

Хирурга нужно учить в операционной



Журавлёв В.П.

к.м.н., д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии УГМА, врач высшей категории по специальности челюстно-лицевая хирургия, основоположник нового медицинского направления на Урале — нейростоматологии

В 1975 году после окончания Кубанского государственного медицинского института Валерий Петрович Журавлёв направлен в качестве врача стоматолога в стоматологическую поликлинику г. Полевского Свердловской области. В 1980 г., вскоре после открытия стоматологического факультета СГМИ, избран на должность ассистента кафедры хирургической стоматологии.

С 1980 по 1990 гг. В.П.Журавлёв — ассистент кафедры хирургической стоматологии, с 1990 по 1994 гг. — доцент кафедры хирургической стоматологии. С 1995 по 1998 г. возглавлял кафедру стоматологии факультета усовершенствования врачей, а с 1998 г. — заведующий кафедрой хирургической стоматологии. В.П. Журавлёв продолжил исследования по изучению вопросов тригеминальной невралгии и в 2001 г., защитив докторскую диссертацию «Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение истинной невралгии тройничного нерва», в которой впервые выявил причину склерозирования стенок костных каналов у больных с невралгией.

Валерий Петрович внёс большой вклад в создание методов, повышающих эффективность хирургического лечения больных с различными заболеваниями челюстно-лицевой области. Результаты научных исследований, выполненных лично В.П. Журавлёвым и его учениками за последние пять лет, позволили снизить заболеваемость вирусными ганглионитами на 64,8%, тригеминальной невралгией на 75,7%. В.П. Журавлёвым был впервые применён и внедрён метод трансантральной радиодеструкции крылонёбного узла (КНУ) в постоянную практику хирургического лечения больных с ганглионейропатиями КНУ, который позволил значительно расширить показания к его применению и достичь выздоровления в 94% случаев. Этот уникальный метод лечения атипичных лицевых болей имеет не только огромное практическое значение для отечественной медицины, но и для общемировой практики в нейростоматологии. Результаты практической и научной деятельности улучшили эффективность показателей работы службы по лечению нейростоматологической, челюстно-лицевой и стоматологической патологии в целом.

В.П. Журавлёв является автором более 110 научных работ. На предложенные им способы получено 12 авторских свидетельств на изобретения, на 11 выданы патенты.

В.П. Журавлёв — член редколлегии «Уральский медицинский журнал», «Вестник Областной клинической больницы № 1», главный внештатный челюстно-лицевой хирург Министерства здравоохранения Свердловской области. Под его руководством защищены 1 докторская и 5 кандидатских диссертаций. За время работы на кафедре факультета усовершенствования врачей и последипломного образования под его руководством подготовлено около 3000 врачей по специальностям «стоматология хирургическая» и «челюстно-лицевая хирургия». Формируя Уральскую школу нейростоматологов, В.П.Журавлёв отдаёт много сил практическому здравоохранению.

В.П. Журавлёв успешно совмещает организационную и научно-исследовательскую работу с практической деятельностью клинициста и преподавателя. Следует намеченным планам и последовательно внедряет научные достижения в практическое здравоохранение. Пользуется заслуженным авторитетом у руководителей здравоохранения, коллег и пациентов.

На протяжении 11 лет Валерий Петрович руководит кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Много нового он внедрил в учебный процесс и в медицинскую практику стоматологических клиник, отделений челюстно-лицевой хирургии: курсы для врачей по дентальной имплантологии, пародонтологии, нейростоматологии. В стационарах проводят отработанные впервые в нашем регионе операции на периферических ветвях тройничного нерва, вегетативных узлах головы.

— У нас успешно развивается амбулаторная хирургическая стоматология. А челюстно-лицевая хирургия, к сожалению, отстает, — признает Валерий Петрович.

— Потому что она предполагает стационарное, а значит, довольно затратное лечение. Стационарному лечению подлежат пациенты с распространенными гнойными процессами, тяжелой травмой, доброкачественными опухолями челюстно-лицевой области, приобретенными дефектами и деформациями, заболеваниями нервов. Сокращение челюстно-лицевых коек приводит к тому, что помощь нашим пациентам оказывается, в основном, по неотложным состояниям. Отсутствие коечного фонда в области приводит к тому, что в областную больницу поступают в тяжелом состоянии, что часто приводит самым тяжелым, порой смертельным исходам.

— Среди городов области отделение челюстно-лицевой хирургии на 20 коек сохранилось только в Нижнем Тагиле, хотя еще несколько лет назад такие стационары действовали и в Первоуральске, Серове, Каменск-Уральском.

— Компания, направленная на сокращение стационарных мест в отечественной медицине, привела к тому, что увеличилась очередь на плановую госпитализацию, гнойные больные в клинике прибывают вместе с плановыми пациентами. Как следствие выросло количество гнойных осложнений у планово-прооперированных больных.

По мнению профессора, проблема челюстно-лицевой хирургии — не только в недостаточном количестве коек в стационарах и в нехватке оборудования. Проблема прежде всего — в дефиците высококвалифицированных специалистов. Валерий Петрович убежден, что серьезный ущерб подготовке хирургов нанесли федеральные программы, не позволяющие студентам вести прием и тем более оперировать пациентов.

— Учить врача нужно не на компьютере и не методом тестирования, а у постели больного, в операционной. Ни один муляж не заменит того ощущения, которое испытывает хирург, оперируя пациента. Когда я начинал работать в Полевском, мне было не важно, какой прием вести — терапевтический, хирургический или ортопедический, поэтому в 25 лет я умел делать все: научился еще студентом на практиках, — вспоминает профессор.

— Меня радует, что сейчас начинают создавать законы, которые снова повернут учебный процесс медицинских вузов лицом к практике. В стенах альма матер молодым людям необходимо не только получить врачебные навыки, но и осознать, какую непростую специальность они выбрали. Труд стоматолога сложен не только в эмоциональном и интеллектуальном плане, но и физически тяжёл.

— Я много оперирую амбулаторных больных. Кроме того, в дни консультаций принимаю, как минимум, по пятнадцать человек. Домой прихожу в состоянии крайней усталости. Но по-другому не умею.

В этом году Валерий Петрович отметит свое 60-летие. Задумываясь о предстоящем рубеже, он признается, что пенсионером себя не ощущает. В преддверии юбилея профессор Журавлев В.П. как всегда занят на всех фронтах стоматологической науки, практики, обучения и воспитания будущих специалистов. Воспитывать их старается в первую очередь личным примером человеческого отношения к больному в соответствии с традициями, заложенными основателем челюстно-лицевой хирургии на Урале профессором Л.П. Мальчиковой. Потому что именно такое отношение, по его мнению, — и есть основа врачебной профессии.

Неверифицированные опухоли челюстно-лицевой области



Мальцев П.А.

к.м.н., ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Мещерякова М.Ю.

студентка 5 курса стоматологического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Малиновская Д.В.

студентка 5 курса, стоматологического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Резюме

Современная диагностика и лечение опухолевых образований является одной из наиболее сложных проблем в челюстно-лицевой хирургии, стоматологии, отоларингологии. Многие вопросы ранней диагностики и особенно лечения опухолей челюстно-лицевой области в наше время остаются окончательно не решенными.

Ключевые слова: неверифицированные опухоли челюстно-лицевой области, амбулаторное обследование, современные методы диагностики.

UNVERIFIED MAXILLOFACIALIS TUMORS

Maltsev P.A.; Meshcheryakova M.Yu., Malinovskaya D.V.

Summary

Modern diagnosis and treatment of tumors is one of the most difficult problems maxillofacial surgery, dentistry and otolaryngology. Many of the issues of diagnosis and treatment of tumors in the maxillofacial region currently remain completely unresolved.

Keywords: Unverified maxillofacialis tumors, modern diagnosis;

Актуальность проблемы

Современная диагностика и лечение опухолевых образований является одной из наиболее сложных проблем челюстно-лицевой хирургии, стоматологии и отоларингологии. Сопоставление статистических данных различных авторов о злокачественных и незлокачественных опухолях позволяет сделать общий вывод о том, что более 25% новообразований приходится на челюстно-лицевую область. В тканях органов полости рта, лица и костях лицевого черепа могут встречаться опухоли любого гистологического типа. По происхождению они могут быть из соединительной ткани, эпителия, мышечной, нервной и других тканей [2, 3, 9].

Ведущей жалобой при злокачественных опухолях является прогрессирующее нарушение формы или функции органа с переходом патологического процесса на соседние органы и ткани, сопровождающееся изъязвлением в месте расположения новообразования, изменениями со стороны регионарных, реже — отдаленных лимфатических узлов. По мере развития болезни появляется и усиливается местная самопроизвольная боль, которая увеличивает страдания больного. Кроме того, отмечается постепенное ухудшение общего состояния больного в виде потери аппетита, похудания, слабости. Но все вышеперечисленные симптомы сходны с клиническими проявлениями банального воспаления, гнойного воспаления кисты, абсцедирующего лимфаденита, абсцесса, флегмоны [5, 7].

Возникновение и развитие доброкачественных опухолей протекает обычно незаметно, на фоне удовлетворительного самочувствия. Опухоль чаще всего обнаруживается тогда, когда существенно изменяется форма какого-либо органа при неизменной или незначительно нарушенной его

функции. Однако и доброкачественные опухоли склонны к воспалению. Данный факт представляет трудность в диагностике опухоли ЧЛО еще на клиническом этапе обследования, что зачастую является ведущей ошибкой в постановке диагноза [8].

Эффективность диагностики повысилась с внедрением в практику современных и доступных методик исследования: УЗИ, компьютерной томографии (КТ), магниторезонансной томографии (МРТ), радиоизотопных исследований. Однако на основании данных указанных методов диагностики невозможно выделить различные типы опухолей. Окончательный диагноз основывается на морфологических данных. Пункционная биопсия с последующим цитологическим исследованием во многих случаях позволяет установить злокачественность опухоли, однако отсутствие в препарате злокачественных клеток не является абсолютно достоверным признаком отсутствия злокачественного процесса. В связи с этим необходимо проведение инцизионной биопсии, морфологического исследования биоптата для установления гистологического типа опухоли. После этого определяется оптимальная тактика хирургического или другого вида лечения. Многие вопросы диагностики и особенно лечения опухолей ЧЛО в настоящее время остаются окончательно не решенными. И достичь единства взглядов до сих пор не представляется возможным. Диагностика опухолей должна быть комплексной. К сожалению, единых оптимальных диагностических комплексов и алгоритма их применения пока не разработано. Таким образом, повышение эффективности ранней диагностики и методов лечения остается актуальной задачей современной медицины в Российской Федерации, что диктует необходимость более детального изучения данной проблемы [1, 4, 5, 6, 9].

Данные общероссийских и международных показателей ранней диагностики опухолей ЧЛО представлены на диаграмме 1.

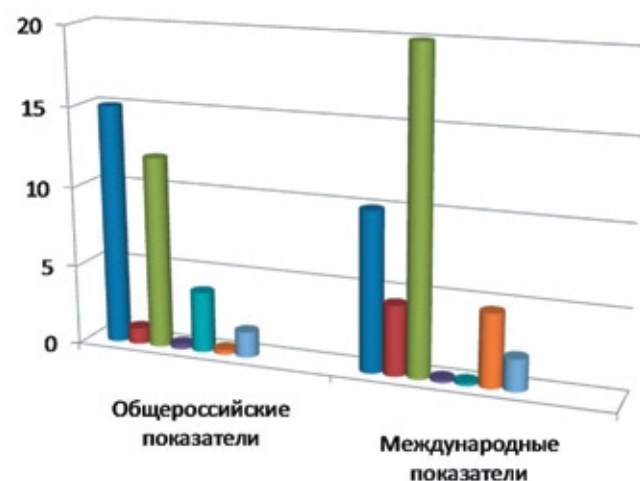
Цель исследования

Оптимизировать диагностику опухолей челюстно-лицевой области на догоспитальном этапе.

Задачи: 1. Провести ретроспективный анализ историй болезни пациентов с неверифицированными опухолями челюстно-лицевой области, проходившими обследование и лечение на базе отделения ЧЛХ СОКБ № 1.

2. Разработать оптимальный алгоритм обследования больных с опухолями ЧЛО на догоспитальном этапе (решение этой задачи в стадии разработки).

Диаграмма № 1



Материалы и методы исследования

При выполнении работы были проанализированы истории болезни 154 пациентов, с опухолями ЧЛО проходивших обследование и лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии СОКБ № 1 за 2008–2009 гг; из них у 48 (31,5%) больных опухоли не были верифицированы на догоспитальном этапе.

Процентное соотношение неверифицированных на догоспитальном этапе опухолей представлено на диаграмме 2.

Выводы

Неверифицированными на догоспитальном этапе опухолями являются **опухоли слюнных желёз — 19%, гемангиома — 14,2%, смешанные опухоли слюнных желёз — 11,9%, остеобластокластома — 9,5%, рак — 7,1%**, липома — 4,7%, лимфаденома — 4,7%, амелобластома — 2,3%, аденолимфома — 2,3%, лимфаденома — 2,3%, гемангиоперицитомы — 2,3%, остеома — 2,3%, папиллома — 2,3%.

Клинический пример

Пациент С. Поступил в отд. ЧЛХ СОКБ № 1. Диагноз при направлении: нагноившаяся срединная киста шеи.

Жалобы: на болезненное опухолевидное образование на шее.

Из анамнеза: болен в течение 1 месяца, когда впервые появилось безболезненное образование на передней поверхности шеи, которое было размером 2 x 3 см.

7 суток назад, после посещения бани, образование значительно увеличилось в размерах, стало болезненным, кожа над ним покраснела.

Объективно: на передней поверхности шеи, от средней трети шеи до подподбородочной области образование размером 8 x 10 см, кожа над ним гиперемирована. При пальпации опухолевидное образование, малоподвижное, болезненное, плотной консистенции, с инфильтрацией мягких тканей по периферии и очагом флюктуации в центре. Локальная гипертермия кожи. При поступлении пациенту выполнена операция: вскрытие очага гнойного воспаления. На операции выявлена опухоль серого цвета, мягко-эластической консистенции с распадом. Произведена инцизионная биопсия. Операционный материал отправлен на гистологическое и иммуногистохимическое исследование.

Диаграмма № 2



Обследование

Общий анализ крови: нейтрофилы — 72,6%, лимфоциты — 18,6%, лейкоциты — $13,7 \times 10^6$, тромбоциты — 295×10^9 /л, СОЭ — 30 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок — 78 г/л, мочевины — 5,0 ммоль/л, общий билирубин — 12,1 мкмоль/л, глюкоза — 5,1 ммоль/л.

Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Коагулограмма: тромбоцитопении не выявлено, пониженная функция тромбоцитов — влияние терапии, фибриногенемия, повышенный уровень РФМК.

Компьютерная томография шеи: В подбородочной и подчелюстной областях слева определяется кистозное образование до 54-58-77 мм. Мягкотканый компонент и капсула образования умеренно копят контрастное вещество. Образование тесно связано с подъязычными мышцами. Лимфатические узлы не увеличены. Кости без очаговых изменений. Щитовидная железа и слюнные железы без особенностей. Шейные сосуды не изменены.

Заключение: Кистозная опухоль подбородочной и подчелюстной области слева.

Консультация гематолога: заключение — лимфома передней поверхности шеи.

Обзорная рентгенография легких: легочные поля прозрачные, сосудистый рисунок не нарушен. В среднем отделе справа определяются ателектазы. Корни не расширены. Диафрагма четкая. Синусы свободные. Сердце, аорта без особенностей.

УЗИ брюшной полости: картина жирового гепатоза. Гемангиома правой доли печени. Кисты обеих почек.

Гистологическое, иммуногистохимическое исследование: заключение — периферическая примитивная нейроэктодермальная опухоль (крупноклеточный вариант).

Окончательный диагноз: периферическая примитивная нейроэктодермальная опухоль подподбородочной области, крупноклеточный вариант (4 группа).

Выводы

При выполнении работы выявлено 48 (31,5%) больных с неверифицированными на догоспитальном этапе опухолями челюстно-лицевой области, проходивших обследование и лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии СОКБ № 1.

Верификация опухолей ЧЛО на догоспитальном этапе является актуальной проблемой в челюстно-лицевой хирургии.

Для решения проблемы неверифицированных опухолей необходимо разработать оптимальную схему обследования больных с новообразованиями ЧЛО на догоспитальном этапе.

При разработке оптимальной схемы диагностики следует провести тщательный сравнительный анализ объема обследования больных с неверифицированными опухолями ЧЛО на догоспитальном этапе и после постановки окончательного диагноза.

С целью исключения диагностических ошибок необходимо эффективное взаимодействие амбулаторно-поликлинической службы со специализированными ЛПУ.

Заключение

Внедряемые в практическую деятельность научно обоснованные принципы онкологической настороженности имеют исключительно большое значение, прежде всего, в условиях стоматологической поликлиники. Главными задачами таких поликлиник являются профилактика и раннее выявление злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. Врачи поликлинических отделений обязаны осматривать полость рта, исследовать кожный покров, кости лицевого черепа, слюнные железы, регионарные лимфатические узлы с целью выявления опухоли или предопухолевого процесса независимо от заболевания, с которым обратился больной. За всеми больными предопухолевыми заболеваниями должно вестись динамическое наблюдение.

Для уточнения диагноза необходимо гистологическое исследование тканей, которые удаляют при операциях по поводу хронических воспалительных процессов, доброкачественных опухолей, ограниченных или диффузных дискератозов и других заболеваний, входящих в группу предраковых.

Морфологическое исследование нужно производить всем больным с новообразованиями ЧЛО. Ведь оперативно полученная информация служит для определения тактики в отношении больного с выявленной злокачественной опухолью, а своевременность взятия материала для морфологического исследования существенно сокращает сроки от момента обращения больного к врачу, до постановки верного диагноза и начала лечения, что зачастую может спасти или существенно продлить жизнь больному.

При выявлении злокачественной опухоли или подозрении на нее больного следует направлять в специализированное учреждение (стоматологический кабинет онкологического диспансера), где лечение этих больных проводится с учетом необходимости в каждом конкретном случае сочетания оперативного вмешательства с лучевой или химиотерапией, а в дальнейшем — с ортопедическими мероприятиями, обеспечивающими иммобилизацию «отрезков» челюстей и благоприятные условия при замещении возникающих в результате удаления опухоли дефектов [4, 7, 8, 9].

ЛИТЕРАТУРА

1. Пачес А.И., Таболинская Т.Д. Опухоли слюнных желез. Практическая медицина. — Москва. 2009. — 470 с.
2. Станичек В., Раху М., Козлова Е. и др. Авторы: Ведущая организация Всесоюзный онкологический центр АМН СССР. Директор академик Блохин Н.Н. Атлас злокачественности злокачественными новообразованиями населения отдельных стран. — Москва. 1983. — 646 с.

3. Академик АМН СССР Н.Н. Трапезников, профессор Ш.Экхард. Онкология. — Москва. 1981. — 480 с.
4. Ушич А.Г., Матрос И.Н., Таранец, Иващенко А.Л., Калиновский Д.К., Мартыненко Е.А., Светличный Ю.В. Особенности диагностики и лечения объемных образований слюнных желез в зависимости от их вида и локализации // Стоматолог. — 2008. № 9. — С. 40-46.
5. Чиссов В.И., Решетов И.В., Макаров В.М., Моторин О.В. Доминантный подход к патогенезу, профилактике и терапии рака // Вопросы онкологии. — 2007. № 3. — С. 6-25.
6. Чиссов В.И., Решетов И.В., Макаров В.М., Моторин О.В., Корицкий А.В. Ранняя хирургическая диагностика метастазирования в лимфатические узлы опухолей головы и шеи // Вопросы онкологии. — 2007. № 4. — С. 8-32.
7. Чиссов В.И., Решетов И.В., Макаров В.М., Моторин О.В., Бобров А.А., Корицкий А.В. Принципы, правила и процедуры, используемые МАИР при оценке риска канцерогенности для человека различных факторов. Пути повышения абстрактности оперативного вмешательства у больных плоскоклеточным раком органов полости рта и ротового отдела глотки // Российский онкологический журнал. — 2009. № 6. — С. 9-15, С. 34-45.
8. Чиссов В.И., Решетов И.В., Макаров В.М., Моторин О.В., Бобров А.А., Корицкий А.В. Радиочастотная термоабляция с использованием комплекса «Метатом — 2» при комбинированном лечении опухолей головы и шеи // Российский онкологический журнал. — 2008. № 5. — С. 15-24.
9. www.stomatology.ru

ВОСКИ ЗУБОТЕХНИЧЕСКИЕ

ДЛЯ САМЫХ ТРЕБОВАТЕЛЬНЫХ
ПРОФЕССИОНАЛОВ

РАДУГА - Р

Тел.: (4732) 72-89-98
 Россия, 394026, г. Воронеж
 ул. Электросигнальная, 24
 E-MAIL: MAIL@RADUGA-R.NET
WWW.RADUGA-R.NET