Keywords: craniofacial injuries, multistage surgical treatment.

Автор-корреспондент:

Головко Константин Петрович, кафедра военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева 6; тел (раб). 8 (812) 292-33-54; e-mail: zhabin.anatolij@yandex.ru

© С.А. Гончаренко, 2012

УДК 616.212.2-001.5-089(075.8)

Гончаренко С. А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

ФБУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

Ключевые слова: средняя зона лица, травмы, хирургическое лечение.

Выбор способа хирургического лечения травматических повреждений костей средней зоны лица является важнейшим этапом комплексного лечения больных. От этого зависят сроки лечения, отсутствие или уменьшение количества и тяжести осложнений и функциональных нарушений.

Вариантов хирургического лечения таких повреждений множество, и все они имеют свои положительные и отрицательные моменты. Показанием к применению того или иного способа операции является характер разрушения костной ткани. Так при крупнооскольчатых переломах (различные варианты переломов верхней челюсти), когда имеется только смещение и расхождение отломков, они легко поддаются репозиции ручным способом, возможно применение шинирующих аппаратов. Если же переломы мелкооскольчатые, смещение отломков значительное или стояние их после репозиции нестабильное, то применяются варианты открытой репозиции отломков, ревизия верхнечелюстных пазух и металоостеосинтез титановыми мини- и микропластинами «Конмет» как внутри, так и внеротовым способами. Такая же тактика и в отношении переломов скуловых костей. При переломах костей носа, в основном, применяются различные способы эндоназальной репозиции отломков. В зависимости от стабильности их стояния принимается решение о необходимости применения вариантов внешней фиксации и иммобилизации отломков.

До 2003 г. хирургическое лечение таких повреждений в отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии 1477 ВМКГ заключалось в закрытой репозиции отломков и иммобилизация их ортопедическими способами, как при крупнооскольчатых так и при мелкооскольчатых переломах. В случаях переломов скуловых костей со смещением отломков и нестабильной их фиксацией применялась операция максиллотомии с тугой тампонадой верхнечелюстной пазухи с целью иммобилизации репонированных отломков до образования первичных элементов костной мозоли. При этом не исключалась возможность развития инфекционно-воспалительных осложнений; вторичного смещения отломков вследствие рубцеобразования, нарушалась аэрация верхнечелюстных пазух, отсутствовала возможность точного сопоставления отломков.

С 2003 по 2011 гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии находилось на лечении 147 больных с травматическими повреждениями костей средней зоны лица, в том числе: 72 – переломы верхней челюсти; 47 – переломы скуловых костей; 23 – переломы костей носа; 5 – переломы передней стенки лобной пазухи. В 2003 г. в отделении внедрена и применяется методика открытой репозиции отломков и металоостеосинтез титановыми мини-, и микропластинами или сетками «Конмет», которая была применена в 93 случаях переломов костей средней зоны лица, в том числе: 33 – при переломах верхней челюсти; 52 – при переломах скуловых костей; 5 – при переломах передней стенки лобной пазухи; 3 – при переломах костей носа. Хирургические доступы как внеротовые, так и внутриротовые, а в случаях операций при повреждениях передней стенки лобной пазухи применялись доступы как по надбровной дуге, в области переносицы, так и трансвенечные. Первые два доступа – в случаях травматических повреждений покровных тканей в проекции переломов, в случаях же отсутствия повреждений кожи и подлежащих тканей – трансвенечный. Все операции открытой репозиции проводились под общей анестезией по эндотрахеальной методике.

В ходе анализа исходов и послеоперационных осложнений выявлены следующие преимущества применённого в отделении ЧЛХ и стоматологии методе открытой репозиции отломков костей средней зоны лица и металоостеосинтезе:

1). Производится исчерпывающая ревизия зон переломов с удалением нежизнеспособных мелких костных отломков, размозжённых тканей, устраняется интерпозиция мягких тканей, что является профилактикой инфекционно-воспалительных осложнений;

2). В случаях открытой репозиции отломков удаётся добиться оптимального их сопоставления;

3). Снижается к минимуму возможность развития функциональных нарушений;

4). Восстанавливается анатомическая форма костей лицевого скелета, что является немаловажным фактором в плане социальной адаптации пациентов;

5). Уменьшается срок реабилитации пациентов после проведённого лечения, чем достигается скорейшее восстановление работоспособности.

Goncharenko S.A. **Surgical treatment of patients with traumatic bone lesions of the midface.** *FBU "1477 Naval Hospital, Navy", Vladivostok.*

Keywords: middle zone faces, injuries, surgical treatment.

Сведения об авторе:

Гончаренко Сергей Александрович, кандидат медицинских наук, подполковник м/с, начальник отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии 1477 ВМКГ, тел. 8(423)2467790; e-mail: vmkg26826@mail.ru

© Коллектив авторов, 2012

УДК 617.7.-001

Гребнёв Д.Г., Петров А.Н., Рудь А.А., Гаврищук Я.В., Самохвалов И.М.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАНЕНИЙ ИЗ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ОРУЖИЯ ОГРАНИЧЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: огнестрельные ранения, оружие ограниченного поражения, хирургическое лечение.

За последние 5 лет отмечен рост ранений из огнестрельного оружия ограниченного поражения. На сегодняшний день отсутствуют стандарты хирургической тактики лечения ранений из огнестрельного оружия ограниченного поражения, поэтому данная проблема нуждается в дальнейшем изучении.

Цель исследования. Определить основные особенности хирургической тактики при ранениях из огнестрельного оружия ограниченного поражения.

Материалы и методы. В течение 2007–2011 гг. в клинику военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М Кирова поступили 48 пострадавших с ранениями из огнестрельного оружия ограниченного поражения. Среди раненых в 24 (64%) случаях наблюдался изолированный характер ранений, в 11 (23%) множественный и в 13 (27%) – сочетанный. Ранения в 8 (12%) случаях наносились в область шеи, 19 (28%) – груди, 22 (32%) живота, таза и в 19 (28%) конечностей.

Результаты. Внешний вид ран от 10,2-мм пуль был в основном округлой формы, от 0,9 до 1,7 см в диаметре с относительно ровными краями. В отличие от них, раны 15,3-мм пулями, имели рваные края с большой зоной ушиба, диаметр их колебался от 2 до 3,5 см. Лечебная тактика при ранениях из огнестрельного оружия ограниченного поражения осуществлялась по принципам, применяемым в отношении подобных огнестрельных ранений из стрелкового оружия, отличающихся небольшой зоной первичного и вторичного некроза.

При ранениях шеи из травматического оружия хирургическое пособие заканчивалось противовоспалительной блокадой и осуществлением полноценного дренирования полихлорвиниловыми (двухпросветными) трубками и наложением первично-отсроченного шва на кожу. В дальнейшем выполнялось фракционное (не реже двух раз в сутки) или постоянное (по типу приточно-отливного дренирования) промывание раневой полости раствором антисептика в течение 2–3 дней.

При непроникающих ранениях мягких тканей груди, живота, конечностей, как правило, выполнялся только туалет ран (80%). Первичная хирургическая обработка раненым из огнестрельного оружия ограниченного поражения (20%), осуществлялась по стандартной методике. Ушивание ран при ранениях из огнестрельного оружия ограниченного поражения осуществлялось по общепринятым принципам лечения огнестрельных ран.

При проникающих ранениях груди из огнестрельного оружия ограниченного поражения с повреждением легких выполнялось дренирование плевральной полости по Бюлау. После выполнения КТ в отсроченном порядке торакоскпически производилось удаление инородных тел (пуль) из плевральной полости. В двух наблюдениях при огнестрельных переломах костей предплечья, по окончанию заживления ран, выполнялся малоинвазивный интрамедуллярный остеосинтез стержнями с блокированием на 8 и 9 сутки.

Выводы. Хирургическая тактика при ранениях из огнестрельного оружия ограниченного поражения строится по принципам, применяемым для низкоскоростных ранений из стрелкового оружия либо высокоскоростных «на излете пули». При поверхностных непроникающих ранениях мягких тканей различной локализации, как правило, производится туалет ран. Показания к выполнению первичной хирургической обработки возникают при ранениях с близкой дистанции (до 1 м) или при выстрелах в упор. При проникающих ранениях лечебная тактика осуществляется по принципам хирургического лечения огнестрельных ран.