

В репозиции костных отломков нуждалось 34,27%, в первичной хирургической обработке ран 11,95%, трахеостомии 0,09%.

После получения травм больные прибывали в стационар по трем путям:

Аналог многоэтапной системы эвакуации (34,4%): через этапы доврачебной первой помощи (травмпункт, поликлиника и т.п.). В результате этой системы больные поступали в приемный покой больницы в среднем через 24-36 часов после получения травмы.

Аналог двухэтапной системы эвакуации: сразу после травмы больной санитарным транспортом доставлялся в стационар. В результате действия этой системы больные поступали в приемный покой больницы в среднем через 1-1,5 часа после получения травмы. Самообращение – 23,1%.

Большая часть пораженных прибывала в стационар не более, чем через 12 часов после получения травмы (11,56%), в сроки от 12 до 24 час – 4,44% больных, спустя 24 часа – 1,97%.

На амбулаторное лечение отправлены больные, поступившие в приемное отделение через 12 часов после получения травмы (54,44%), в сроки от 12 до 24 час – 15,31% больных, спустя 24 часа – 12,25%.

Выводы

1. Наибольшее число травм приходится на переломы костей носа.
2. Наибольшее число травм ЛОР-органов было получено в состоянии алкогольного опьянения, и в основном, в выходные и праздничные дни.
3. Среди поступивших в ЛОР-отделение большую часть составляют мужчины от 20 до 30 лет.
4. Большинство больных с травмами ЛОР-органов были доставлены в больницу в течение первых 24 часов.

БИОТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА

С.А. Мальцев, Н.Л. Кузнецова, М.В. Турунцев, Н.А. Шекунова

Актуальность проблемы определяется многими причинами, основными из которых остаются: не имеющее тенденции к снижению число больных с повреждениями глубоких отделов лицевого черепа, требующих хирургического вмешательства; неудовлетворительные результаты лечения больных с повреждениями данной локализации; госпитальная инфекция.

Повреждения лицевого черепа составляют до 34 % в структуре всех краниофациальных травм [1]. На долю повреждений верхнечелюстных пазух, лобных пазух, мягких тканей средней и боковой зон лица приходится более половины всех травм [4]. В последние годы с 2003 по 2008г. по показателям работы Центра неотложной отоларингологии наблюдался рост количества травм носа с 736 до 1071 случаев.

Основным методом лечения повреждений глубоких отделов лицевого черепа является традиционный хирургический метод. Однако при традиционном

подходе к лечению повреждений данной локализации в 53 % случаев операция по закрытию перфорации перегородки носа заканчивается неудачей. В доступной литературе описаны методы пластической хирургии дефекта перегородки с использованием слизистой оболочки перегородки носа, слизистой оболочки дна полости носа, а также лоскута на питающей ножке из верхней губы и свободными кожными лоскутами [1, 4]. Многочисленные работы авторов объясняются недостаточной эффективностью (35 %) ни одного из выше перечисленных способов пластики перегородки носа. Широкое использование в хирургии при дефиците донорских тканей культивированных аллофибробластов (АФБ) побудило нас к разработке способа закрытия дефектов перегородки носа с использованием клеточных культур [2].

Клеточные культуры применялись на основе информированного согласия пациентов.

Цель исследования. Поиск и разработка эффективных способов закрытия дефектов перегородки носа с применением культивированных аллофибробластов.

Материалы. За 2006-2008 г.г. культура аллофибробластов была применена в лечении 15 больных с дефектами носовой перегородки и клиникой атрофического ринита. Контрольную группу составили 15 пациентов, которым операция была произведена традиционным способом. В группу сравнения были взяты пациенты одного возраста – $32,5 \pm 4,3$ года, без отягощенного соматического анамнеза.

Методы. Для культивирования использовалась авторская диплоидная клеточная культура ЛЭЧ-4(81), полученная в лаборатории клеточных культур ЕНИИВИ. Использовали клеточную 3-4 суточную культуру на 5-12 пассаже в виде взвеси клеток в концентрации 100-120 тыс. кл/мл. Взвесь АФБ либо АФБ, трансплантированные на покрытие «Фолидерм» в среде в течение часа, доставлялась из лаборатории в отделение, где производилась подготовка к трансплантации. Оценка готовности раны для аутоотрансплантации производилась визуально и бактериологически. АФБ наносились на раны в соотношении 30-50 тыс. клеток на 1 кв. см.

Результаты и их обсуждение. В результате описанной оперативной технологии у 10 (66 %) пациентов произошло закрытие перфорации *перегородки носа*, у 3 (20 %) *пациентов уменьшился размер дефекта* и у 2 (13,3 %) остался дефект прежних размеров. В контрольной группе наблюдали закрытие перфорации у 5 пациентов (30 %), уменьшение размеров дефекта – у 3 (20 %) пациентов, отсутствие эффекта от операции у 7 (47 %) больных.

Средние сроки традиционного и нового метода лечения составили $9,5 \pm 4,2$ дня и $6,2 \pm 1,4$ дня соответственно.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что предложенный способ лечения больных с повреждениями глубоких отделов лицевого черепа малотравматичен, не требует использования дорогостоящей аппаратуры. Он имеет серьезные достоинства, заключающиеся в возможности пластического закрытия дефектов глубоких отделов лицевого черепа с исполь-

зованием местных тканей, используя улучшение репаративной функции тканей за счет применения факторов роста и цитокинов, содержащихся в культивированных аллофибробластах.

Литература

1. Лукьяненко А.В. Ранения лица. – М.: Медицинская книга, 2003. – 165с.
2. Парамонов Б.А., Порембский, Я.О., Яблонский В.Г. Ожоги. Руководство для врачей. – СПб.: СпецЛит, 2000. – 480с.
3. Травмы мягких тканей и костей лица / А.Г. Шаргородский и др. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 384с.
4. Швырков М.Б., Буренков Г.И., Деменков В.Р. Огнестрельные ранения лица, лор-органов и шеи. – М.: Медицина, 2001. – 397с.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА И ШЕИ

С.А. Мальцев, Н.Л. Кузнецова, Н.А. Шекунова, М.В. Турунцев

Актуальность проблемы определяется высокой частотой травм лицевого черепа и шеи – 40 % в структуре кранио-фациальных повреждений, которые сопровождаются косметическими дефектами. Традиционно при оперативных вмешательствах на лице и шее применяются приемы хирургической обработки и операционные доступы, приводящие к наименьшим косметическим дефектам. Тем не менее, при подобных операциях затруднены манипуляции в глубине раны вследствие значительной кровоточивости тканей лица. Попытки применения ранорасширителей в виде крючков либо механических приспособлений приводит к дополнительному повреждению мягких тканей и ухудшению косметического эффекта операций.

Целью исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с повреждениями лицевого черепа и шеи, посредством разработки и применения минимальноинвазивных оперативных вмешательств на лице и органах шеи с применением механических ранорасширителей.

Материалы и методы. С 2003 по 2008 гг. в Центре неотложной отоларингологии прооперировано с использованием механического ранорасширителя «миниассистент» 1216 больных. Из них 128 больных с повреждениями в области уха и сосцевидного отростка височной кости, 474 больных с повреждениями носа и придаточных пазух носа, 470 больных с ранениями мягких тканей лица, 96 больных с повреждениями и заболеваниями шеи, 48 трахеостомированных больных. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 1375 больных за 1998-2002 годы с аналогичными повреждениями и заболеваниями лицевого черепа и шеи с использованием традиционных методик.

Описание устройства. В качестве расширителя использовано кольцо с эллипсовидным изгибом в горизонтальной плоскости, циркулярно распо-