



Рис. 3.

Флебограмма больного Н., 36 лет. Диагноз: хронический гематогенный остеомиелит левой голени в средней трети с полной ретроканализацией глубоких вен.

ко в мягких тканях, но и в кости. Наряду с этим местные нарушения венозной гемодинамики приводят к ослаблению гуморальных связей и к снижению концентрации лекарственных веществ в воспалительном очаге.

В связи с изложенным в комплекс мероприятий, применяемых для лечения больных остеомиелитом, необходимо включать средства, направленные на профилактику и терапию тромботических осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корнев П. Г. В кн.: Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. М., т. 2.— 2. Левашов Ю. Н. В сб.: Труды Всеросс. конф. хирургов по флебологии. Саратов, 1966:

Поступила 26 декабря 1978 г.

УДК 617.52—001—089.

О СРОКАХ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ЛИЦА

Л. А. Кольцова, И. А. Давудов

Кафедра хирургической стоматологии (зав. — проф. Л. А. Кольцова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и городская клиническая больница № 15 (главрач — Л. А. Баранчикова)

Реферат. Проанализированы результаты лечения больных со множественными и сочетанными повреждениями лицевого черепа и закрытой черепно-мозговой травмой. Ввиду того, что челюстно-лицевые хирурги проявляют известную осторожность из-за боязни утяжеления общего и неврологического статуса, пребывание больных в стационаре удлиняется. Предложено приблизить сроки оказания специализированной помощи этому контингенту больных, что улучшит функциональный эффект челюстно-жевательного аппарата и уменьшит длительность нетрудоспособности.

Ключевые слова: множественные сочетанные переломы костей лицевого черепа, лечение.

2 таблицы.

По сложившимся традициям при сочетанной травме челюстно-лицевой области, особенно при травме лица и головного мозга, специализированную помощь оказывают лишь после того, как значительно уменьшится симптоматика повреждения головного мозга, — на 5—8-й день, а то и позже. С учетом совершенствования анестезиологической службы, службы реанимации следует поставить вопрос о пересмотре сроков оказания специализированной помощи челюстно-лицевым больным.

При множественных и сочетанных переломах лицевого скелета, например верхней и нижней челюстей, скуловой кости, и повреждении головного мозга возникают трудности в своевременной одномоментной репозиции и последующем удержании отломков с сохранением функции поврежденных органов.

Основанием для настоящей работы послужили материалы челюстно-лицевого и нейрохирургического отделений 15-й клинической больницы г. Казани за 1975—1978 гг. Из 1421 больного с переломами костей лица множественные и сочетанные переломы костей лицевого черепа констатированы у 814 (57,3%); повреждения лицевого черепа, сочетающиеся с закрытой черепно-мозговой травмой, были у 227 (27,9%).

Преобладающее число пострадавших (620 из 814) поступило на лечение в течение 1-х суток (в том числе 284 — в первые 3 ч); после 48 ч обратилось 138 человек. 390 больных были доставлены машиной скорой помощи, 328 прибыли самостоятельно по направлению других лечебных учреждений и 96 были госпитализированы без направления.

Больные с сочетанной травмой находились на лечении в челюстно-лицевом (75 чел.) и в нейрохирургическом (152 чел.) отделениях. Приводим анализ лечения больных в нейрохирургическом отделении. Мужчин было 133 (87,5%), женщины — 19 (12,5%). У 81 больного диагностировано сотрясение головного мозга (табл. 1), у

Таблица 1

Характер сочетанных повреждений челюстно-лицевой области и головного мозга

Характер травмы	Больные с сотрясением головного мозга	Больные с ушибом мозга			Всего больных	%
		I ст.	II ст.	III ст.		
Переломы нижней челюсти:						
одиночные	24	12	3	5	44	28,9
множественные	8	3	4	1	16	10,5
Перелом костей носа	32	21	2	2	57	37,5
Перелом верхней челюсти	4	2	1	1	8	5,3
Перелом скуловой кости, дуги	7	3	1	2	13	8,6
Множественные переломы костей в различных сочетаниях	6	5		3	14	9,2
Всего	81	46	11	14	152	100%

71 — ушиб головного мозга различной степени тяжести. В нейрохирургическое отделение челюстно-лицевого хирурга вызывали на консультацию; он же оказывал специализированную помощь: производил репозицию и закрепление отломков (табл. 2).

Из табл. 2 явствует, что у 42 больных (27,6%) в нейрохирургическом отделении переломы костей лицевого черепа не были репонированы и фиксированы. 31 из них после улучшения общего состояния и неврологического статуса переведен в челюстно-лицевое отделение.

К этому времени в линии перелома происходит фиброзное или костное сращение отломков, в связи с чем в челюстно-лицевом отделении для репозиции отломков требовалось или хирургическое вмешательство, или длительное консервативное вытяжение. Естественно, в подобных случаях значительно удлиняется срок пребывания больного в стационаре. Так, при лечении множественных повреждений костей лица в че-

Сроки фиксации переломов костей лицевого скелета, сочетающихся с закрытой черепно-мозговой травмой

День фиксации переломов с момента госпитализации	Сотрясение головного мозга	Ушиб мозга			Всего	%
		I ст.	II ст.	III ст.		
В 1-й день	70	7	4		81	53,3
На 2-й день	4	1	1		6	3,9
На 3-й день	3				3	2,0
На 4-й день	3				3	2,0
На 5-й день	1				1	0,7
На 6-й день	1	1			2	1,3
На 7-й день	1				1	0,7
На 8-й день	1		1		2	1,3
На 9-й день		1			1	0,7
На 10-й день	1		1		2	1,3
На 13-й день				1	1	0,7
Перелом не фиксирован	14	19	6	3	42	27,6
Умерли в день госпитализации				7	7	4,6
Всего	81	46	11	14	152	100%

люстно-лицевом отделении он был равен в среднем 16,8, а у больных, переведенных из нейрохирургического отделения, — 29 дней.

Одновременное лечение повреждений лицевого скелета и травмы головного мозга способствовало бы существенному уменьшению показателей пребывания данной категории больных на койке.

Основная причина несвоевременной фиксации переломов костей лицевого черепа кроется, очевидно, в традиции не осуществлять закрепление отломков при выраженной неврологической симптоматике. В подобных ситуациях как нейрохирургов, так и челюстно-лицевых хирургов удерживают от оказания помощи при повреждениях лица боязнь утяжелить общий и неврологический статус пострадавшего и опасность аспирационных осложнений при закреплении отломков челюстей, особенно при наложении двухчелюстных шин с межчелюстной тягой.

В данном сообщении мы не ставили задачи выяснить состояние челюстно-жевательного аппарата. Но и так совершенно очевидно, что если отломки челюстей не были репонированы, в последующем возникнет нарушение функции жевания.

Обобщая изложенное, мы считаем необходимым обратить внимание нейрохирургов и челюстно-лицевых хирургов на следующие положения.

1. Для предупреждения осложнений (например, аспирации масс в дыхательные пути) необходима разработка таких методов фиксации отломков челюстей, которые позволяли бы фиксировать отломки, оставляя свободным движение нижней челюсти и не создавая препятствий к открыванию рта.

2. Сроки оказания специализированной челюстно-лицевой помощи при сочетанных повреждениях костей лица и головного мозга должны быть пересмотрены и приближены.

Поступила 2 октября 1979 г.