

представляется озвучивание в течение 1, 2-х минут для сокращения времени проведения манипуляций и, следовательно, облегчения процедуры для пациента.

2. Разработанная имплантационная (трансплантационная) смесь обладает иммуномодулирующими свойствами, благодаря чему обеспечивает повышение иммунитета

полости рта.

3. Имплантационная (трансплантационная) смесь существенно облегчает реабилитацию больных при значительной атрофии костной ткани альвеолярного отростка.

4. Пародонтит не является противопоказанием к проведению операции имплантации.

Литература

1. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. - М.: Мед инф. Агенство, 2004. - 320 с.
2. Вейсгеймс Л.Д., Люмкис Е.В. Состояние вопроса о влиянии соматических заболеваний на клинику и лечение пародонтитов. Новое в стоматологии, 2005. - № 4. - С. 75 - 76.
3. Hetz G. PAR-Therapie auch nach dem GMG! DENTAL:SPIEGEL, 2004. - № 1. - S. 28 / Терапия заболеваний пародонта по GMG. Новое в стоматологии, 2005. - № 1. - С. 30 - 35.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера; 2003.
5. Robert E. Marx, DDS Богатая тромбоцитами плазма: что можно назвать БоТА, а что нельзя // Dental Market-новости стоматологического рынка, 2003 — вып. 6. — С. 10 — 13
6. Болонкин В.П., Меленберг Т.В., Болонкин И.В., Волова Л.Т. Имплантационная (трансплантационная) смесь при реконструктивных операциях на альвеолярном отростке челюстей. Научно-практический журнал «Институт стоматологии», 2007. - № 3 (36). - С. 54.

Организация помощи пациентам с повреждениями скуловой кости и дуги в городе Екатеринбурге

Н. Г. Виноградова, С. А. Чеканов, Н. Л. Кузнецова, В. А. Петренко, А. С. Дубров

The organisation of the help to patients with damages of a malar bone and an arch to the city of Ekaterinburg

N. G. Vinogradova, S.A. Chekanov, N.L. Kuznetsova, A.A. Petrenko

Резюме

Повреждение скуловой кости составляют около 20% от общего количества травмы костей лицевого скелета. В этой статье проведен анализ частоты повреждений скуловой кости в зависимости от пола и возраста, а также различных методик лечения, которые применяются в Городском центре челюстно-лицевой хирургии МУ «ЦГКБ №23».

Нами разработана система поэтапного оказания медицинской помощи, которая включает в себя четыре звена: амбулаторный, стационарный, консультативный, реабилитационный этапы. Внедрение этой системы позволило улучшить качество медицинской помощи на различных этапах ее оказания за счет преемственности, внедрения современных медицинских технологий.

Ключевые слова: скуловая кость, повреждение, лечение.

Summary

Damage of a malar bone make about 20 % from total of a trauma of bones of an obverse skeleton. In this article the analysis of frequency of damages of a malar bone depending on a floor and age, and also various techniques of treatment which are applied in the City centre of maxillofacial surgery Municipal authority «the Central City Clinical Hospital №23» is carried out. We develop system of stage-by-stage rendering of medical aid which includes four links: out-patient, stationary, advisory, rehabilitation stages. Introduction of this system has allowed to improve quality of medical aid at various stages of its rendering at the expense of continuity, introduction of modern medical technologies.

Keywords: damage, treatment. Malar bone.

Травматизм челюстно-лицевой области продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем хирургической стоматологии. В структуре хирургических стоматологических больных пострадавшие с переломами костей лица составляют до 30% [1, 2].

Оказание неотложной помощи пациентам с повреждением костей лицевого скелета в городе Екатеринбурге осуществляется в городском центре челюстно-лицевой хирургии МУ «Центральная городская клиническая больница № 23». Количество пациентов, лечившихся в городском центре челюстно-лицевой хирургии в период с 2005 по 2007 годы, с травмой челюстно-лицевой области составило от 491 до 611 человек в год, что составляет в среднем 25% от общего числа больных с патологией челюстно-лицевой области (рис. 1).

Травматические повреждения скуловой кости, среди других переломов лицевого скелета наблюдались у 19% больных (рис. 2).

При анализе частоты повреждений скуловой кости и дуги в зависимости от возраста, различий между мужчинами и женщинами не выявлено: вне зависимости от пола отмечен отчетливый пик роста повреждений в возрастной группе 21–30 лет, с последующим неуклонным снижением (рис. 3).

Основные потоки пациентов с травмой средней зоны лица (скуловой кости в частности) состояли из пациентов, обратившихся самостоятельно – 19,2%, направленных амбулаторно-поликлинической службой (травматологические пункты и поликлиники города) – 60,6%, доставленных санитарным транспортом – 20,2%. (рис. 4).

Также, в отделении челюстно-лицевой хирургии находились на лечении пациенты

с сочетанной травмой – они составили 12,6%. На первое место среди сочетанной травмы выходила черепно-мозговая травма, которая отмечена у 75,2 % пациентов с сочетанной травмой.

Высокий уровень распространенности, разнообразие клинической картины изолированных и множественных повреждений костей лицевого скелета обусловили необходимость внедрения поэтапной системы организации оказания помощи. С этой целью в городском центре челюстно-лицевой хирургии МУ «ЦГКБ № 23» выделено четыре взаимосвязанных функциональных звена: амбулаторное, стационарное, консультативное и реабилитационное.

Амбулаторное звено включает кабинет приемного лечебно-диагностического отделения МУ «ЦГКБ № 23», работающего в круглосуточном режиме.

Стационарное звено представлено современным госпитальным отделением на 55 коек, которое располагает двумя операционными залами для экстренных и плановых операций и перевязочными кабинетами.

Консультативное звено представлено приемами заведующего городским центром челюстно-лицевой хирургии и консультациями врачей в других отделениях (травматологическое, нейрохирургическое, оториноларингологическое, офтальмологическое).

Реабилитационный этап обеспечен приемом врача в кабинете реабилитации и вспомогательными службами физиотерапии, психотерапии.

Для диагностики повреждений скуловой кости и дуги нами применялись клинические и рентгенологические методы исследования (рентгенография придаточных пазух носа, компьютерная томография).

Основным принципом хирургического лечения повреждений скуловой кости и дуги, при смещении отломков, является восстановление анатомической целостности, устранение косметического дефекта и функциональных нарушений [4]. Это достигается вправлением отломков в правильное положение и фиксацией различными способами. При переломах скуловой кости и скуловой дуги без смещения отломков и функциональных нарушений (нарушение чувствительности, ограничение открывания рта) нами амбулаторно проводилась консервативная терапия: медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. В оперативном лечении нуждались лишь пострадавшие, у которых имелось смещение отломков, что, наблюдалось у 258 (97%) пациентов. Все они были госпитализированы.

Н. Г. Виноградова, врач отделения челюстно-лицевой хирургии МУ «Центральная городская клиническая больница № 23», Екатеринбург

С. А. Чежанов, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии ММУ «Демидовская центральная городская больница», Нижний Тагил

Н. Л. Кузнецова, доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии факультета повышения квалификации и постдипломной подготовки ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»

В. А. Петренко, доктор медицинских наук, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии МУ «Центральная городская клиническая больница № 23», Екатеринбург

А. С. Дубров, врач отделения челюстно-лицевой хирургии МУ «Центральная городская клиническая больница № 23», Екатеринбург

Рисунок 1

Удельный вес повреждений костей лицевого скелета среди патологии челюстно-лицевой области



Рисунок 2

Удельный вес переломов скуловой кости среди прочей травмы костей лицевого скелета



Рисунок 3

Частота повреждений скуловой кости в зависимости от возраста

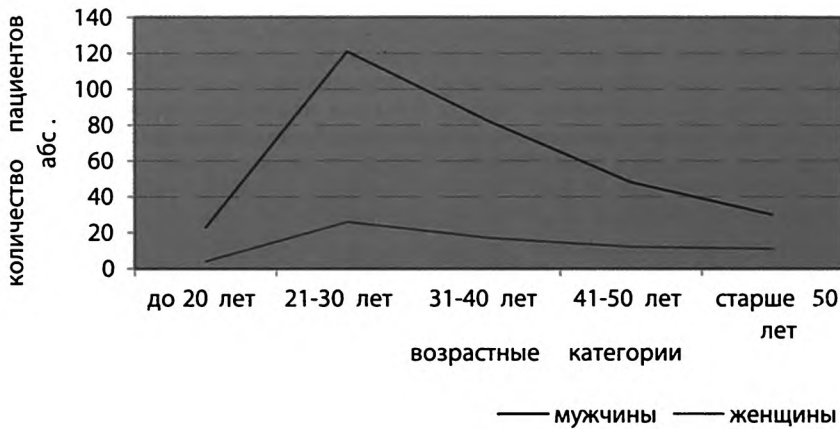


Рисунок 4

Распределение основных потоков пострадавших с повреждениями скуловой кости и дуги, доставляемых в отделение челюстно-лицевой хирургии МУ «ЦГКБ №23»



В нашей клинике, из внеротовых методов наиболее часто применяется метод предложенный А. А. Лимбергом. Вправление отломков производилось с помощью крючка конструкции автора. За период с 2005 по 2007 годы этим методом репозировано 167 переломов. Из внутриворотных методов репозиции скуловой кости и дуги нами были использованы: М.Ф. Wielage, заключающийся в репозиции отломков элеватором через разрез слизистой позади скулоальвеолярного гребня (36 пострадавших) и метод бескровной репозиции устройствами собственной конструкции (55 пациентов) [4].

В случаях неэффективной фиксации отломков при применении описанных методов репозиции, вторичном смещении отломков, при открытых переломах кости с повреждением верхней челюсти применялись различные методы остеосинтеза. Наиболее часто применяемым нами методом являлась интраоссальная фиксация спицами М. Киришнера. Фиксирующие спицы удалялись через 1 месяц. Костные швы были применены у 11 пациентов, где в качестве шовного материала использовались титановая проволока, полиамидная нить. У 15 пациентов для более жесткого закрепления отломков скуловой кости, аналогично с использованием костных швов, применялись мини-пластины с винтами, изготовленные из титана. Также для остеосинтеза, в 4 случаях, использовались проволочные скобы или кольца из сплава никелида титана с памятью формы.

При многооскольчатых переломах скуловой кости, сочетавшихся с переломами нижней стенки орбиты, отломки репонировались способом, предложенным V. H. Kazanjian, J. M. Converse и В. М. Гневшевой. Суть метода заключается в проведении гайморотомии, репозиции отломков, фиксации их путем тугой тампонады пазухи йодоформной турундой, конец которой выводился в нижний носовой ход через сформированное соустье. Фиксирующая отломки йодоформная ту-

рунда убиралась на 14 сутки. Нами этим способом прооперировано 25 больных. У 106 пациентов репозиция отломков скуловой кости была эффективна и дополнительных методов фиксации не потребовалось.

В качестве профилактики воспалительных осложнений пострадавшим назначали антибактериальную, противовоспалительную, десенсибилизирующую, общеукрепляющую терапию. Местное противовоспалительное действие оказывали локальная гипотермия, физиотерапевтические процедуры. В случае сочетанной травмы пациенты отделения были консультированы специалистами профильных отделений (нейрохирурги, травматологи, офтальмологи, оториноларингологи).

Срок стационарного лечения пациентов занимал 5-7 дней, в сложных случаях до 10-14 суток. После выписки все пациенты направлялись в кабинет реабилитации нашего отделения. На протяжении всего этапа лечения пациенты посещали врача-реабилитолога, который проводил регулярные осмотры, оценивал состояние пациента, степень консолидации костных отломков, назначал при необходимости лекарственные препараты, физиотерапевтическое лечение, удалял фиксирующие конструкции, снимал швы. Отдаленные результаты лечения были изучены у 217 пациентов от 6 месяцев до 1 года, анатомических и функциональных нарушений выявлено не было.

Таким образом, внедрение поэтапной системы позволило повысить качество оказания медицинской помощи пациентам с повреждениями скуловой кости за счет внедрения лечебно-диагностических алгоритмов на догоспитальном, госпитальном и реабилитационном этапах оказания первичной специализированной помощи, разработки и внедрения современных медицинских технологий, преемственности в лечении пациентов за счет раннего восстановительного лечения.

Литература

1. Безруков В. М., Лурье Т. М. Изучение травматизма челюстно-лицевой области по материалам диссертационных исследований. Тр. VI съезда Стоматол. асоц. России. – М. – 2000. – С. 294 – 295.
2. Балин В. М., Александров Н. М. и соавт. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. – СПб.: «Специальная Литература», 2005. – 573 с.
3. Дубров А. С., Петренко В. А., Чеканов С. А. Алгоритмы выбора хирургической тактики при повреждениях скуловой кости. Материалы научно-практической конференции «Хирургия повреждений и их последствий». – Екатеринбург, 29 апреля 2009. – С. 61 – 62.
4. Петренко В. А. Лечение пострадавших с повреждениями челюстно-лицевой области: монография. – Екатеринбург: изд-во Урал. ун-та, 2009. – С. 48 – 58.