

Действующими агентами являлись: в 4 случаях—электр. ток, в 1— H_2SO_4 , в 1—горячий креозот, в 20—горячая вода или пар, причем следствием действия первых четырех оказались ожоги, преимущественно, II и III степени, тогда как горячая вода и пар вызвали ожоги I и II степени.

Все пострадавшие являлись в поликлинику или непосредственно, или же через здравпункт, но не позднее 24 часов после ожога. На здравпункте, по договоренности, первая помощь выражалась в наложении на обожженное место стерильной повязки, а в некоторых случаях—с риванолом.

Лечение ожогов заключалось в следующем: на месте ожога, без различия размеров поражения, накладывалась стерильная, сочно смоченная раствором риваноля (1:1000) марля в 2—4 слоя, по возможности больше захватывая полосу пограничной здоровой кожи, и достаточной толщины слой стерильной ваты, с последующим бинтованием без всякого натяжения. Через день—перевязка: нижний слой предыдущей повязки оставлялся на месте, на него накладывалась такая же повязка, как первая; вторая перевязка—на 4—5 день: по снятии предыдущей повязки, но опять не трогая нижнего слоя, накладывалась новая, уже жидко-вазелиновая повязка. Затем, на следующий день повязка, уже легко отделяемая (присутствие вазелинового масла), снимается целиком для контроля состояния заживления. В дальнейшем—до полного заживления—повязки со стерильным вазелиновым маслом.

Уже при первом контроле, т. е. на 4—6 день, во всех случаях ожогов II степени можно было констатировать полную эпидермизацию обожженной поверхности и сплошное покрытие последней свежими грануляциями, а местами и эпидермисом—в случаях III степени.

Во всех случаях риваноловые, впоследствии—жидко-вазелиновые повязки действовали успокаивающе, болевые ощущения с первого же дня становились минимальными.

Все ожоги, за исключением двух случаев, протекали совершенно гладко, без малейших признаков нагноения.

Максимальный срок потери трудоспособности выразился в 14 днях (1 случай), в трех случаях—от 10—13 дней; сроки для остальных случаев колеблются между 3—9 днями.

Как видим, и здесь применявшийся способ лечения риванолом с редкими перевязками дал прекрасный эффект в смысле наиболее быстрого заживления, а также большую экономию как перевязочных, так и медикаментозных средств. И при лечении ожогов риванолем явился, таким образом, наиболее щадящим пораженные ткани препаратом, обладающим в то же время явными профилактическими в отношении инфекции свойствами.

(Моск. Обл. Ин-т промышл. травматологии, ортопедии и протезирования). Директор Н. Н. Приоров. Зав. Челюст. отд. проф. А. Э. Рауэр.

Восстановление трудоспособности после заболеваний и повреждений челюстей.

Ст. асс. Н. М. Михельсон.

Работа нашего Института, имеющего специальное отделение челюстно-лицевой хирургии, показала, что далеко не всегда страховые врачи могут легко и правильно решить вопрос о трудоспособности, когда это касается челюстей.

Малое знакомство врачей вообще, и страховых в частности, с заболеваниями челюстей объясняется тем, что существование у нас челюстно-лицевой хирургии, как самостоятельной единицы среди других медицинских дисциплин, стало достоянием только последних лет, а именно со времени империалистической войны, которая дала сотни тысяч раненых в лицо и челюсти и заставила, таким образом, организовать систематическую, квалифицированную борьбу с последствиями этих ранений.

Страховые органы также столкнулись вплотную с необходимостью решать свои вопросы в этом направлении; кроме того, заболевания челюстей мирного времени и повреждения их также дают большие цифры и также ежедневно заставляют обращать на себя внимание.

Незнакомство страховых врачей с такими заболеваниями вынуждает направлять больных на заключение в специальные учреждения для решения вопроса о трудоспособности.

Необходимость таких посылок влечет за собою лишнюю трату времени, денег и, что еще очень важно, дает возможность больному, хорошо учитывающему этот момент, предъявлять иногда жалобы, не имеющие под собою, по разороте их, никакой почвы.

Так, например, нами наблюдался случай, когда больной, получивший перелом н.челюсти три месяца назад и все время пользовавшийся больничным листком, присылался к нам на заключение. При обследовании этого больного выяснилось, что перелом был простой, сращение отломков протекало нормально, без каких либо осложнений; фиксирующая отломки шина была наложена своевременно и правильно и снята через 1½ месяца, когда наступила полная консолидация в области перелома; больной легко пережевывает всякую пищу, никаких явлений раздражения слизистой нет, со стороны чел. нерва болезненность не отмечается и больной пользовался листком только на основании его жалоб на боли при жевании.

Наблюдались и такие случаи, когда больные пользовались листком в течение нескольких месяцев, так как перелом челюсти не срослся и выписать на работу, естественно, было нельзя.

Оказывалось, что сращение не наступало, так как вначале не было проведено соответствующего лечения и образовался ложный сустав. Контрольные же врачи даже через несколько месяцев направляют его не для лечения, а для заключения о трудоспособности.

Здесь мы уже сталкиваемся с незнакомством лечения челюстей как страховым, так и лечащим врачом.

К сожалению, до самого последнего времени приходится сталкиваться не только с незнакомством врачей в этой области, но даже с непониманием важности оказания таким больным своевременной и квалифицированной помощи.

Примером может служить такой случай:

Больной М., амбулат. карта № 13900, получил 8/VIII 32 г. в Магнитогорске, во время работы около привода, перелом н. чел. в области между 5 и 6 зуб. справа. Лечащий врач отправил 6-го в ВКК, дав заключение, что в Магнитогорске его лечить нельзя.

ВКК постановляет отправить его в Москву, на что Горздрав бумагой от 13/VIII отвечает, что для решения вопроса о посылке в Москву необходимо заключение имеющегося в Горздраве специалиста. На эту бумагу 23/VIII Страхкасса отвечает, что у нее также имеется свой специалист и в другом она не нуждается. 27/VIII больной М., наконец, получает путевку в Москву, куда прибыл 8/IX. Таким образом прошел ровно месяц, раньше чем больной получил необходимую помощь.

Из приведенных примеров отчетливо выясняется, что правильное решение вопроса при чел. заболеваниях о трудоспособности, где постоянно сталкиваются, как и при других заболеваниях, три заинтересованные стороны—больной, леврач и страхврач, может получиться только тогда, когда в это дело внесется ясность, т. е. когда врач лечащий и страховой будут чувствовать себя вполне компетентными и таким образом больной будет сознавать, что дело о решении его трудоспособности находится в надежных руках.

Внесение этой ясности и является прямой нашей задачей, для чего мы рассмотрим в отдельности основные заболевания челюстей и время восстановления трудоспособности после них.

Начнем с наиболее частого и наиболее сложного вопроса—это с вопроса о восстановлении *трудоспособности после перелома челюстей*, которая всецело зависит от своевременности подачи помощи и от ее правильности. Что это так, мы можем убедиться из статистики военного времени, которая устанавливает следующее правило (Вильга): раненый, получивший помощь в первый 10 дней, требует для своего излечения 7 недель, получивший же такую в первые—20 дней нуждается в лечении уже в течение 11 недель и т. д.

Наши наблюдения над 1018 случаями переломов челюстей мирного времени также показывают прямую зависимость восстановления трудоспособности от времени и правильности оказанной помощи.

Из историй болезней стационара и амбулаторных карт Ин-та можно установить следующие цифры:

помощь (квалиф.) оказана в первые	7 дн.—выздоровл.	через	6 нед.
“	”	”	”
“	”	”	”
“	”	”	”
“	”	”	”
“	”	”	”
“	”	”	”
“	”	”	”
“	”	”	”
“	”	”	”
“	”	”	”
“	”	”	”
“	”	”	”

С другой стороны, как показывает наша статистика (Сов. Хир. т. 1, 1931 г.), даже в Москве, только 20% всех переломов челюстей попадают к нам в первые три дня, остальные—от 5 дней до 3-х месяцев.

К сожалению, в той же Москве в квалифицированных больничных учреждениях и теперь встречаются еще случаи, когда больной, получивший множественную травму, направляется к нам для лечения перелома челюсти только тогда, когда он уже излечился от всех других повреждений.

Пример. Больной Алексеев направлен в Ин-т на лечение 16/XI 32 г. по поводу перелома в. чел. Диагноз: перелом тела в. чел., опущение ее вниз и ушибы всего тела. Перелом получил 3 нед. назад, лежал в б-це в Москве, вставлял с 3-го дня. Челюстной помощи не получал. Специалист к нему не вызывался, хотя противопоказаний к наложению шин не было. Направлен в Ин-т после выписки из б-цы после заживления всех других повреждений.

Мы могли бы привести сотни примеров не только таких, но еще более печальных, когда не оказание своевременной и правильной помощи ведет к неправильно сросшимся переломам, к образованию ложных суставов, к анкилозам и т. д., т. е. осложнениям, которые уже требуют оперативного вмешательства с долгими месяцами последующего лечения и таким образом эти больные ложатся тяжелым бременем на государство.

Постараемся уточнить *сроки трудоспособности* больных, получивших переломы челюсти.

Перелом челюсти, как и перелом всякой другой кости, требует для своего срастания известного срока, зависящего от многих причин: вид перелома, место перелома, возраст б-го, время оказания помощи и т. д.

Если мы имеем простой перелом челюсти без повреждений кожных покровов, без больших разрывов слизистой и если он протекает гладко, т. е. без осложнений в виде флегмон, остеомиелитов и пр., то для его полной консолидации потребуется около 1—1½ м-цев, к каковому сроку больной может быть уже, несомненно, выписан на работу, но, несомненно, также представится немало случаев, когда больной может и должен быть выписан раньше. Все зависит от общего состояния больного и главным образом от его профессии. Если мы имеем дело с лицом не физического труда и если, как мы сказали, заживление идет гладко и если наложенные для укрепления отломков шины не препятствуют

в значительной степени приему пищи больным, и если профессия б-го (артист, преподаватель) не препятствует этому, то таковой больной свободно может быть выписан на работу и раньше: начиная с 2—3 недель после получения перелома.

С выпиской же на работу лиц физического труда нужно быть очень осторожным. Здесь нельзя руководствоваться хорошим состоянием б-го и почти наступившей консолидацией, здесь приходится задерживать б-х до того времени, когда мы можем с уверенностью сказать, что, даже при сильном напряжении мышц, не произойдет смещение отломков.

Надо помнить, что, например, грузчик, поднимающий тяжесть и напрягающий сильно мышцы спины, живота и рук, должен одновременно напрягать также сильно жевательные мышцы и мышцы шеи, т. к., только при содружественном действии всех мышц, человек может развить наибольшую физическую силу.

Если мы возьмем работу молотобойца, забойщика и др., где на первый взгляд имеет значение только мускульная сила рук, дело обстоит не так, потому что получающееся при этом сотрясение всего тела заставляет рефлекторно одновременно сжимать и челюсти. Наблюдения и распросы шоферов, где, казалось, бы, даже и не нужна большая физическая сила, показывают, что напряженное внимание, даже без наличия тряской дороги, заставляет их крепко сжимать челюсти.

Эти примеры достаточно поясняют необходимость учитывать точно профессию больного.

При переломах же челюстей, протекающих со всевозможными осложнениями как флегмоны, остр. остеомиелиты, невриты и пр., следует руководствоваться правилом, что, только по устранению этих осложнений, может стать вопрос о выписке б-го на работу, т. е. после исчезновения острых явлений.

Здесь нужно только отметить, что остеомиелиты, а также являющиеся в большинстве случаев после травмы невриты могут принять затяжной характер и на этом следует несколько остановиться.

О хронич. остеомиелитах после переломов говорить сейчас не будем, об этом будет разговор в отделе остеомиелитов челюстей, скажем несколько слов о невралгиях после переломов.

Невралгии эти теоретически должны были бы быть частым спутником переломов, благодаря тому, что при переломе н. чел., н. челюстной нерв всегда находится в области перелома и только потому, что при переломах н. чел. отломки довольно легко становятся на свое место, возможность ущемления нерва устраняется, но все же оно возможно и ведет всегда к очень тяжелым страданиям б-х и нередко к их полной инвалидности. Необходимо только знать, что путем небольшой операции (резекции нерва) это страдание излечивается.

Пример. Портной Куханов, 6 лет назад перелом правой горизонтальной ветви. По заживлении перелома—все время не прекращающиеся боли. Удалены были все зубы правой половины н. челюсти—улучшения не было. Куханов был переведен на инвалидность. Не работает несколько лет. Пост. в Ин-т в октябре 1932 г.

28 октября 1932 г. операция—резекция альвеолярного нерва.
Все боли исчезли.

Из стойких осложнений после переломов челюстей нужно отметить еще неправильно сросшиеся переломы, ложные суставы, анкилозы и контрактуры. Что касается первых двух, т. е. неправильно сросшихся пере-

ломов и ложных суставов, которые в большинстве случаев являются результатом неправильного лечения или несвоевременной помощи, то здесь на первый план выступает нарушение правильности артикуляции, вследствие несовпадения жевательных поверхностей зубов верхней и н. челюсти. Что же касается анкилозов и контрактур челюстей, то здесь причиной почти всегда является инфекция, которая ведет к воспалительному процессу в области самого чел. сустава или мягких тканей вокруг него. Как при контрактурах, так и при анкилозах клинически главный признак их, как известно,—невозможность открыть рот. Анатомически же они различаются тем, что при анкилозах весь процесс и причина лежит в суставе, при контрактурах же—вне сустава, в мягких тканях.

Все виды указанных дефектов жевательного аппарата, т. е. костн. деф. чел., неправильно сросшиеся переломы, ложные суставы, анкилозы и контрактуры мы будем рассматривать в одной группе, т. к. в результате всех этих дефектов (более или менее постоянных) мы имеем нарушение функции жевательного аппарата, т. е. больной или не может достаточно хорошо пережевывать пищу, или совсем ее не пережевывает.

В этих условиях возникает вопрос: нарушается ли в данных случаях трудоспособность человека, и если—да, то насколько.

Через наше отделение прошло очень большое количество больных с анкилозами, контрактурами и другими дефектами челюстей, и в большинстве случаев этот недостаток очень тяжело отзывался на больном; б-ной стеснялся своего уродства, больной требовал дать ему возможность пережевывать пищу и т. д. и мы сами таким больным всегда предлагали оперативное вмешательство, считая его здесь весьма показанным, но в то же время клиника нас не раз убеждала, что больные с совершенно анкилозированными челюстями имеют хорошо упитанный вид, исполняют всякую работу, даже и тяжелую физическую. Все эти больные очень хорошо приспособляются к приему пищи, для чего они употребляют ее только в мягком и жидком виде и питание их не страдает.

Примеры: 1) Б-ной Ползунов, 24 лет, портной, находился в Институте на излечении в 1930 году по поводу полной контрактуры челюстей после тифа. Ползунов большого роста, крепкого телосложения, с отлично развитым подкожным жировым слоем, а между тем рот не открывает в течение 6 лет.

2) Б-ной Васянин, 22 лет, находился на излечении в Институте в 1932 г. по поводу анкилоза челюстей; общее состояние вполне удовлетворительно. Рот не открывал 15 лет; профессия—монтер.

3) Колхозник Кузин находился на излечении в 1932 г., краснощекий, хорошо упитанный субъект, большой физической силы. Рот не открывает 12 лет—после тифа.

Таких примеров мы можем привести очень много, все они убеждают нас в том, что выпадение такой важной функции, как акт жевания у человека и наличие столь тяжкого недостатка, как невозможность раскрыть рот, практически не всегда ведет к большому ущербу для организма, а сами больные легко с ним свыкаются и бывают даже такие, хотя и несчастные случаи, когда они обращаются к нам не столько с целью дать возможность им питаться нормально, сколько избавиться их от уродства, так как длительная контрактура или анкилоз ведут к недоразвитию н. челюсти и получается в результате т. наз. микрогения.

О п ы т ы.

В механо-терапевтическом кабинете при МОИПТОП'е проделана по нашему предложению функциональная проба сердечно-сосудистой системы д-ром Древинг у больных, страдающих анкилозом челюстей.

Проба показала, что изменение кровяного давления, пульс, дыхание и пр. у таких больных после пробы дают не резкие отклонения от нормы.

Пример: Кузин, 19 лет, не открывает рот 12 лет, отличию упитанный и сильный субъект. Функциональная проба, состоящая в продельвании различных физических упражнений со всесторонним исследованием б-го до и после пробы:

	До пробы:	После пробы:
Пульс	65	90
Дыхание	14	15
Кров. макс.		
Давл.	98	105
Миним.	65	60
Давл. пульс.	33	45

Б-ной Шлаев, 22 лет, развитой и упитанный человек, анкилоз 10 лет.

	До пробы:	После пробы:
Пульс	65	100
Дыхание	24	28
Макс. давл.	102	112
Миним.	75	70

Таким образом, мы видим, что больные со стойкими нарушениями жевательного аппарата не страдают значительно в своем питании, что физическая сила у них ослаблена не всегда и что, таким образом, вопрос о трудоспособности таких больных решается в положительном смысле, за исключением случаев, когда они, в силу ли бытовых условий или в силу условий работы, не смогут обеспечить себе достаточное количество усвояемой ими пищи или, когда работа их требует особо усиленного питания.

Одно только обстоятельство нужно не забывать, что больные с контрактурами и анкилозами челюстей, в случаях заболевания, особенно инфекционными или другими болезнями, будут находиться в худших условиях, так как трудно будет иногда поставить своевременно правильный диагноз (ангина); при заболевании пневмонией они не смогут хорошо отхаркивать мокроту, таким больным опасно давать наркоз и состояние их челюстей не позволит содержать рот и глотку в достаточной чистоте, что может повести к значительным осложнениям.

Рассмотрим теперь также очень большую группу заболеваний челюстей—*остеомиелиты*.

Говорить о восстановлении трудоспособности при острых остеомиелитах мы не будем, так как здесь вопрос ясен: по прекращению острых явлений, если нет никаких осложнений, больной делается трудоспособным.

Разговор может идти только о хронических остеомиелитах челюстей. Известно, что такие остеомиелиты могут быть в результате какого-либо общего инфекционного заболевания или зубного происхождения или после травмы. Хронические остеомиелиты челюстей текут обычно очень вяло; мы видим в этих случаях б-х со свищами, выделяющими большее или меньшее количество гноя, с выделением мелких секвестров, без температуры, без болей, свищи держатся месяцами и большей частью больной все время пользуется больничным листком.

Особенно это относится к остеомиелитам нижней челюсти. К сожалению, в деле лечения хронических остеомиелитов н. чел. мы не обладаем способами, которые могли бы в короткое время ликвидировать этот процесс, а с другой стороны анатомические особенности строения н. чел. и ее кровоснабжения, на ряду с склонностью к легкой секвестрации

обуславливают также и способность нижней челюсти к быстрой регенерации, т. е. к восстановлению ее костной субстанции.

Наблюдения наши и других авторов, основанные на многих тысячах случаев, показывают, что всякое ранение, более или менее радикальное вмешательство при хроническом остеомиелите н. чел. ведет или к обострению процесса, или, что еще хуже, этим вмешательством уничтожаются уже успевшие вновь образоваться костные пластинки, которые мы не можем на глаз отличить от секвестров и которые далеко не всегда можно распознать даже на рентгенограммах.

Эти хронические остеомиелиты лучше всего поддаются лечению путем кварцевой лампы, аутогемотерапии и т. д.

Изучение хронических остеомиелитов и многочисленные работы в этом направлении, как наших, так и иностранных авторов, подтверждают также выжидательный метод лечения, и страховые органы и лечащие врачи должны быть в данном случае весьма терпеливыми, чтобы ранней выпиской на работу или несвоевременным вмешательством еще более не затян timer процесс заживления.

Нам кажется, что такие больные могут быть выписаны на работу при наличии свищей только в том случае, если профессия б-го не препятствует этому, если больному может быть обеспечено самое тщательное, квалифицированное и амбулаторное наблюдение, чтобы, при малейшем обострении процесса или его осложнении, своевременно госпитализировать такого б-го и, если нужно, прибегнуть к оперативному вмешательству.

Наконец, последняя группа, на которой мы хотели бы остановиться— это больные с *врожденными дефектами твердого и мягкого неба, волчьей пастью и заячьей губой*.

Приходилось встречаться со случаями, когда такие больные заявляли, что они не могут хорошо питаться, что им требуется особая пища и т. д. и поэтому они не могут исполнять физическую работу.

Все эти заявления не должны считаться серьезными, так как, поскольку больной уже взрослый человек, поскольку он уже имеет какую-нибудь определенную профессию, то он уже настолько приспособился к своему дефекту, что принятая им пища хорошо усваивается и дает силы для работы.

Вообще отмечается: если ребенок пережил с дефектом неба грудной возраст, то в дальнейшем этот дефект, как таковой, причиной недостаточности питания служить не может.

Итак, всех лиц, обладающих такими дефектами, нужно считать годными ко всякой работе, за исключением, конечно, работы, требующей ясной, внятной речи (диктор, певец, педагог и т. д.).

Если такой больной оперируется, то он должен считаться трудоспособным с того дня, когда лечащий врач разрешает перейти ему на общую (твердую и мягкую) пищу.

Обычно это бывает через 15—20 дней после операции.

Итак, нами были рассмотрены только основные, специфические для челюстей заболевания, которые, конечно, далеко не исчерпывают всего, но мы считали бы цель работы достигнутой, если бы нам удалось убедить врачей как лечащих, так и страховых в важности своевременной помощи при челюстных повреждениях и облегчить страх. врачам возможность определения трудоспособности при челюстных заболеваниях.