

1. Кулаков В. И., Мурашко Л.Е. Преждевременные роды. – М.: Медицина, 2002г. – 176с.

2. Кулаков В. И., Орджаникидзе Н. В., Тютюнник В. Л. Плацентарная недостаточность. М., 2004г. – 494с.

3) Сидорова И.С., Макоров И.О. Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты. М.:Знание, 2000г. - 127с.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ ЛИЦА: ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ

ОБОСНОВАНИЕ

Васильев С. Ю.

Городская клиническая больница №21 г. Уфы, Россия

Отделение челюстно-лицевой хирургии

Фурункул лица – наиболее распространенное гнойно-воспалительное заболевание, встречающееся в практике челюстно-лицевого хирурга. По данным ряда авторов, частота поражения фурункулами кожи лица составляет 28-65%, причем в последнее время отмечается четкая тенденция к увеличению частоты фурункулов данной локализации. Большинство авторов рекомендуют проводить лечение фурункулов лица в условиях стационара, что в современных условиях работы челюстно-лицевых отделений не всегда представляется возможным.

Целью работы было систематизировать и выделить четкие показания к госпитализации больных с фурункулами лица, определить тактику хирургического и терапевтического лечения таких больных и разработать методы профилактики осложнений фурункулов лица.

В ходе работы было обследовано 265 больных с фурункулами лица, направленных или обратившихся самостоятельно в отделение челюстно-лицевой хирургии Городской Клинической Больницы №21 г. Уфы, из них 114 мужчин (43,0%) и 151 женщина (57,0%) в возрасте от 15 до 64 лет. Всем больным проводилось комплексное обследование,

включающее в себя сбор анамнеза, осмотр, лабораторное исследование крови, в том числе и уровень глюкозы крови, на основании полученных данных принимался вопрос о госпитализации. После этого проводилось хирургическое лечение – вскрытие гнойно-воспалительного очага с обязательным взятием мазка на бактериологическое исследование. Часть больных, не госпитализированных в стационар, после операции получали рекомендации, направлялись в поликлинику по месту жительства под наблюдение хирурга и приглашались на следующий день для контрольного осмотра и сдачи анализов.

Полученные данные позволили выделить два клинических типа фурункулов: «Фурункул-абсцесс» (ФА) и «Фурункул-флегмона» (ФФ). Эти клинические формы отличаются, в первую очередь, патологоанатомическим строением гнойно-воспалительного очага, а также влиянием на макроорганизм, что выявляется при клиническом обследовании и подтверждается лабораторными данными. Состояние больных с ФА (69,0%) требовало госпитализации в 16,9% случаев, изменения со стороны крови наблюдались у 22,0%, общее состояние пациентов не страдало в 98,2% случаев, в то время как больные с ФФ (30,9%) госпитализированы в 80,5% случаев, у значительного их количества наблюдались явления интоксикации: лейкоцитоз различного уровня (97,6%), повышенная температура тела (83,3%), ухудшение общего самочувствия (99,1%). У больных с ФА не наблюдалось осложнений, кроме как в 12 (4,2%) случаях отмечался переход ФА в ФФ (что выявлялось при контрольном осмотре на следующий день после операции: появление коллатерального отека, повышение температуры, изменения со стороны крови), что, по-видимому, связано с нарушением хирургической техники вскрытия гнойно-воспалительного очага. У больных с ФФ послеоперационные осложнения были выявлены в 36 случаях (43,9%): нарастающий отек мягких тканей (68,1%), угроза флебита вен лица (1,1%), флебит угловой вены лица (0,4%). Повторное

хирургическое вмешательство, связанное с угрозой распространения инфекции из фурункула в смежные анатомические области у больных с ФФ проводилось в 2 случаях (0,8%).

По результатам работы разработаны четкие показания к госпитализации, рекомендации к хирургическому лечению больных с фурункулами лица. Внедренный подход к госпитализации и лечению этого заболевания позволили снизить частоту осложнений и избежать случаев необоснованной госпитализации.

РОЛЬ НАРУШЕНИЙ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ

Васильев С. Ю.

Городская клиническая больница №21 г. Уфы, Россия

Отделение челюстно-лицевой хирургии

В последнее время, по мнению многих авторов, отмечается четкая тенденция к увеличению числа больных одонтогенными гайморитами. Доля их в общем количестве больных с верхнечелюстными синуситами составляет 24-40%, причем большая часть случаев лечится в условиях челюстно-лицевого стационара, где составляет 4,7-6,3% от общего количества госпитализированных. Подавляющее большинство случаев одонтогенного гайморита (66,1%) приходится на открытую его форму.

С появлением новых данных об этиологии, патогенезе и течении одонтогенных верхнечелюстных синуситов, большинство авторов склоняются к мнению о первично-хронической природе этого заболевания. Причиной обращения к врачу служит появление болей в средней зоне лица, заложенность носа, и, в случае, если на стороне поражения находят «причинный» зуб, считают гайморит одонтогенным.

Однако, известно большое количество случаев, когда даже при наличии нескольких пораженных зубов, нахождении верхушек их корней в верхнечелюстной пазухе, явлений гайморита ни объективно, ни субъективно не наблюдалось. Более того, не каждый случай острой