

деструктивных процессов в височно-нижнечелюстных суставах, формированием ложных суставов.

В отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии 1477 ВМКГ ТОФ отдаётся предпочтение применённой в 2003 г. операции открытой репозиции отломков из поднижнечелюстного доступа и металлоостеосинтез титановыми минипластинами «Конмет». Указанный способ наиболее предпочтителен, так как обеспечивает точное сопоставление отломков, их стабильную фиксацию и минимально нарушает микроциркуляцию в зоне перелома, что приводит к скорейшей консолидации отломков. Этот метод был применён в 82 случаях переломов мышечковых отростков со смещением отломков на различных уровнях, включая внутрисуставные.

При применении этого метода достигалось полное восстановление анатомической формы нижней челюсти и функции височно-нижнечелюстных суставов, уменьшался срок иммобилизации нижней

челюсти до 10–14 суток. В двух случаях (2,4%) наблюдалось послеоперационное осложнение в виде травматизации краевой ветви лицевого нерва и в трёх случаях (3,6%) в виде контрактуры височно-нижнечелюстного сустава. Проявление данных осложнений были сведены к минимальным проявлениям после проведённого курса лечения и реабилитации (физио- и иглорефлексотерапия, оксигенотерапия, лечебная миогимнастика, механотерапия).

Выводы. Таким образом, данный метод лечения переломов нижней челюсти в области мышечковых отростков позволяет достичь хороших результатов при минимальном количестве осложнений и в более короткие сроки, что приводит к скорейшему выздоровлению и социальной адаптации пациентов.

Изучение отдалённых результатов (8–9 лет) показывает отсутствие у прооперированных пациентов каких-либо осложнений. Ни в одном случае не возникла необходимость в удалении металлоконструкций.

Goncharenko S.A. **Experience of surgical treatment of fractures of a condylar process of a mandible.** *FBU «1477 Naval clinical hospital of fleet», Vladivostok.*

Keywords: a condylar process of a mandible, fractures, 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 616.714-001.5-089

Гребнев А.Р., Жабин А.В., Самохвалов И.М.

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ

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

Ключевые слова: тяжелая травма, хирургическая диагностика.

Ключевым элементом в лечении пострадавших с тяжелой сочетанной травмой является быстрая, точная диагностика повреждений и источника кровотечения. Несмотря на значительный арсенал хирургических диагностических приемов, последние не лишены ограничений и недостатков.

Цель работы: проанализировать результаты, длительность различных методов диагностики повреждений органов груди и живота у пострадавших с тяжелой закрытой и проникающей травмой.

Материалы и методы: в исследование включены пострадавшие, доставленные в клинику военно-полевой хирургии бригадами «скорой помощи» непосредственно после получения травмы в период с 2010 по 2011 гг. Критерии включения в исследования были: тяжелая закрытая или проникающая сочетанная или изолированная травма с повреждением внутренних органов живота;

всем пострадавшим выполнялись хирургические методы диагностики повреждений (лапароцентез, диагностический перитонеальный лаваж, микролапаротомия, лапароскопия) и выполнялось рентгенологическое исследование груди. В соответствии с целью работы создана карта кодирования данных, содержащая 50 признаков. Для оценки тяжести повреждений использовалась шкала ВПХ-П (МТ и Р), тяжесть повреждений по шкале ISS вычислялась с использованием формулы.

Результаты: среди 63 пострадавших мужчин было 44, женщин – 19. Средний возраст в выборке составил $38,4 \pm 16,7$ лет (от 16 до 84). В исследование вошли 53 пострадавших с закрытой травмой, со средней тяжестью повреждений по шкале ВПХ-П (МТ) $11,3 \pm 7,5$ и ISS $25,8 \pm 10,9$ балла, 10 с проникающими ранениями со средней тяжестью по шкале ВПХ-П (Р) $5 \pm 6,3$ и ISS $16,7 \pm 9,1$ балла соответственно. Среднее время

доставки пациентов (от момента получения вызова) было значительным и составило в среднем $65 \pm 19,6$ мин (от 25 до 119 мин). Тяжесть состояния при поступлении по шкале ВПХ-СП составляла в среднем $32,1 \pm 12,8$ балла, что при традиционной оценке соответствует крайне тяжелому состоянию.

Травматический шок 1 степени выявлен у 17 пациентов, 2 степени – у 12, 3 степени – 23, 6 пациентов находились в терминальном состоянии. Следует отметить, что гемодинамическая нестабильность развивалась не у всех пострадавших, находившихся в состоянии травматического шока на догоспитальном этапе: так у 28 пациентов показатели АД были стабильными, у 13 САД снижалось от 90 до 80 мм. рт. ст., у 7 – до 70 мм. рт. ст., у 11 было ниже 70 и у 4 было 50 и ниже мм. рт. ст. Для диагностики повреждений органов живота лапароцентез использован у 54 (84,1%) пациентов. У 11 (20,3%) пациентов получены отрицательные результаты, у 29 (53,7%) выявлены инерционные разрывы брюшины (проводился диагностический

перитонеальный лаваж), то есть в 84 % пациентов не требовали дальнейшего хирургического пособия. Кровь получена у 13 (24,1%) пациентов, содержимое желудка у 1 (1,9%). Время от момента травмы до выполнения лапароцентеза составило в среднем $35,2 \pm 27,9$ мин (от 10 до 180 мин.), при этом время самой манипуляции – $12,6 \pm 4$ мин (от 5 до 25 мин.). Осложнения в виде перфорации полового органа были зафиксированы в 2 случаях (3,7 %), что потребовало выполнения лапаротомии.

Выводы.

- лапароцентез (микролапаротомия), диагностический перитонеальный лаваж, фенестрация перикарда являются диагностическими приемами с длительным временем получения диагностической информации, составившими для лапароцентеза в среднем $47,5 \pm 28,9$ мин, для фенестрации перикарда 140 ± 151 мин.
- выполнение исследованных диагностических приемов сопряжено с риском осложнений. Частота осложнений при выполнении лапароцентеза в исследуемой выборке составила 3,7%.

Grebnev A.R., Zhabin A.V., Samokhvalov I.M. **Emergency surgical diagnosis of damage in patients with severe injury.** *Military Medical Academy. S.M. Kirov in St. Petersburg.*

Keywords: severe trauma, surgical diagnosis.

Автор-корреспондент:

Гребнев Дмитрий Геннадьевич, 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

© Коллектив авторов, 2012

УДК 616.718: 617-001.4-0023-089:615.462

Дикий С.В., Дынин П.Г., Обухов М.В.

МЕСТО КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СТАДИИ ТРОФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

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

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность, консервативная терапия.

Консервативное лечение хронической веной недостаточности (ХВН) – не самый популярный метод лечения данной патологии, учитывая предпочтительность применения оперативных пособий, особенно у пациентов на стадии трофических расстройств. В течение длительного времени консервативная терапия применялась только в качестве предоперационной подготовки у данной группы больных. Использование её в качестве самостоятельного метода лечения вызывало у врачей чувство неудовлетворённости, в основном из-за отсутствия эффективных лекарственных средств [1–3]. За последнее время ситуация несколько изменилась, благодаря внедрению в клиническую практику нового поколения флеботропных препаратов, обладающих поливалентным механизмом действия [4–6].

Нами проанализированы результаты консерватив-

ного лечения 73 больных с декомпенсированными формами ХВН. Консервативные мероприятия были самостоятельным видом лечения у 27 пациентов. У 46 больных они являлись этапом комплексного лечения (предоперационная подготовка).

У 54 больных базисным в комплексе консервативного лечения явилось использование поливалентного флеботропного препарата Детралекс. Эти пациенты составили основную группу. У 19 больных (контрольная группа) флеботропные препараты не применялись. В лечебный комплекс вошли антиагреганты, противовоспалительные препараты, антигистаминные средства, антибактериальные препараты, препараты для местного лечения трофических язв.

У всех больных использовали эластичную компрессию конечностей, а также – физиотерапевтиче-