

Округ № 11. В настоящее время на базе новой больницы в с. Перхушково организовано 20 коек для больных с челюстно-лицевой патологией, есть квалифицированный специалист. Имеется возможность расширения числа коек за счет перепрофилирования хирургических коек и организации полноценного отделения на 25 коек. Следует утвердить главного внештатного специалиста округа по челюстно-лицевой хирургии.

Округ № 12. Подготовить специалиста по челюстно-лицевой хирургии и организовать межрайонное отделение на 20–30 коек на клинической базе Ногинской ЦРБ.

Организация работы по медицинским округам с утверждением главных внештатных окружных челюстно-лицевых хирургов и выделение дополнительных коек по челюстно-лицевой хирургии позволит координировать и согласовывать действия специалистов и значительно улучшить качество оказания неотложной и плановой специализированной хирургической помощи больным стоматологического профиля и пациентам с различной патологией челюстно-лицевой области.

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ И ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*А.А. Никитин, Г.М. Карачунский, М.Н. Косяков, Е.Ю. Шевченко,
Л.Л. Гончаренко
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Экстренная помощь детям при травмах и воспалительных заболеваниях является важным разделом работы отделений челюстно-лицевой хирургии. За последние 8 лет число больных с травматическими повреждениями составило 6–11%, а с воспалительными процессами 4–10% от общего числа детей, госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

С 1997 по 2004 г. в отделении был пролечен 81 ребенок с воспалительными процессами. У 15 из них были воспалительные инфильтраты, серозные лимфадениты и серозные периоститы, у 34 – абсцессы и абсцедирующие лимфадениты, у 22 – острые гнойные периоститы и остеомиелиты, у 5 – острые гематогенные остеомиелиты верхней челюсти, у 5 – обострения хронического периодонтита и остеомиелита.

У детей раннего возраста имеется ряд особенностей течения воспалительного процесса. Несмотря на высокий уровень некоторых факторов неспецифического иммунитета (С-реактивный белок, лизоцим), фагоцитоз на многие антигены быстро ослабевает

вследствие незрелости ферментных систем фагоцитирующих клеток. Гуморальный иммунитет также не рассчитан на массивное попадание инфекционных агентов в организм новорожденного. У ребенка к моменту рождения нет IgM, а IgA и IgG он получает только с грудным молоком. Формирование собственного IgM начинается только с 4-месячного возраста. Специфический иммунитет и иммунологическая память формируются постепенно и зависят от многих факторов.

Другой не менее важной особенностью протекания воспалительного процесса у детей является снижение способности к его демаркации из-за недостатка основных прокоагулянтов, фибриногена и других факторов крови. Причиной снижения способности детского организма к отграничению воспалительного очага служит массивное выделение медиаторов воспаления (например, гистамина), повышение проницаемости сосудов под воздействием этих медиаторов и в условиях возникшего ацидоза. В свою очередь, снижение способности к демаркации воспалительного процесса способствует быстрому распространению гнойного процесса и резко повышает риск гнойно-септических осложнений.

Различают токсико-септическую, септикопиемическую и местную формы острой гнойной инфекции, а также хроническую стадию, которую можно расценить как временное динамическое равновесие между очагом воспаления и макроорганизмом. При этом нужно всегда помнить, что данное равновесие может в любой момент перейти в обострение.

Особенности протекания воспалительного процесса у детей, особенно в первый год жизни, требуют быстрого и адекватного назначения антибактериальных препаратов и хирургического лечения. Оперативное вмешательство является обязательным этапом лечения острой гнойной инфекции челюстно-лицевой области. Объем этого вмешательства может быть различным, но только активная хирургическая тактика позволяет быстро остановить процесс. В случае задержки операции или при отсутствии необходимого радикализма происходит дальнейшее распространение процесса или его переход в хроническую фазу.

За 8 лет в отделении получили лечение 86 детей с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области. У 10 из них были повреждения мягких тканей лица и полости рта, у 15 – повреждения зубов (перелом коронки или корня зуба, травматическая ампутация зуба), у 40 – переломы верхней, нижней челюстей и скуловой кости, у 9 – сочетанная травма, у 12 – укушенные раны.

Травматические повреждения костей лица у детей так же, как и воспалительные процессы, имеют ряд особенностей. Как известно, маленькие дети в подавляющем большинстве случаев получают травму в результате падения во время подвижных игр. Однако

далеко не каждое падение является причиной перелома костей: ребенок имеет меньшую массу тела с хорошо выраженным покровом, что смягчает травмирующую силу. Кости у детей тонкие, однако они содержат относительно меньше минеральных соединений и имеют более толстую и богаче васкуляризированную надкостницу. Эти анатомические особенности уменьшают количество переломов и обуславливают возникновение типичных для детского возраста переломов: перелом по типу «зеленой ветки» или поднадкостничный перелом.

Немаловажное значение имеет наличие эластического росткового хряща в ростковых зонах нижней челюсти. С одной стороны, он также препятствует возникновению перелома, но с другой, являясь более рыхлой структурой, именно в этом месте часто происходит перелом. В области ростковой зоны нижней челюсти (шейка мышечного отростка, угол нижней челюсти) переломы очень часто влекут за собой постепенное отставание в развитии соответствующего отдела нижней челюсти или анкилозирование височно-нижнечелюстного сустава. В связи с этим очень важно правильно оценить тяжесть перелома и грамотно провести лечение.

Экстренная помощь при травматических повреждениях костей лица у детей мало отличается от таковой у взрослых. Однако у детей следует применять атравматические и более щадящие методики. На первом этапе это остановка кровотечения, которая достигается путем репозиции и фиксации костных отломков, тугим тампонированием, кровоостанавливающими препаратами и даже (в крайних случаях) перевязкой наружной сонной артерии. Вторым не менее важным элементом первой помощи детям с травмой челюстно-лицевой области является устранение или профилактика аспирационных осложнений, возникающих в результате кровотечения или дислокации отломков челюстей, препятствующих нормальному дыханию. Это достигается путем остановки кровотечения, репозиции и фиксации отломков челюстей. В некоторых случаях имеются показания для наложения трахеостомы.

Первичная хирургическая обработка ран лица является важным компонентом первой помощи детям. Проводя ее, необходимо добиваться максимально хорошего эстетического результата. Это требуется не только для того, чтобы ребенок легче социально адаптировался после травмы, но и в связи с тем, что грубый рубец может повлечь за собой возникновение вторичных деформаций челюстно-лицевой области.

После комплекса неотложных мероприятий наступает необходимость тщательного клинико-лабораторного обследования, т.е. вызова смежных специалистов (невролога, травматолога, оториноларинголога, окулиста и др.), рентгенодиагностики. После постановки диагноза и оказания хирургом-стоматологом специали-

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-