

*Медицинские науки***НАРУЖНЫЙ ДОСТУП В РИНОХИРУРГИИ**

Гюсан А.О.

*Карачаево-Черкесская республиканская
клиническая больница
Черкесск, Россия*

Актуальность вопроса о различных доступах в ринопластику подтверждается продолжающейся дискуссией по этому вопросу на страницах специальной литературы.

Целью нашей работы явился анализ применяемых в нашей клинике хирургических доступов при проведении 378 ринопластических операций в течение последних пяти лет.

Аналізу подвергнуты медицинские карты больных, находившихся в нашей клинике и перенесших различные ринопластические операции.

В 230 случаях (60,8%) хирургические вмешательства проводились эндоназальным, т.е. закрытым доступом. В 148 (39,2%) случаях использован открытый или наружный доступ. Нами проведен анализ применения наружного доступа. Оказалось, что наружный доступ чаще применялся при хирургической коррекции кончика носа, его хрящевого отдела. В 40 случаях (10,6%) наружный доступ использован нами при проведении повторных хирургических вмешательств.

Из наружных разрезов в 114 случаях (77,0%) применен чрезколонный, в 16 (10,8%) разрез «птичкой» по А.Э. Рауэру, ступенеобразный (Rorich, 1995) – в 8 (5,4%), разрез в виде латинской буквы V применен в 6 случаях (4,0%), в 4 случаях применялся наружный разрез на спинке носа после удаления грубых посттравматических рубцов. Чрезколонный доступ сочетали с подкрыльным краевым, это значительно расширяло хирургические возможности.

У 70% больных при операциях с наружным доступом нами применено общее обезболивание. В тех же случаях, когда операция проводилась под местной анестезией для адекватного обезболивания применялся 4% раствор ультракаина фирмы «Хехст».

Мы отметили следующую закономерность, чем сложнее по технике операция, тем чаще мы прибегали к наружному доступу. Это было особенно актуально при повторных ринопластических вмешательствах. Следует признать, что хирургические вмешательства наружным доступом требуют значительно большего времени для проведения операции.

Одним из недостатков наружного доступа считают образование кожного рубца, но при применении атравматичной, щадящей техники оперирования с использованием режущих игл и тонкой полиамидной нити образуется практически незаметный кожный рубец, который не беспокоит больных.

Все недостатки наружного доступа, на наш взгляд, перекрываются его преимуществами: - широкий обзор структур носа и большая возможность их сохранения; выделение тканей в бессосудистом слое; введение имплантатов и их закрепление, высокая степень контроля во время операции, большая предсказуемость результата операции.

Лишь у 2% больных, после проведения ринопластических вмешательств наружным доступом, потребовалось в дальнейшем дополнительная коррекция.

Таким образом, наружный доступ в ринопластику является методом выбора при проведении операции. Его выполнение требует тщательности, владения щадящей техникой оперирования и хорошего знания анатомии этой области.

**ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИЙ
СТАТУС В ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ**

Гюсан А.О.

*Карачаево-Черкесская республиканская
клиническая больница
Черкесск, Россия*

Проблема идентификации неопознанных трупов и живых лиц, пропавших без вести, за последние годы резко обострилась. Одним из приоритетных направлений в судебной медицине является отождествление личности, т.е. конкретного человека, отличающегося индивидуальным неповторимым комплексом врожденных и приобретенных анатомических, функциональных, антигенных и психических свойств.

Оториноларингологический статус относится к частным признакам личности. Каждый индивидуум имеет свои особенности строения носа, ушных раковин, конфигурацию околоносовых пазух, особенности строения костных структур носовидного отростка, лицевого и мозгового черепа. Кроме того, ЛОР-органы наиболее подвержены травмам и воспалительным заболеваниям и их последствия (рубцовые изменения кожи, ухо борца, неправильно сросшиеся переломы, хронические воспалительные процессы в ЛОР-органах, дефекты после проведенных операций и др.) являются индивидуальными анатомическими признаками, которые выявляются путем физического обследования живого человека или секционного исследования мертвого тела. При этом ведущее значение приобретает рентгенографический метод исследования. Рентгенограммы отображают многие индивидуальные признаки, а также частные варианты строения и взаимного расположения отдельных костных образований.

Таким образом, наличие в индивидуальной карте больного тщательного описания оториноларингологического статуса с данными ряда

инструментальных исследований, наряду со стоматологическими и другими данными, занесенные в компьютер позволяют автоматизировать процесс опознания личности.

Создание банка данных в лечебных учреждениях не только поможет ускорить и облегчить обследование больных, но и будет неоценимым источником сведений для возможно необходимой идентификации личности. Использование компьютерной обработки материала позволит быстро вводить, обрабатывать, сортировать и сопоставлять поступающую информацию.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТОННЕЛЬНО-КОМПРЕССИОННЫМИ СИНДРОМАМИ

Кочеткова Е.А., Козлов А.В., Смагин А.А.
НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Новосибирск-Главный ОАО РЖД»

Патогенетическая обоснованность лекарственного насыщения лимфатической системы при различных заболеваниях занимает все более достойное место в практической медицине. Фундаментальными исследованиями в области экспериментальной и клинической лимфологии доказана возможность создания высоких концентраций лекарственных веществ в патологическом очаге путем насыщения лимфатической системы с соблюдением принципа регионарности. (Ю. М. Левин, 1983; Р. Т. Панченков с соавт., 1984).

Мы проводили лимфотропную терапию 39 пациентам с поражениями периферической нервной системы, с так называемыми тоннельно-компрессионными синдромами. Лимфотропная терапия являлась компонентом комплексного лечения, включающего в себя оперативное лечение и нейростимулирующую терапию в послеоперационном периоде. Контрольной группой служили 20 пациентов прооперированных по стандартной методике.

Перед оперативным вмешательством на операционном столе путем введения в первый межпальцевой промежуток с тыльной стороны оперируемой конечности подкожно на глубину 0.5-1.0см. использовали комплекс лимфотропной смеси, включающий лидазу 32 ЕД, гидрокортизон 100мг, даларгин 1мг, лидокаин 2% 4мл.

Перед оперативным лечением и в раннем послеоперационном периоде оценивали интенсивность болевого синдрома с помощью VAS шкалы боли, выраженность отека, степень восстановления чувствительности, проводили изучение сосудистого тонуса, электромиографии. В основной группе восстановление чувствительности до уровня нормостезии отмечали у 15 пациентов в сроки от 3 до 7 дней ($p < 0,05$). Восстановление показателей магистрального кровотока – RI, линейная скорость кровотока, перифериче-

ское сопротивление в сроки от 2 до 5 суток ($p < 0,05$).

Интенсивность боли в основной группе была менее выражена VAS 4-5 баллов ($p < 0,05$). Восстановление двигательной активности в течение 3-4 суток. У 12 пациентов отмечали восстановление чувствительности в сроки 3-7 дней до уровня нормостезии.

Таким образом, применение лимфотропной терапии в комплексном хирургическом лечении пациентов с синдромом локтевого канала является высокоэффективным методом и позволяет рекомендовать его для широкого клинического применения.

ЗНАЧЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА В ЦЕЛЕПОЛАГАНИИ У КУРСАНТОВ ВОЕННО-ДЕСАНТНОГО УЧИЛИЩА

Приказнов А.Ю.
*Рязанское высшее воздушно-десантное командное училище (военный институт) имени генерала В.Ф. Маргелова
Рязань, Россия*

Рациональное целеполагание способно оказывать серьёзное влияние на физиологическую стоимость достижения конечного результата в процессе освоения военной профессии. Индивидуальные особенности целеполагания очевидно, могут существенно влиять и на организацию стратегии индивидуального обучения, коммуникативного поведения, и на уровень стресса, который испытывает курсант в процессе освоения теоретических дисциплин, разнообразных умений и практических навыков. Успешность освоения учебного материала определяется многими факторами, в том числе и индивидуальными психофизиологическими особенностями курсантов. Среди них (наряду с другими) самого серьёзного внимания заслуживает индивидуальный профиль латерализации функций мозга. Преобладание левополушарных функций, которые, как известно, определяют преимущественно аналитическую стратегию поведения, влияет на целеполагание, основанное на постижении существенных связей изучающих явлений и процессов. В результате целеполагание может оказаться гораздо более рациональным, достижение правильно выбранной цели будет достигнуто затратой меньших усилий. Преобладание же функций правого полушария, которые определяют иную стратегию поведения и также влияют на целеполагание. Стратегия выбора будет отличаться от «левополушарного». Путь к цели может оказаться более сложным, более затратным в физиологическом смысле. В чистом виде такие крайние формы, вероятно, встречаются не часто, однако, влияние межполушарной функциональной асим-