

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 эллипсоидным изгибом в горизонтальной плоскости, циркулярно распо-

женными пазами со шлицами, в которых закрепляются перфорированные кронштейны-тяги со сменными крючками. Крючки имеют гладкие рабочие части для мягких тканей, либо заостренные для фиксации кожи. Кронштейны могут быть направлены попарно друг против друга (оппозитно) циркулярно в пределах 360°. В зависимости от ситуации в ране расширитель может направлять момент силы в двух, четырех, шести и более направлениях, что позволяет равномерно распределить давление крючков на края раны для сохранения микроциркуляции. Это особенно важно в микрохирургии при шивании сосудов и нервов, пластике стенок орбиты. Устройство «миниассистент» позволяет дифференцированно и щадящее подойти к воздействию на ткани орбиты, используя сменные крючки с зубцами или гладкие лопатки для фиксации глазного яблока при орбитотомии. В качестве источника света использовали световолоконный модуль с фиксатором на кронштейнах «миниассистента», либо налобный осветитель-прожектор со светодиодным источником света. При необходимости кольцо фиксировали жестко к операционному столу кронштейном. Форма кольца позволяла циркулярно охватить область раны, повторяя округлые контуры головы. Использование «миниассистента» позволяет проводить операции с минимальной травматизацией тканей без помощи ассистента.

Результаты. Применение приспособления «миниассистент» позволило сократить среднее время операции с 60 минут до 40 минут, уменьшить кровопотерю с 250 до 150 мл, сократить средние сроки госпитализации с 14 до 9 дней, уменьшить время нетрудоспособности с 40 дней до 25 дней, сократить число осложнений с 18 % до 15 %, получить экономический эффект от 3 до 4,6.

Вывод. Устройство «миниассистент» является оригинальным решением в хирургии повреждений лицевого черепа и шеи, позволяет улучшить результаты лечения пациентов с данным видом повреждений.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА

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

Актуальность. Повреждения боковой зоны лицевого черепа составляют 11 % в структуре госпитализированных. Операции на височной кости и сосцевидном отростке являются основным способом хирургического лечения хронических отитов, мастоидитов, осложненных острых средних отитов. Операции на среднем ухе являются одним из самых сложных разделов оперативной отоларингологии вследствие концентрации большого количества жизненно важных анатомических образований: сонная артерия, яремная вена, лицевой нерв, ядро лабиринта, средняя и задняя черепные ямки, сигмовидный синус в одной узкой анатомической зоне, вокруг барабанной полости. Именно по этой причине хирургия среднего уха, трепанация височной кости долотами, либо стамесками