

НОВЫЙ СПОСОБ ОСТЕОСИНТЕЗА СКУЛОВОЙ КОСТИ

Р.С. Матвеев

Кафедра челюстно-лицевой хирургии (зав. - проф. И.Г. Ямашев) Казанской медицинской академии последипломного образования, кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии (зав. - доц. В.В. Трубин) медицинского института Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары

Переломы скуловой кости, по данным литературы [1, 2], составляют от 4,1 до 24,7% от общего числа поврежденных костей лица и занимают второе место после переломов нижней челюсти. По нашим данным, в Чувашской Республике с 1987 по 1998 г. среди больных с одиночными переломами костей лицевого скелета (КЛС) было 18,3% пациентов с переломами скуловой кости, причем около половины пострадавших находились на лечении в нейрохирургических, травматологических отделениях, где им часто не оказывалась специализированная помощь. Выбор способа лечения во многом определяется наличием и степенью выраженности функциональных нарушений, сроками оказания специализированной помощи. В 1998 - 2000 г. в отделении сочетанной травмы МУЗ "Городская больница

дались смещением ее отломков и функциональными нарушениями и в связи с этим больных не оперировали. У 45 (42,9%) больных из 105 человек с переломами скуловой кости проведен остеосинтез, в том числе у 23 (51,1%) использована предлагаемая нами методика.

Суть нашего способа остеосинтеза скуловой кости заключается в следующем (см. рис.).

После общего или местного обезболивания производим репозицию скуловой кости крючком Лимберга с последующим ее закреплением спицей-распоркой диаметром 2 см (1), которую проводим через скуловую кость (2). Она проходит через верхнечелюстной синус (3) с последующим упором в его дно. Далее спицу откусываем и погружаем под кожу. С целью профилактики ожога костной ткани спицу необходимо проводить на

Таблица 1

Распределение больных с переломами скуловой кости по полу и возрасту

Возрастные группы, лет	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 19	17	14,4	1	7,1	18	13,6
20—39	51	43,2	6	42,9	57	43,2
40—59	38	32,2	6	42,9	44	33,3
60 лет и старше	12	10,2	1	7,1	13	9,9
Итого	118	100,0	14	100,0	132	100,0

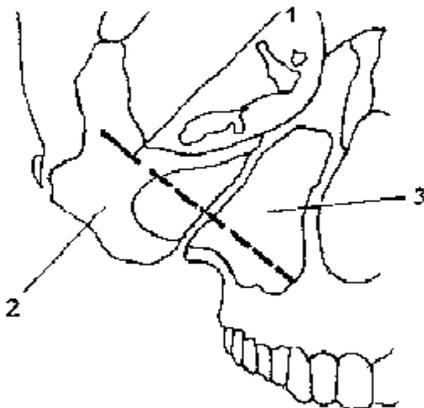
скорой медицинской помощи" и в отделении челюстно-лицевой хирургии городского детского медицинского центра МУЗ "Городская детская больница №3" МЗ ЧР получили лечение 132 человека с переломами скуловой кости. Их распределение по полу и возрасту представлено в табл. 1.

Из 132 пациентов у 105 (79,6%) были использованы различные способы хирургического лечения переломов скуловой кости (табл. 2). У остальных 27 (20,5%) пациентов переломы скуловой кости, по данным клинко-рентгенологического обследования, не сопровож-

Таблица 2

Распределение больных с переломами скуловой кости в зависимости от способа их хирургического лечения

Способ хирургического лечения	Абс.	%
Репозиция способом Лимберга	49	46,7
Репозиция и подвешивание скуловой кости по Когинуву	11	10,5
Репозиция и остеосинтез способом Макненко	13	12,4
Репозиция и остеосинтез мини-пластинами	9	8,6
Репозиция и остеосинтез по нашему способу	23	21,9
Итого	105	100,0



Способ остеосинтеза скуловой кости:
1 - спица-распорка; 2 - скуловая кость;
3 - полость верхнечелюстного синуса.

малых оборотах. Если жесткость закрепления отломков при использовании одной спицы окажется недостаточной, можно применить вторую, изменив ее направление на $5-10^\circ$.

Показаниями к применению нашего способа остеосинтеза являются переломы скуловой кости, при которых отломки после репозиции на месте не удерживаются, противопоказания - переломы скуловой кости, сочетающиеся с переломом верхней челюсти, многооскольчатые переломы скуловой кости и ее переломы, осложненные посттравматическим воспалительным процессом в верхнечелюстном синусе, а также хронический гайморит в анамнезе.

Приводим краткую выписку из медицинской карты стационарного больного.

К., 1964 г. р., обратился в больницу скорой помощи г. Чебоксары на третьи сутки после травмы, полученной в быту 28.01.1999 г. После осмотра нейрохирургом и челюстно-лицевым хирургом пострадавшему был поставлен диагноз: сочетанная черепно-лицевая травма; сотрясение головного мозга; перелом левой скуловой кости со смещением. После обследования 01.02.1999 г. под внутривенным наркозом больному произведена репозиция отломков левой скуловой кости крючком Лимберга. Отломки в правильном положении самостоятельно не удерживаются. В этой связи после повторной репозиции отломков скуловой кости осуществлен ее остеосинтез спицей-распоркой по нашей методике. На рану-прокол от крючка Лимберга и спицы наложена асептическая повязка. В послеоперационном периоде

пострадавший получал симптоматическое и физиотерапевтическое лечение, а также витаминотерапию. Раны зажили без осложнений. На 10-е сутки после госпитализации больной был выписан на амбулаторное лечение. После консолидации перелома 26.02.1999 г. в стоматологической поликлинике спицу из левой скуловой кости удалили через прокол-разрез, сделанный над кончиком спицы. Рана зажила самостоятельно через 3-4 дня под повязкой.

Новизна предлагаемого способа остеосинтеза скуловой кости подтверждена патентом Российской Федерации на изобретение № 2154427 "Способ закрепления отломков скуловой кости" [3]. Ни в одном случае при применении нашего способа каких-либо значимых осложнений мы не наблюдали, в то время как после остеосинтеза способом Макиенко в 2 случаях развился посттравматический остеомиелит и в 2 - кровотечение из сосудов перегородки носа. У 3 больных после подвешивания скуловой кости способом Когинова произошло ее смещение ввиду наличия свободного отломка в области наружного края орбиты. Следует отметить, что перед проведением остеосинтеза скуловой кости способом Макиенко больных тщательно обследовали для исключения хронического гайморита и при его наличии данный способ, как и предложенный нами, не использовали.

Таким образом, рекомендуемый нами способ остеосинтеза скуловой кости имеет следующие положительные стороны: 1) отсутствуют громоздкие конструкции внешней фиксации, затрудняющие уход за тяжело пострадавшими; 2) сохраняется периостальное кровоснабжение отломков, тем самым снижается возможность возникновения воспалительных осложнений и создаются благоприятные условия для сращения отломков; 3) минимальные разрезы-проколы, выполняемые при проведении способа, косметичны и не приводят к дополнительному рубцовому обезображиванию лица; 4) способ малотравматичен, быстро выполняется и может быть произведен под местной анестезией, а также у тяжелобольных с сочетанной травмой; 5) фиксирующую конструкцию (спицы) после сращения отломков удаляют амбулаторно через небольшой прокол-разрез.

Проведенный нами анализ частоты возникновения переломов скуловой кости в Чувашской республике показал крайнюю необходимость сотрудничества врачей-травматологов, нейрохирургов, офтальмологов с челюстно-лицевыми хирургами, так как больных с переломами скуловой кости в этих отделениях часто "пропускают". Примером такого сотрудничества может служить нейрохирургическое отделение МУЗ "Городская больница скорой медицинской помощи" г. Чебоксары, в котором вместе работают травматологи, нейрохирурги, офтальмолог и челюстно-лицевой хирург. Предложенный нами способ остеосинтеза скуловой кости можно рекомендовать к широкому применению при оказании специализированной помощи в отделениях челюстно-лицевой хирургии и других лечебно-профилактических учреждениях, где лечат больных с травмой челюстно-лицевой области.

УДК 616.895.8 + 616.831.71 — 07

СОПРЯЖЕННОСТЬ ХАРАКТЕРА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

Р.Р. Хамитов

Казанская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением (главврач — канд. мед. наук Р.Р.Хамитов) МЗ РФ

Исходя из многофакторной концепции механизмов формирования общественно опасных действий (ООД) [1—5], основную рабочую гипотезу настоящего исследования можно сформулировать следующим образом — психически больные, представляющие наибольшую общественную опасность, обладают специфическим набором клинических, психологических и социальных характеристик, знание которых позволит прогнозировать и уменьшать вероятность совершения особо тяжких деликтов.

Всего было обследовано 568 психически больных, направленных по решению суда на принудительное лечение в Казанскую психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением в 2000-2001 гг. В первую очередь нас интересовало, имела ли место сопряженность характера деликта с основными демографическими факторами - полом и возрастом обследо-

- ЛИТЕРАТУРА
1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. - М., 1999. - С. 79-82.
 2. Трубин В.В. Сочетанная травма челюстно-лицевой области в Чувашской Республике. Организация. Диагностика. Лечение: Адаптация. ...
 3. Трубин В.В., Матвеев Р.С. Способ закрепления отломков скуловой кости. - Бюлл. №23, 2000.

Поступила 10.01.03.

NEW METHOD OF OSTEOSYNTHESIS OF ZYGOMATIC BONE

R.S. Matveev

S u m m a r y

The new method of osteosynthesis of zygomatic bone is developed and introduced. Various methods of surgical treatment of fractures of zygomatic bone were used in 105 patients: reposition by the Limberg method when zygomatic bone fragments are held on their own in the prescribed position, the Koginov method, osteosynthesis by the Makienko method, miniplates and the suggested method. While using the suggested method no complications were observed.

ванных пациентов (табл.1).

Данные табл. 1 показывают, что у женщин существенно больше относительная частота деликтов, направленных против личности (у 82,4%), но у них же относительно меньше число имущественных правонарушений (8,4%). Правонарушений, отнесенных к категориям "сексуальные" и "прочие", за весь период исследования у женщин не наблюдалось вовсе. Именно эти обстоятельства преимущественно обеспечивали общую достоверность различий между мужчинами и женщинами по характеру совершенного ООД. Также в целом достоверными были различия в распределении относительной частоты характера ООД по возрасту. Это обеспечивалось большей относительной частотой наблюдений имущественных ООД в возрастной группе до 29 лет (26,7%) и относительно малой их частотой в возрастной группе старше 50 лет (7,1%). Подтверждено