

зированной помощи возможно решение вопроса о хирургическом лечении и о том, в каких условиях его необходимо проводить.

Проблема оказания экстренной помощи детям с травматическими повреждениями и воспалительными процессами челюстно-лицевой области является актуальной не только для хирургов-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов, но и для многих специалистов других хирургических специальностей. Оказываемая детям помощь должна выполняться в максимально сжатые сроки и в полном объеме. Однако при ее оказании необходимо руководствоваться не только вышеперечисленными принципами, но и принципом максимальной атравматичности и эстетичности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев, 1985. – 391 с.
2. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни у детей / учебник, изд. 2-е, перераб. – М., 1998. – 704 с.
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / учебник, изд. 2-е, перераб. – М., 1996. – 688 с.
4. Рогинский В.В. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей. – М., 1998. – 272 с.
5. Ткаченко Б.И. Основы физиологии человека / учебник для высших учебных заведений в 2 томах. – СПб., 1994.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОПЕРАЦИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

М.Н. Руденков, А.С. Медведев

МУЗ «Коломенская ЦРБ», г. Коломна, Московская область

Анестезиологическое пособие при челюстно-лицевых оперативных вмешательствах требует от анестезиолога специфических навыков и знаний. Методы анестезии в челюстно-лицевой хирургии – это единственный раздел анестезиологии, где способ обезболивания зависит не только от объективных, но и от субъективных факторов, таких, как объем операции и послеоперационный период. Специфическими являются и предоперационная подготовка, и способ интубации трахеи, обеспечивающий лучшие возможности оперирующим хирургам, и послеоперационное ведение больного.

В предоперационном периоде должен быть выстроен четкий план операции и обезболивания, не отдельно план операции и план обезболивания, а именно план операции и обезболивания. Кроме определения объема операции, примерных временных рамок, должен быть решен вопрос о методе интубации трахеи и проведения искусственной вентиляции легких.

Интубация трахеи может осуществляться следующим образом: назотрахеально и оротрахеально без бронхоскопа и с примени-

ем бронхоскопа. При выборе метода интубации главным действующим лицом выступает больной. После того как хирург и анестезиолог определились с методом интубации, больному необходимо, в доступной для него форме, объяснить необходимость той или иной манипуляции и, лучше в письменной форме, получить согласие.

Отдельным вопросом стоит проведение искусственной вентиляции легких через трахеостому. Если вопрос решился в пользу трахеостомии, то ее необходимо выполнять превентивно, лучше за сутки до основной операции. Это позволяет больному адаптироваться к дыханию через трахеостомическую трубку, а хирургам избежать спешки в день основной операции.

Большая часть операций в челюстно-лицевой хирургии выполняется под эндотрахеальным наркозом с назотрахеальной интубацией. Этот метод позволяет анестезиологу осуществлять полный контроль за больным, как визуальный, так и мониторный, обеспечивать адекватную вентиляцию легких, а хирургу открывает оперативный простор. Назотрахеальная интубация, в зависимости от анатомической ситуации, осуществляется или на спонтанном дыхании, при этом слизистая носоглотки орошается 10% лидокаином, или на отключенном дыхании с применением искусственной вентиляции легких. Широкие возможности для проведения назо- и оротрахеальной интубации в сложных ситуациях дает сотрудничество с эндоскопическим отделением. Освоенная совместно анестезиологами и эндоскопистами интубация трахеи с применением оптиковолоконного бронхоскопа сняла массу вопросов, обезопасив как больного, так и врача.

Методы интубации трахеи в челюстно-лицевой хирургии в 2003-2005 гг.

Вид операции	Методы интубации		
	с бронхоскопом	трахеостомия	без бронхоскопа
Гнойные	2	-	16
Травматологические	44	-	26
Прочие	1	1	67

Таким образом, 30% интубаций трахеи при челюстно-лицевых операциях осуществляются с помощью оптиковолоконного бронхоскопа.

Наш опыт работы в области челюстно-лицевой хирургии позволяет сделать следующие выводы:

1) общее обезболивание в челюстно-лицевой хирургии является одним из самых сложных разделов анестезиологии;

2) важным фактором успеха является четкая разработка плана операции и наркоза;

3) сотрудничество с эндоскопической службой позволяет решить одну из труднейших задач обезболивания в челюстно-лицевой хирургии – задачу интубации трахеи.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Е.В. Русанова, М.В. Нестерова, Г.Г. Фомичев, Н.В. Малыченко,
К.И. Савицкая*

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Основной проблемой в лечении гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области является развитие осложнений, связанных с изменением видового и количественного состава микрофлоры гнойных ран [1, 2, 6, 8, 10, 12, 13]. По данным разных авторов [4, 12], возбудители одонтогенной инфекции в ране распределяются следующим образом: стафилококки – от 53,9 до 72,2%; стрептококки – от 3 до 20,8%; грамотрицательные микроорганизмы – от 1,4 до 35,5%; бактерии анаэробной неклостридиальной группы – в 48,9%; анаэробы – в 46,9%, аэробы – в 52,4%. Вопрос о детальном исследовании структуры микробного пейзажа в ране освещен в литературе недостаточно.

Одним из основных методов лечения гнойных ран у больных с одонтогенной инфекцией, наряду с хирургическим, является местное применение лекарственных веществ на мазевой основе. Общий недостаток использования различных мазей связан с гидрофобностью их основы, вследствие чего ухудшаются возможности очищения раны [3, 7, 11]. Исследования последних лет свидетельствуют о том, что новые перевязочные материалы – салфетки с антисептиками (метронидазол, димексид, мексидол) в сочетании с физиотерапевтическими факторами воздействия способствуют очищению ран в более ранние сроки [5, 7, 9, 13]. Однако в литературе не приводятся данные об объективизации результатов клинических наблюдений в комплексе с показателями обсемененности очага воспаления условно-патогенными микроорганизмами.

Целью настоящей работы работы явилась микробиологическая оценка эффективности применения различных методов лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области.

Первым этапом было проведение мониторинга основных возбудителей очага воспаления у больных с флегмонами челюстно-лицевой области, получавших медицинское пособие в МОНИКИ в период с 1996 по 2004 г. Затем был проведен анализ эффективности лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области с применением различных методик лечения.