

Каждый маленький должен стать взрослым родителем, чтобы его род продолжался в поколениях. Для этого следует научиться быть счастливым везде и во всем, чтобы счастье росло с возрастом также, как и возраст ребенка от младшего к старшему вертикально. Отклонения от развития, от истинного счастья в разные стороны бывает у тех, кто считает взрослость несчастьем, а свои поколения – плодом нищеты и несчастья. Независимо от вероисповедания, от возраста, от национальности – каждый живущий на Земле по-взрослому должен обучаться, чтобы быть счастливым и улучшать рост этого счастья от маленького к большому с мудростью, с любовью так, чтобы потомки всегда гордились мудрыми предками, чтобы взрослые предки были бессмертные и не накладывали свои объемы работ на младшие поколения «своей смертью», а помогали своим родовым мудрым опытом младшим поколениям и окружающим улучшать с возрастом мудрость, гармонию, мир, любовь, счастье, радость в нравственном вертикальном направлении лучшими шагами.

Естественная природа дана человеку-творению в помощь, а поэтому каждый живущий на Земле должен улучшать нравственные свои качества с каждым шагом, с каждым словом, с каждой мыслью, с каждым желанием и делом, каждым поступком. Любое творение, как ребенок должно вырасти. Возможно, первые шаги, первые слова, дела и мысли могут быть

не всегда удачными, но, если учесть, что каждый Истинный Творец является тоже истинным творением своего Высшего Истинного Сотворителя и Он смог стать Родителем-Сотворителем, то творению нечего ложно печалиться о том, что плохо сотворили. Перспектива у каждого сотворения стать Родителем-Сотворителем и не надо делать из себя изгоя, что ему не простят его грехи. Какой родитель захочет не простить своему ребенку, если он старается и хочет быть похожим на Истинного Нравственного Родителя Мудрого Сотворителя. В начале пути каждого живущего на Земле будут ложно преследовать грязные мысли, желания о том, что происхождение человека от обезьяны, и выше этого он ничего не может иметь. Если есть мудрая погода и природа естественного происхождения, то и есть Тот Истинный Мудрейший Сотворитель, который сотворил все необходимое для своего ребенка. Ребенку надо научиться пользоваться своей мудростью в нравственном варианте, чтобы быть всегда похожим на своего Истинного Высшего Родителя-Сотворителя.

Международное образование в норме должно расти от маленького к большому от младшего к старшему в гармонии, в мудрости, улучшая грамотность не только школы для семьи в любой стране, но и улучшить здоровое воспитание в других школах младших и старших, равномерно повышая практическое качество высшей международной школы на всех уровнях.

*«Гомеостаз и инфекционный процесс»,
Израиль (Тель-Авив), 20–27 февраля 2016 г.*

Медицинские науки

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОРОНАЗАЛЬНОГО СООБЩЕНИЯ

Гюсан А.О., Батчаева Г.И.

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

Значительное место в современной практической деятельности врача имеет лечение одонтогенных верхнечелюстных синуситов, особенно осложнившихся образованием соустья между пазухой и полостью рта. При этом необходимо четко различать, что соустьем считают сообщение верхнечелюстной пазухи с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует 7-10 дней. В дальнейшем оно эпителизируется и формируется свищевой ход.

Методы хирургического лечения свежего соустья и свищевых ходов различны.

Целью нашего исследования явился анализ методов хирургического лечения ороназального сообщения в ЛОР отделении КЧРКБ.

Ретроспективному анализу подвергнуто 52 медицинские карты больных с перфоративным одонтогенным верхнечелюстным синуситом, которым проведено хирургическое устранение ороназальной перфорации. Возраст больных колебался от 18 до 76 лет. Распределение по полу было примерно одинаковым, мужчин 27, женщин – 25.

Особое внимание было уделено времени образования ороназального сообщения. К сожалению больных, со свежими случаями (не более недели) было всего 11, т.е. 21,1%. У остальных отмечались различные сроки образования соустья, в том числе более года у 16 больных, 5 из них проводили неоднократное лечение в стоматологической поликлинике с ушиванием дефекта. Однако у всех отмечен рецидив образования свищевых ходов.

Все больные были разделены на две группы. В первую входили больные со свежей ороназальной перфорацией, возникшей при удалении зубов верхней челюсти, без наличия воспалительных изменений в верхнечелюстной пазухе

и без попадания в неё инородных тел. Вторую, большую группу составляли больные с наличием перфорационного сообщения в течение более месяца с формированием свищевого хода и наличием воспалительного процесса в пазухе. У 23 больных одновременно при рентгенографическом исследовании обнаруживались инородные тела в просвете пазухи: корни зубов, пломбировочный материал, обломки корневых игл и каналонаполнителей.

Больным первой группы, после промывания верхнечелюстной пазухи раствором мирамистина и эндоскопического контроля просвета пазухи проводилась пластика ороназального сообщения без проведения максиллотомии. Для закрытия свежей перфорации верхнечелюстной пазухи без максиллотомии применялся в основном метод Вассмунда с использованием трапезиевидного лоскута, образованного на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка.

Больным второй группы в обязательном плане проводилась щадящая максиллотомия с применением видеоэндоскопии, удалением эпителия свищевого хода и всего патологиче-

ского в просвете пазухи и одновременной пластикой ороназального соустья.

У всех больных проверялась, а в случае необходимости устранялась obturация естественного соустья верхнечелюстной пазухи. Таким образом, во всех случаях удалось достигнуть положительного результата.

Сделан вывод, что для положительного результата лечения ороназального соустья необходим дифференцированный подход к выбору хирургического лечения. При образовании свежего соустья и отсутствия в верхнечелюстной пазухе воспалительных явлений и инородного тела (корня, зуба, пломбировочного материала), то есть, при её случайном вскрытии, следует немедленно приступить к его устранению.

При наличии в верхнечелюстной пазухе воспалительных явлений или инородных тел, а также при формировании свищевого хода следует проводить вскрытие верхнечелюстной пазухи с удалением всего патологического и пластикой соустья.

Во всех случаях обязательным является контроль над состоянием естественного соустья верхнечелюстной пазухи, без чего невозможно ожидать положительного результата лечения.

*«Современные наукоемкие технологии»,
Израиль (Тель-Авив), 20–27 февраля 2016 г.*

Медицинские науки

ТЯЖЁЛОЕ ТЕЧЕНИЕ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ПОВЫШАЕТ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ К ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ

Жеребилов В.В., Николаев Н.А.,
Скирденко Ю.П., Землянов А.В., Ульбашев Д.С.
ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава РФ, Омск,
e-mail: niknik.67@mail.ru

В современной медицине исследование приверженности к лечению признано одним из ключевых маркёров потенциальных рисков. С учётом этого с использованием специализированного опросника по Николаеву Н.А. (2015), позволяющего оценить структуру приверженности, было выполнено проспективное многоуровневое исследование, с участием 152 больных стабильной стенокардией I–III функциональных классов (ФК). У больных стабильной стенокардией I ФК высокая и удовлетворительная ожидаемая интегральная приверженность к лечению отмечалась в равных долях – по 50% случаев. В таком же соотношении распределялись респонденты по приверженности к медицинскому сопровождению и модификации образа жизни. Несколько лучшие показатели наблюдались в отношении лекарственной терапии – высокая ожидаемая

приверженность регистрировалась у 66,4% респондентов, удовлетворительная у 33,6%. У больных стабильной стенокардией II ФК высокая ожидаемая интегральная приверженность была отмечена у 75,6% респондентов, удовлетворительная у 18,9% и неудовлетворительная у 5,5%. Сходные результаты наблюдались при оценке приверженности по критериям медицинского сопровождения (высокая у 78,4% респондентов, удовлетворительная у 16,2% и неудовлетворительная у 5,4%) и модификации образа жизни (высокая у 67,6% пациентов, удовлетворительная у 29,7% и неудовлетворительная у 2,3%). Лучшими были результаты приверженности к лекарственной терапии (высокая ожидаемая приверженность у 73% респондентов и удовлетворительная у 27%). У больных стабильной стенокардией III ФК высокая ожидаемая интегральная приверженность встречалась в 81,2% случаев, а удовлетворительная в 18,8%. По критерию медицинского сопровождения высокая ожидаемая приверженность встречалась у 78,1% респондентов, удовлетворительная у 21,9%, по критерию модификации образа жизни высокая – у 71,9% респондентов, удовлетворительная у 28,1%. Лучшими были показатели приверженности к лекарственной терапии: