

В мазке из носоглотки от 25.06.2004 г. у матери и ребенка был выделен менингококк серогруппы "С".

В анализе ликвора от 08.07.2004 г.: цитоз — 258 клеток (нейтрофилов 83%), белок — 0,54 г/л; в анализе от 14.07.2004 г.: цитоз — 168 клеток (нейтрофилы 78%), белок — 0,56 г/л, в анализе от 27.07.2004 г.: цитоз — 58 клеток (нейтрофилов 42%), белок — 0,51 г/л.

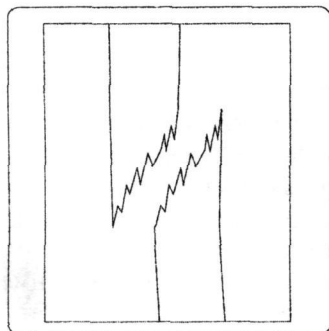
Несмотря на положительную динамику ликвора, сохранялась лихорадка до 37,5-38,5°C, очаговая симптоматика. В связи с подозрением на абсцедирование мозга, 28.07.2004 г. ребенку была произведена ядерно-магнитная резонансная томография черепа. Была выявлена субдуральная эмпиема в правой теменно-височной области объемом до 50 мл со смещением срединных структур мозга на 2 мм. Ребенок был переведен в нейрохирургическое отделение Краевой клинической больницы №2, где он был оперирован: удалена гнойная жидкость. После операции состояние больного стало быстро улучшаться, температура тела нормализовалась. В анализе ликвора от 09.08.2005 г.: цитоз — 6 клеток (все лимфоциты), белок — 0,41 г/л. Больной

был выписан из стационара под наблюдение невропатолога и педиатра.

Приведенный случай позволяет продемонстрировать, что затяжные формы могут наблюдаться при менингите менингококковой этиологии, а также то, что позднее поступление ребенка в стационар может быть одним из факторов, способствующих возникновению субдуральных выпотов, их нагноению и формированию причин для длительного сохранения повышенного внутричерепного давления, гипоксии мозга, многочисленных судорожных припадков и затяжного течения заболевания. Проведение современной визуальной диагностики, в частности использование ядерно-магнитной резонансной томографии, позволяет точно устанавливать диагноз и предпринимать соответствующее лечение.

Л и т е р а т у р а

1. Сорокина М.Н. Бактериальные менингиты у детей. М.: Медицина, 2003. 320 с.
2. Менингит и энцефалит. Инфекционные заболевания нервной системы. http://max.lgt.ru/neurology/neuro_008



УДК 14.00.21

Н.Г. Бобылев, А.Г. Бобылев, Ф.И. Тарасова, Н.И. Дерягин,
И.А. Горбонос

ОРИГИНАЛЬНЫЙ МЕТОД ДОЗИРОВАННОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ КОМПРЕССИИ И ФИКСАЦИИ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НОСА

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Проблема лечения переломов костей носа, как при изолированных, так при сочетанных или комбинированных травмах лицевого скелета, остается на сегодняшний день актуальной и требующей разработок принципиально новых методов лечения, позволяющих одновременно решать проблемы эстетической и функциональной хирургии носа.

Принципиально важно при переломах костей носа произвести репозицию отломков в наиболее ранние сроки (до 10-14 дней) с последующей их фиксацией. При несвоевременно оказанной помощи и отсутствии правильного лечения остаются тяжелые последствия в виде стойкой деформации носа, а при секвестрации оголенных отломков еще более тяжкие уродства. Кроме косметического дефекта остаются стойкие функциональные нару-

шения: отсутствие носового дыхания, обоняния и т.д.

В приемный покой ЛОР-отделения клиники МУЗ №2 им. Д.Н. Матвеева Дальневосточного государственного медицинского университета за период с 2000 по 2002 г. обратились 900 пациентов с переломами костей носа, среди них 71% оставили мужчины, 29% — женщины; возрастным контингентом был представлен следующим образом: 47,5% — пациенты от 22 до 40 лет, 32% — пациенты от 16 до 22 лет, 5,5% — дети до 15 лет, 15% — пациенты старше 40 лет. У 54% обратившихся отмечался перелом носа со смещением костных отломков.

Данные литературы свидетельствуют, что методы фиксации при переломах костей носа, а так-

же при хирургическом лечении деформаций носа не претерпели принципиальных изменений со времен Гиппократов и в основном касаются усовершенствования материалов и конструкций носовых тампонов и фиксирующих повязок, удерживающихся с помощью тесемок, лобных обручей или клейких материалов [2]. Для изготовления фиксирующих повязок, масок используются гипс [1], коллодий и быстротвердеющие пластмассы [7], армированные гипсовые и пластмассовые массы [4, 6], ортопедическая проволока [5], мягкая жесь [8]. Кровоостанавливающую и фиксирующую роль выполняют также различные способы тампонады носа мягкими материалами или пневматическими баллонами [3]. Все перечисленные способы фиксации имеют общий недостаток: недостаточно стабильны, что часто приводит к вторичным смещениям отломков; кроме того, требуют дополнительных конструкций для их удерживания, вследствие чего вся повязка становится тяжелой и громоздкой, затрудняет обзор и усугубляет психофизиологический дискомфорт, что не способствует сокращению сроков выздоровления. Наибольшей стабильностью отличается удерживание каркаса наружного носа после репозиции с наружным подходом с помощью пластмассовых пластинок, фиксируемых сквозными швами через боковые скаты носа [9, 10].

При разработке новой методики мы преследовали цель достигнуть стабильной фиксации отломков с возможностью динамической дозированной компрессии в процессе лечения изолированных переломов костей носа и в их сочетании с другими переломами костей средней зоны лица. Особую ценность эта методика приобретает в тех случаях, когда традиционные методы невозможно применить вследствие поражения окружающих мягких тканей лица (ожоги, рвано-ушибленные раны и др.), а также при пластических операциях наружного носа. Таким образом, применение нашей методики оправдано во всех случаях, когда необходима коррекция компрессии по мере спадения отеков и рассасывания гематом.

Для достижения поставленной цели нашей кафедрой была разработана и применена при лечении больных принципиально новая конструкция для жесткой фиксации костей носа (приоритетный № 2004127484 от 13 сентября 2004 г.) (рис. 1). Конструкция состоит из спиц Киршнера 1, жестко зафиксированных в скуловых костях 6; пластинки-каркаса из самотвердеющей пластмассы 2, повторяющей форму носа, жестко зафиксированной спицами Киршнера; гипсовой повязки 3, повторяющей форму носа; болта-самореза 4, вкручиваемого в одно или два отверстия пластинки-каркаса и жесткой пластинки 5 размером не более 0,5×0,5 см, выполненной из стали, оргстекла или пластмассы, подкладываемой под болт-саморез для передачи давления болта-самореза на гипсовую повязку и предупреждения ее продавливания.

Методика заключается в следующем: после обработки кожи лица спиртом, хлоргексидином, под общей анестезией проводят ручную репозицию



Рис. 1. Общий вид конструкции для жесткой фиксации костей носа.

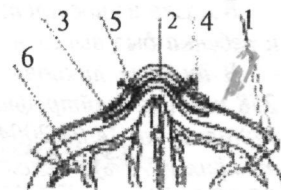


Рис. 2. Схема конструкции для жесткой фиксации костей носа.

костей носа. После этого в носовые ходы вводят турунды или резиновые трубки для предупреждения смещения отломков в полость носа. Спицы Киршнера 1 диаметром 1,2-1,5 мм вводят в скуловые кости при помощи бормашины или медицинской дрели.

Спицей (1) прокалывают мягкие ткани до кости (6) (рис. 2) и вводят ее под углом 35-80° к плоскости кости (6) через одну или обе компактные пластинки скуловой кости (6). Угол от 35 до 80° является оптимальным для прочной фиксации спицы в костной пластине. Свободные концы спиц (1) изгибают по рельефу лица над кожей на 3-8 мм и к ним фиксируют пластинку-каркас (2) из самотвердеющей пластмассы простым вдавливанием до начала полимеризации. Чтобы ускорить полимеризацию пластинки-каркаса (2) прикладывают к ней разогретый до 100-200° шпатель. Пластмассовая пластинка-каркас (2) затвердевает в течение 1-1,5 мин. Под пластинку-каркас подкладывают марлевую салфетку и гипсовую повязку, повторяющую контуры носа, которая осуществляет жесткую фиксацию костей носа; при этом управляемая компрессия осуществляется подкручиванием болта-самореза, прижимающего через жесткую пластинку гипсовую повязку к костям носа, тем самым удерживая их в нужном анатомическом положении по мере спадения отеков и гематом. Фиксирующую конструкцию снимаем на 12-14 день при свежих переломах, при застарелых переломах ее можно удерживать до 1-2 мес.

Приводим наиболее типичные случаи применения нашей конструкции.

Больной А., 13 лет, поступил в ЛОР-отделение с диагнозом "перелом костей носа со смещением отломков". В приемном отделении после обработки операционного поля спиртом под местной анестезией произведена инструментально-ручная репозиция отломков костей носа, носовые ходы заполнены марлевыми турундами с парафином, наружный нос фиксирован гипсовой повязкой, закрепленной лейкопластырем к коже лица. Даны рекомендации, больной был отправлен на амбулаторное наблюдение у ЛОР-врача по месту жительства. Через месяц больной обратился с жалобами на искривление носа и затрудненное носовое дыхание. Из анамнеза выяснено, во время лечения повязка несколько раз спадала, приходилось самостоятельно ее фиксировать. Фиксирующая повязка была снята на 8 день после травмы, а турунды из носа удалены на 6 день. На момент осмотра: деформация наружного носа вправо с западением слева. При риноскопии определяется искривление носовой перегородки. Больному было рекомендовано оперативное лечение.

Под общим обезболиванием проведена операция рефрактура костей носа, пластика носовой перегородки, кости носа вправлены в нормальное анатомическое положение. В полость носа введены марлевые турунды с парафином, на наружный нос наложена марлевая гипсовая салфетка, а сверху нос с салфеткой фиксирован нашей конструкцией описанным выше способом. На следующий день после операции были ослаблены болты-саморезы, гипсовая салфетка была приподнята, на нос была уложена марлевая салфетка, смоченная хлорофиллиптом, после чего была наложена гипсовая повязка и жестко фиксирована болтом-саморезом. В дальнейшем перевязки проводились через 2 дня. Турунды из носовых ходов удалены на 8 день, фиксирующая конструкция с наружного носа — на 10 день путем скусывания спиц кусачками и извлечения спиц из скуловых костей кровоостанавливающим зажимом. Больной выписан с хорошим косметическим результатом, носовое дыхание восстановлено.

Больной С., 17 лет, поступил в ожоговое отделение после травмы с диагнозом "комбинированная травма лица II-III ст., 1,5%, и перелом костей носа со смещением". После обработки ожоговой части была рекомендована репозиция и фиксация костей носа. Из-за ожога левой половины лица все ранее описанные способы фиксации костей носа применить при такой травме не представлялось возможным, поэтому фиксацию конструкции осуществляли только с одной стороны введением двух спиц в правую скуловую кость, соединяли их при помощи самотвердеющей пластмассы, и на одном рычагеспице фиксировали пластмассовый каркас. Конструкция прочно фиксировала наружный нос и в то же время не мешала врачам лечить ожог лица. Фиксирующая конструкция была снята на 10 день. Больной и врачи отметили ее простоту и удобство для лечения таких больных.

Больная К., 23 лет, поступила в клинику челюстно-лицевой хирургии на пластику наружного носа. Из анамнеза выяснено, что больной уже было проведено три пластики наружного носа, которые ее не удовлетворили. С лица больной была снята слепок-маска, отлита модель лица из гипса, и при помощи скальпеля и воска отмоделирован наружный нос по желанию больной. После наложения макияжа модель была сфотографирована в фас и профиль. Больная одобрила модель носа. После этого на модели гипсо-

вым бинтом из 4-5 слоев марли изготовлен гипсовый каркас, который точно повторял наружный нос модели. Под общим обезболиванием проведена пластика наружного носа, и гипсовый каркас фиксирован по описанной методике предложенной конструкцией. Перевязки проводились через день, фиксирующую конструкцию сняли на 14 день. Больная выписана с хорошим косметическим результатом.

Мы рекомендуем использовать разработанную нами конструкцию при лечении переломов костей средней зоны лица в сочетании с переломами костей носа; при комбинированных травмах лица в сочетании с переломами костей носа; при лечении изолированных переломов костей носа в практике ЛОР-патологии и челюстно-лицевой хирургии. Также данная конструкция может использоваться при корректирующих операциях наружного носа. Применение нашей конструкции позволяет предупреждать осложнения, возникающие вследствие деформаций носа, исключает необходимость повторных оперативных вмешательств, сокращает сроки лечения и реабилитации больных.

Л и т е р а т у р а

1. Арбузов Н.М. // Вестник оториноларингологии. 1951. №5. 81 с.
2. Бесшапочный С.Б. // Российская риноскопия. 1993. №1. С.85-91.
3. Бокштейн Ф.С. // Внутриносная хирургия М., 1956. С.42-44.
4. Волков А.Г., Бойко Н.В., Киселев В.В. Носовые кровотечения. М., 2002. 163 с.
5. Гюссан А.О. Восстановительная ринопластика. СПб., 2000. С.65-68.
6. Ильин В.А. // Вестник оториноларингологии. 1949. №1. 80 с.
7. Кицера А.Е. // ЖУНГБ. 1976. №3. С.89-90.
8. Михельсон Н.М. Восстановительные операции челюстно-лицевой области. М.: Медгиз, 1962. С.181-182.
9. Пискунов Г.З. // Клиническая ринология. М., 2002. С.376-378.
10. Трунин Д.А. Устройство для лечения переломов и деформаций костей носа: Сб. тез. докл. науч.-производ. конф. факультета усовершенствования врачей. Самара, 1993. С.47-48.
11. Устьянов Ю.А. // Российская ринология. Прил. 1. 1993. С.26-27.

