадом кровяного сгустка, а также вторичным инфицированием раны;

- оптимизацию регенерации костной ткани в области дефекта и восстановление формы и функции челюстных костей.

По этой причине материалы, используемые для заполнения костной полости после цистэктомии, должны обладать рядом необходимых свойств.

Во-первых, иметь хорошие показатели биосовместимости, быть биодеградируемыми и не вызывать у реципиента воспалительной реакции.

Во-вторых, обладать остеоиндуктивностью, активно побуждать остеобласти и другие мезенхимальные клетки к формированию кости.

И, в-третьих, выполнять и стабильно занимать объем дефекта, то есть нести остеокондуктивную функцию.

Для решения этих вопросов многие стоматологи используют отечественные биокомпозиционные материалы, так как они по своим свойствам практически не уступают зарубежным аналогам, а их стоимость значительно ниже импортных. Так, к настоящему времени препараты "Гидрогсиопол" и "Колапол" (фирмы "Полистом"), "Коллапан-Л" (фирмы "Интермедапатит"), "Остим-100" (фирмы "Остим") и ряд других хорошо изучены и широко применяются в практике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии [1,2,3,4]. Проведенные биоэкспериментальные исследования показали, что материал на основе хитозан-альгинатного комплекса «Бол-хитал» также соответствует всем требованиям, предъявляемым к имплантационным материалам, индуцирующим репаративный остеогенез [11]

Целью настоящего исследования явилось изучение возможности применения и выявление влияния на процессы репаративной регенерации костной ткани при удалении кист челюстей материала на основе хитозан-альгинатного комплекса «Бол-хитал».

Материал и методы исследования

Поставленная задача решалась путем заполнения костных полостей гель-авто-кровь мас-