

Полученные данные свидетельствуют о несимметричности в строении височно-нижнечелюстных суставов справа и слева, что, возможно, частично обуславливает различную амплитуду при движениях нижней челюсти. В то же время на характер движений нижней челюсти влияет не только анатомическое строение сустава, но и состояние жевательной мускулатуры и степень эластичности мягких тканей.

На основании полученных данных были сделаны следующие **выводы**:

1. В подавляющем большинстве случаев (92,86 %) амплитуда максимального сдвига нижней челюсти вправо и влево неодинакова (различие до 60 %).
2. Более выраженный боковой сдвиг нижней челюсти наблюдается в ту сторону, где ширина суставной ямки на уровне головки нижней челюсти больше, при этом у 72,4 % эта сторона является функционально-доминирующей.
3. У 83,7 % обследованных высота мышечкового отростка нижней челюсти на функционально-доминирующей стороне на 3–4 мм больше, чем на противоположной.
4. При наличии клыкового ведения в боковой окклюзии на преимущественной стороне жевания отмечается более выраженная стираемость клыков, превышающая возрастную норму, по сравнению с клыками противоположной стороны.
5. На преимущественной стороне жевания саггитальная окклюзионная кривая Шпее менее выражена, чем на противоположной стороне.

А.В. Бусоедов, В.А. Сизоненко, Е.В. Елгина

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В ГКБ № 1

*МУЗ Городская клиническая больница № 1 (Чита)
Читинская государственная медицинская академия (Чита)*

Проблема лечения открытых переломов длинных трубчатых костей по-прежнему является одной из наиболее актуальных в травматологии. Интерес к ней не вызывает сомнений и обусловлен рядом причин. С увеличением количества высокоэнергетических травм возрастает число тяжелых повреждений, открытые переломы длинных трубчатых костей все чаще встречаются при множественных и сочетанных травмах.

Несмотря на широкое внедрение новых методов остеосинтеза и применение современных антибактериальных препаратов, число гнойных осложнений при подобных травмах остается высоким, достигая, по данным отечественной литературы последних лет, от 9 до 57,4 %.

Целью нашего исследования было проведение анализа результатов стационарного лечения больных с открытыми переломами длинных трубчатых костей, выявление факторов, влияющих на развитие гнойно-септических осложнений при данной патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2001 по 2006 г. в клинике травматологии и ортопедии ГКБ № 1 лечились 156 пациентов с открытыми переломами длинных трубчатых костей. При формулировке диагноза использовалась классификация открытых переломов по Каплан-Марковой, как наиболее полно, на наш взгляд, отражающая характер повреждения тканей при данной патологии.

При лечении открытых переломов в зависимости от типа перелома применялись различные методы фиксации отломков. Чаще всего использовались скелетное вытяжение с последующим наложением гипсовой повязки, первичный остеосинтез аппаратами внешней фиксации, внеочаговый остеосинтез и фиксация погружными металлоконструкциями в позднем периоде. При переломах типа IA, IB проводился туалет ран, при более тяжелых типах переломов выполнялась первичная хирургическая обработка с последующей фиксацией отломков различными методами. При переломах IV типа в подавляющем большинстве случаев исходом лечения была ампутация конечности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Переломы костей голени по частоте и тяжести занимают доминирующее положение — 72,5 %. Открытые переломы плеча встречались в 6,4 % случаев, бедра — в 6,4 %, предплечья — в 14,7 %. Среди мужчин открытые переломы встречались в 65 %, среди женщин — в 35 %. Из всех пострадавших 36 % получили травму в состоянии алкогольного опьянения. Подавляющее большинство пациентов работоспособного возраста — от 20 до 50 лет.

Средние сроки лечения открытых переломов в отделении травматологии составили 29,0 к/дней, из них при выборе метода скелетного вытяжения с последующей гипсовой иммобилизацией — 33,2 к/дня,

при выполнении первичного остеосинтеза — 17,8 к/дня, при отсроченном остеосинтезе после заживления ран — 28,4 к/дня.

При выполнении первичного остеосинтеза в 92 % использовались аппараты внешней фиксации. При использовании данного вида остеосинтеза быстрее купировались явления воспаления, заживление ран в 76 % происходило за счет первичного натяжения.

При анализе результатов лечения учитывали число ближайших послеоперационных осложнений — поверхностных и глубоких некрозов, нагноений в области переломов. Было установлено, что возникновение осложнений при открытых переломах костей голени происходило в основном при переломах II и III типа; особенно в группе IIIB и В. Общее количество осложнений при открытых переломах костей составило 27,5 % (табл. 1).

Таблица 1

Виды и число осложнений при открытых переломах костей голени

	I, IIA (n = 31)	IB, B (n = 14)	IIБ, В (n = 49)	IIIB (n = 6)	IIIB (n = 9)	Всего (n = 109)
Поверхностные некрозы кожи	1	2	5	1	3	12
Глубокие некрозы кожи	—	—	3	1	2	6
Нагноение мягких тканей в области перелома	2	—	6	2	2	12
Всего	3 (9,7 %)	2 (14,3 %)	14 (28,6 %)	4 (66,7 %)	7 (77,8 %)	30 (27,5 %)

ВЫВОДЫ

1. Открытые переломы длинных трубчатых костей чаще встречаются у лиц трудоспособного возраста, что определяет особую значимость решения проблем по лечению данной патологии.
2. Подавляющее большинство открытых переломов длинных трубчатых костей приходится на переломы костей голени.
3. Средние сроки лечения открытых переломов имеют прямую зависимость от сроков и вида остеосинтеза.
4. Первичный внеочаговый остеосинтез при открытых переломах типа IIБ и В, IIIB и В является наиболее приемлемым способом фиксации костей голени, существенно влияющим на предупреждение осложнений, сокращение сроков лечения в стационаре.
5. Наибольшее число осложнений возникает при открытых переломах IIIB и В типа, что заставляет уделять особое внимание прогнозированию и предупреждению необратимых изменений при данных типах переломов.

А.Г. Ванчикова

РАСТИТЕЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Читинская государственная медицинская академия (Чита)

Известно, что хроническая обструктивная болезнь легких имеет большой удельный вес в структуре заболеваний органов дыхания. Существующие методы и используемые лекарственные препараты при указанной болезни не всегда обеспечивают желаемый результат, а в ряде случаев утяжеляют дыхательную недостаточность.

В этой связи определенный интерес вызывает опыт традиционной медицины. В частности, традиции врачевания на Востоке рекомендуют при хронических формах заболеваний включать процедуру «очищения» организма. При этом очищающие средства назначаются накануне специфической терапии больного. Последовательно в течение 7–9 дней назначаются отвары желчегонного, слабительного, мочегонного и потогонного сборов. Наряду с этими средствами, используются адаптогенные, противовоспалительные препараты и физиопроцедуры. Использование данной технологии лечения больных хроническим обструктивным процессом в легких способствовало улучшению состояния больных. В частности, с улучшением выписаны из стационара Агинской окружной больницы 84,8 % пациентов, без значимого эффекта — 15,1 %. В сравнительной группе больных, которым не применяли растительные лекарственные средства, с улучшением выписались 68,8 %, без значимого эффекта — 28,8 %, а у одного больного, несмотря на проводимую стандартную терапию, наблюдали ухудшение состояния. Следует отметить, что больные обеих групп получали стан-