

прогнозе.

При первичном направлении на МСЭК в случае определенного прогноза больному устанавливается группа инвалидности, и его данные заносятся в компьютерную базу данных. В случае сомнительного прогноза председателем МСЭК больной направляется на консультацию для решения вопроса о возможности медицинской реабилитации. На основании потребности в медико-социальной помощи разрабатываются индивидуальные программы медико-социальной реабилитации. В редких случаях больные нуждаются в консервативном амбулаторном лечении, которое рекомендуется консультантом и проводится амбулаторно по месту жительства. Обычно это вариант предоперационной подготовки.

Правилом является рекомендация проведения консервативного восстановительного лечения в реабилитационном центре (пос. Садовый, городской физкультурный диспансер, НХО ГБ № 36).

В стационарах используется весь арсенал консервативного лечения (грязи, массаж, ЛФК, механотерапия, физиолечение).

При необходимости больные направляются на оперативное восстановительное лечение. Распределение потоков больных для оперативного лечения определяется профилем специализации отделения.

В ГБ № 36 будут направляться больные с последствиями травм опорно-двигательного аппарата и ортопедическими заболеваниями, а также последствиями черепно-мозговой травмы, остеохондрозами.

В ГКБ № 23 – пациенты с травмой кисти, остеомиелитами, последствиями торако-абдоминальной травмы.

Такой подход к оказанию медицинской помощи инвалидам позволит значительно сократить инвалидность при последствиях травм опорно-двигательного аппарата и улучшить реабилитационную помощь инвалидам с черепно-мозговой травмой, последствиями спинальной, термической травмы, костно-суставным туберкулезом.

Анализ результатов лечения пострадавших с травматическими повреждениями костей лицевого скелета по материалам городского центра челюстно-лицевой хирургии г. Екатеринбурга
Бурдин В.В., Петренко В.А., Ившин П.Г.

Травматизм челюстно-лицевой области продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем хирургической стоматологии. В последние годы наблюдается увеличение не только частоты и тяжести травм, но и изменение их характера. Все чаще встречаются множественные и сочетанные повреждения, нетипичная локализация линий переломов. В структуре хирургических стоматологических больных постра-

давшие с переломами костей лица составляют до 30% (Н.Н. Мазалова, Ф. Джуманиязов, К.К. Ибатходжаев 1981г.) Травматические повреждения нижней челюсти среди других переломов лицевого скелета наблюдаются у 50-95% больных (Т.М. Лурье, Н.М. Александров 1986г.; Ch. Krenkel 1987г.), верхней челюсти у 2-15% (M. Sonnenburg 1985г.) костей носа у 5-10% (W. Utz 1986г.) скуловой кости до 20% (R. Ewers J. Duker 1980г.). На современном этапе развития хирургической стоматологии имеются две основные точки зрения на выбор метода лечения переломов. Первая точка зрения предполагает использование консервативного метода лечения, такая система лечения является общепризнанной и позволяет достичь вполне благоприятных результатов (В.А. Козлов 1989). Другие авторы предпочитают применение оперативных способов репозиции и фиксации отломков при соблюдении показаний (В.М. Зотов, П.Г. Сысолятин 1973). По данным Козлова В.А. (1989), консервативное лечение переломов в 94,9% наблюдений являлось исчерпывающим, но у 5,1% пострадавших возникла необходимость в хирургическом лечении. По данным литературы, наиболее распространенным методом лечения переломов остается консервативный (Вернадский Ю.И. 1985г., Кабаков Б.Д., Мальшев В.А. 1981г.), составляющий от 70% до 92%, включающий в себя: наложение бимаксиллярных или мономаксиллярных шин, закрытую репозицию костей лицевого скелета, проведение курса антибактериальной, десенсибилизирующей терапии, неспецифической иммунотерапии, физиотерапии. При таком способе лечения верхняя и нижняя челюсть фиксируется в положении центральной окклюзии. Однако в условиях межчелюстной фиксации нарушается взаимодействие между мышечными волокнами и сосудами микроциркуляторного русла, что приводит к затруднению кровообращения. При этом атрофические изменения в жевательных мышцах выявляются через 2 недели после иммобилизации. Длительная межчелюстная фиксация приводит к нарушению обмена веществ (вследствие посттравматического катаболизма, вынужденного частичного голодания) и расстройствам функции органов пищеварительного тракта (Н.М. Александров, В.А. Козлов, С.А. Цымбалистов 1986г.). Наличие металлических конструкций затрудняет гигиеническое содержание полости рта, оказывает травмирующее воздействие на зубы и пародонт. (В.А. Козлов, А.Б. Уразалин, S. Oxford 1983г.) Консервативные способы лечения неприемлемы или неэффективны при полной или частичной адентии, переломах с вывихом головки нижней челюсти, оскольчатых и застарелых повреждениях, множественных переломах лицевых костей, сочетающихся с черепно-мозговой травмой, когда имеется опасность развития асфиксии. (В.М. Зотов, R. Timmel 1982г.)

Хирургическое лечение предусматривает различные способы погружного остеосинтеза. Всем этим способам присущи следующие недостатки: необходимость повторной операции для удаления фиксатора, который, являясь инородным телом, служит источником патологической импульсации, подвергается коррозии, что увеличивает вероятность воспалительных осложнений. (Ю.И. Бернадский, Ю.Д. Гершун). Операция остеосинтеза сама по себе, вследствие возможности инфицирования области перелома, таит угрозу развития воспалительных осложнений (В.А. Малышев, Б.Д. Кабаков 1981). Существенным недостатком всякого прямого остеосинтеза является значительное давление, оказываемое фиксирующей конструкцией на костную ткань для создания необходимой жесткости закрепления отломков. Это может приводить к уменьшению прочности фиксации, замедлению консолидации и вторичному смещению отломков.

Успехи, достигнутые в лечении переломов устройствами внешней фиксации в общей травматологии, неудовлетворенность результатами применяемых консервативных и оперативных методов лечения переломов побудило нас к поиску более совершенных способов с использованием внеочаговых устройств. Внедрение в практику методов внеочагового остеосинтеза открыло новые возможности в лечении переломов челюстно-лицевого скелета. В нашем отделении разработаны три устройства внешней фиксации и способ нетравматичной открытой репозиции отломков (Петренко В.А. а. с. 1355267 – 1987 г., а. с. 1362455 – 1987 г., а. с. 1572575 – 1990 г.) Устройства и способы внеочагового остеосинтеза служат для стабильной фиксации, дистракции и репозиции отломков, а также для восстановления функции лицевого скелета.

По данным городского центра челюстно-лицевой хирургии г. Екатеринбурга за 1997 г., на лечении находилось 1980 человек и из них 565 человек с повреждениями лицевого скелета, что составляет 28,5% от общего числа обратившихся за помощью: 397 чел.(70,2%) с переломами нижней челюсти: из них односторонние переломы тела кости наблюдались в 31,5% случаев, двусторонние в 32,5%, ментального отдела в 21% случаев и мыщелковых отростков в 15% (Н.Н. Мазалова и соавт. 1986г., Петренко В.А. и соавт.1986г.), 32 чел. (5,8%) с переломами верхней челюсти , 107 чел.(18,9%) с переломами скуловой кости , 29 чел.(5,1%) с переломами костей носа. Среди них было 531 чел.(93,9%) мужчин и 34 чел.(6,1%) женщин. Производственная травма отмечалась у 29 чел. (5,1%) , непроизводственная у 536 чел.(94,9%) пострадавших. Многие исследователи отмечают сезонность травматизма, который увеличивается в летние месяцы (Ю.И. Бернадский 1983г., Н.А. Александров и соавт., 1986 г.). Большинство авторов констатируют увеличение травм челюст-

но-лицевой области за счет бытового и транспортного травматизма (В.А. Дунаевский и соавт., 1970г., Н.М. Александров, В.А. Козлов 1987г.). Хирургический метод лечения применен у 91 (16%) пострадавших: остеосинтез переломов нижней челюсти у 44 чел., из них у 11 при помощи костного шва, у 2 накостными пластинами, у 14 спицей-скобой по Малышеву, у 7 спицей Киршнера по Назарову, у 12 спицей Киршнера по Донскому; остеосинтез переломов верхней челюсти проведен у 9 чел., из них у 3 по СГМИ, у 2 по Адамсу, у 3 по Макиенко; репозиция скуловой кости по Лимбергу у 29 чел., из них у 8 с фиксацией спицей Киршнера, репозиция скуловой кости по Гневшевой у 9 чел., из них у 3 с фиксацией спицей Киршнера. Для определения исходов оперативного лечения переломов костей лицевого скелета нет единой системы оценки. Нами дана клиническая и рентгенологическая оценка, в которой за точку отсчета приняты общеизвестные клинические данные функционального состояния костей лицевого скелета. В нее были включены такие показатели, как боль, объем и характер движений нижней челюсти, определение соотношения зубных рядов. Приводим оценку лечения в зависимости от вида вмешательства у 74 пострадавших: при консервативном методе хороший результат получен у 57, удовлетворительный у 1, неудовлетворительный у 0 чел.; при хирургическом методе лечения хороший результат отмечается у 17, удовлетворительный у 7, неудовлетворительный у 1 чел.

Таким образом, описанные методы лечения переломов костей лицевого скелета с сохранением анатомической целостности и функции нижней челюсти создают максимальные условия для сращения переломов. Широкое применение указанных методов в работе отделения челюстно-лицевой хирургии ГКБ № 23 и клинике хирургической стоматологии Уральской государственной медицинской академии города Екатеринбурга позволило качественно улучшить результаты лечения больных с переломами костей лицевого скелета. Хорошие и удовлетворительные результаты лечения составили 98,7%.

Принципы лечения ран и раневой инфекции

Заведующий городским центром гнойной остеологии к.м.н. Гаев А.В.

Лечение ран и раневой инфекции имеет богатую многовековую историю. Интерес к изучению этой проблемы в России поддерживался частыми военными конфликтами. В связи с этим нельзя не упомянуть "Начала военно-полевой хирургии" Н.И. Пирогова, в которых он высказал предположение о заразной природе раневых осложнений. Пироговым был выдвинут принцип "сберегательного лечения" ран, основанный