

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 сшивании 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

Воячка традиционно требует длительной профессиональной подготовки и отработки хирургических приемов в анатомическом театре.

Осложнения, возникающие в ходе операции на среднем ухе составляют от 6 до 24 %. Чаще возникают кровотечения, травмирование мозговых оболочек и крупных венозных синусов, повреждение полукружных каналов ушного лабиринта, приводящие к развитию лабиринта и глухоте. Одним из самых демонстративных и трагических осложнений для пациента и хирурга является частичное повреждение, либо полное пересечение лицевого нерва – 4 % случаев. От подобных осложнений не застрахован никто, и, тем не менее, у специалистов, освоивших способ микроскопической диссекции височной кости с использованием хирургической фрезы и операционного микроскопа, риск осложнений сводится к минимуму.

Целью исследования являлось уменьшение операционных осложнений и улучшение результатов операций.

Материалы и методы. С 2003 по 2008 г. в клинике неотложной отоларингологии г. Екатеринбурга произведено 456 операций с применением высокоскоростных хирургических фрез и оригинального ирригатора-аспиратора. Была применена микрохирургическая техника вмешательства, обеспечивающая полную визуализацию анатомических образований среднего уха на всех этапах операции.

Обсуждение и результаты. Послойное проникновение в сосцевидный отросток позволяет переходить плавно от одного анатомического ориентира к другому без резких ударов долотом и риска проникновения в атипично расположенные полости и сосуды. Травмирование в начале операции сигмовидного синуса, либо твердой мозговой оболочки затрудняет обзор трепанационной полости и заставляет хирурга остановить операцию до остановки кровотечения тем или иным способом. Использование микроскопической техники позволяет увидеть просвечивающие через костную ткань и сигмовидный синус, и мозговую оболочку до того, как тонкая костная пластинка над ними будет пенетрирована. Применение методики меатомастоидопластики с окклюзионной полимерной повязкой у 136 больных позволило снизить риск развития тугоухости на 8 % и количество внутричерепных инфекционных осложнений на 2 %. Количество осложнений за пятилетний период снизилось с 18% до 13 % за год.

Самый опасный и техничный момент операции в плане травмы лицевого нерва - сбивание «мостика» слухового прохода и сглаживание «шпоры» лицевого нерва при использовании оптики с ярким освещением и алмазных фрез превращается в безопасное и несложное мероприятие. При этом визуализируется стремя и горизонтальный полукружный канал. Использование двойной канюли аспиратора-ирригатора облегчает манипуляции хирурга и позволяет проводить сложные операции на среднем ухе без ассистента.

Выводы. Использование современной силовой техники, хирургических фрез и оптических устройств снижает количество серьезных осложнений при хирургии повреждений боковой зоны лицевого черепа с 18% до 13 %, позволяет

вдвое сократить время операции и сроки госпитализации с $17,5 \pm 5,7$ до $12,3 \pm 2,5$ дней, получить экономическую эффективность от 3 до 4,6.

НОВЫЙ СПОСОБ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ПОДСЛИЗИСТОЙ КОНХОТОМИИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЫСОКОСКОРОСТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ФРЕЗЫ

С.А. Мальцев

Цель. Операция конхотомии нижних носовых раковин - уменьшить их объем за счет резекции части костного основания.

Техника. Используется режущая хирургическая фреза диаметром 3 мм и 6мм с цанговым наконечником миниатюрной бормашины. Скорость вращения фрезы 9-20 тыс. об./мин. Длина фрезы 7 см.

Метод. Через минидоступ 5 мм в дистальном отделе носовой раковины распатором с аспирацией освобождается костное её основание. Далее, к переднему костному краю носовой раковины подводится фреза в нерабочем состоянии. Затем фреза приводится в движение в направлении спереди назад, производится дезинтеграция костной ткани на глубину 7 см. Костный край нижней носовой раковины уменьшается в размере от 1,5 до 0,8 см в зависимости от её размеров. Нагревание ткани при фрезеровании не происходит вследствие обильного кровоснабжения носовых раковин. Разрывов слизистой оболочки и накручивания тканей на бор не происходит вследствие движения фрезы на высокой скорости. Одновременно происходит разрушение и костной и квернозной ткани, что уменьшает объем носовых раковин. Костная стружка легко удаляется из операционной полости с помощью аспиратора-иригатора. Кровотечение из области минидоступа легко останавливается биполярной коагуляцией.

АППАРАТНАЯ ДЕРМОТЕНЗИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН

С.А. Мальцев, Н.Л. Кузнецова

Актуальность. Одной из древнейших проблем хирургии является закрытие ран. В течение долгого времени для ее решения использовали традиционный способ — сближение краев раны при помощи шовной нити. К настоящему времени известны методы адгезивной, спицевой, эспандерной, жидкостно-гелевой дермотензии.

Цель исследования. Оценка влияния традиционного и аппаратного способов закрытия хирургических гнойных ран лицевого черепа и шеи.

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 98 больных с инфицированными ранами головы и шеи. В основной группе применяли разработанные в клинике различные конструкции тракцион-