

проявлялось клинически "блокированием" головки нижней челюсти при поступательных движениях.

Исследование левого ВНЧС у пациентки А., 24 лет, выявило дегенеративные изменения хряща на заднем скате суставного бугорка и головки нижней челюсти в виде неоднородности МР-сигнала, неравномерности их контуров (зазубренность). Диск имел неровные контуры. Ширина суставной щели составляла 2,7 мм.

Проанализировав и применив на практике существующие методы диагностики заболеваний ВНЧС, мы пришли к следующим выводам:

1. Методика традиционной томографии ВНЧС проста, не требует применения сложных укладок, дает возможность выявить детали имеющихся грубых патологических изменений сочленения, но не позволяет объективно оценить внутреннее строение сустава (связочно-капсулярного аппарата, диска).
2. Компьютерная томография обеспечивает отличную визуализацию костных компонентов ВНЧС в аксиальной и фронтальной плоскостях в идентичном положении и возможность точного определения анатомических размеров структур сустава.
3. Несмотря на относительно большие зат-

раты времени и средств при "обычной" МРТ, эта неинвазивная методика приобретает в настоящее время наибольшую значимость для оценки внутренних нарушений ВНЧС (формы, структуры, положения диска, капсулы, связок) и помогает более точно верифицировать патологические изменения.

Литература

1. Рабухина Н.А. Заболевания височно-челюстного сустава и их рентгенологическое распознавание. М., 1966.
2. Helling G., Lestrangle R., Holmlund A. Kiefergelenkbeschwerden eine diagnostische Herausforderung // Stomatologie der DDR. Berlin. 1988. S. 307-318.
3. Украинский С.А. Компьютерная томография височно-нижнечелюстного сустава в эксперименте // Стоматология: науч. тр. Киев, 1988. Вып. 23. С. 126-128.
4. Takaki S. et al. Magnetic resonance images in patients with acute traumatic injury of the temporomandibular joint: a preliminary report // J. Of Cranio-Maxillofacial Surgery. 1996. №24. P. 173-177.
5. Helms E.A. et al. Temporomandibular joint: morphology and signal intensity characteristics of the disc at MR imaging // Radiology. 1989. №172:3. P. 817-820.

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ГОРОДА

В.А. Петренко, П.Г. Ившин, К.В. Львов

Городской центр челюстно-лицевой хирургии г.Екатеринбурга

Травма челюстно-лицевой области является актуальной проблемой челюстно-лицевой травматологии, так как из года в год растет число больных с подобными повреждениями. Правда, меняется характер травмы, чаще встречаются множественные, сочетанные и огнестрельные повреждения костей лицевого скелета. Результаты лечения пока еще не удовлетворяют нас – велика продолжительность сроков потери трудоспособности больными, высок процент развития инфекционно-воспалительных осложнений, а у пострадавших с сочетанными и множественными травмами челюстно-лицевой области нередко сохраняется остаточная деформация, сопровождающаяся функциональными нарушениями [1]. Поэтому, перед

врачами стоит задача сокращения продолжительности и улучшения исходов лечения таких больных.

Решение этой задачи в минувшее десятилетие шло по пути как совершенствования организационных форм помощи, так и разработки новых, более эффективных способов лечения. В частности, создание стройной системы амбулаторного долечивания пострадавших с травмой челюстно-лицевой области позволило снизить частоту инфекционно-воспалительных осложнений и сократить сроки лечения.

В г. Екатеринбурге в середине 80-х гг. в городской больнице №23 было открыто отделение стационарной помощи больным с повреждениями челюстно-лицевой области

и шеи на 40 коек, в 1995 г. оно было расширено до 60 коек и ему присвоен статус городского центра челюстно-лицевой хирургии. В состав центра вошли стационарное и поликлиническое отделения, реабилитации и консультативной помощи, стоматологический кабинет.

С 1989 по 1998 гг. в центре находилось на лечении 5720 пациентов с повреждениями челюстно-лицевой области: 3801 мужчина (66,5%), 1919 женщин (33,5%). Из них с переломами нижней челюсти 3345 больных (58,0%), с переломами верхней челюсти – 199 (3,5%), с переломами скуловой кости – 862 (15,1%), с переломами костей носа – 261 (4,6%), с повреждениями мягких тканей лица, требующих стационарного лечения, – 1653 (18,8%). Возраст больных от 14 до 78 лет. Чаще всего повреждения челюстно-лицевой области были у лиц самого трудоспособного возраста – от 20 до 45 лет.

Проведенный нами анализ травм челюстно-лицевой области показал, что наиболее распространены бытовая (4767 или 83,3%), транспортная (682 или 11,9%), производственная (244 или 4,3%) и спортивные травмы (27 или 0,5%). Бытовая травма чаще всего сопровождалась алкогольным опьянением. В первые сутки после получения травмы в отделение поступило 3923 человек (68,6%), на 2-3 сутки и более – 1797 пациентов (31,4%). Поздняя госпитализация больных была связана, в основном, с несвоевременным обращением или с нахождением их в непрофильных медицинских учреждениях.

В нашем отделении лечение переломов нижней челюсти осуществлялось преимущественно консервативными методами (75,6%) путем бимаксиллярной фиксации шинами Тигерштедта. С их помощью иммобилизация нижней челюсти давала возможность репозиции отломки при незначительном смещении и создавать условия для заживления. При наличии значительного смещения, интерпозиции мягких тканей и неэффективности консервативных методов у 816 больных (24,4%) применялись оперативные вмешательства: остеосинтез проволочными швами (214 чел.), спицами Киршнера (236 чел.),

методом В.А. Малышева (322 чел.), с помощью устройств внешней фиксации А.А. Дацко, В.А. Петренко, Е.А. Вайнштейна (44 чел.).

Вправление отломков скуло-орбитального комплекса проводилось с помощью оперативной репозиции через верхне-челюстную пазуху, в ряде случаев с наложением костных швов, фиксацией спицами Киршнера, а в большинстве – по методу Лимберга (852 чел.).

Кроме того было осуществлено лечение 199 пострадавших с переломами верхней челюсти. Повреждения средней зоны лица, как правило, сопровождалась черепно-мозговой травмой различной степени тяжести, иногда – переломами свода и основания черепа. Консервативные методы лечения применялись 176 больным; оперативные методы фиксации по методике Фальтина-Адамса, А.А. Дацко, Е.А. Вайнштейна – у 23 пострадавших.

На протяжении 10 лет коллектив отделения уделял внимание работе в области восстановительной хирургии. Его сотрудниками были выполнены уникальные костно-пластические и реконструктивные пластические операции по поводу огнестрельных, травматических дефектов и вторичных деформаций челюстей, а также проведены восстановление нижней и средней зоны лица, первичная пластика при обширных ранениях мягких тканей лица и шеи, сопровождающихся повреждениями органов, сосудов и нервов шеи. На Урале успешно произведена костная пластика огнестрельного дефекта левой половины нижней челюсти гребнем лопатки на питающем мышечном лоскуте.

Несмотря на достигнутые успехи, мы должны разрабатывать и внедрять организационные мероприятия по сокращению сроков догоспитального лечения пострадавших с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области; совершенствовать метод закрепления отломков, особенно у больных с сочетанными и множественными переломами костей лица; улучшать материальное обеспечение лечебного процесса; повсеместно внедрять системы реабилитационных мероприятий.