



К концу курса лечения большинство пациентов отмечали повышение работоспособности, улучшение общего самочувствия, стабильного эмоционального состояния.

Выводы:

Комплексное лечение острых гнойных воспалительных заболеваний околоносовых пазух в сочетании с пролонгированной ирригационной терапией полости носа с озон/Но-ультразвуковым методом приводит к ликвидации всех клинических проявлений полисинусита, таких, как головная боль, затрудненное носовое дыхание, снижение обоняния, гнойные выделения из носа.

Проводимое комплексное лечение воздействует на важнейшие элементы патогенеза острого полисинусита, что дает возможность считать его патогенетическим методом лечения данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров В. М. Лечение воспалительных заболеваний лобных пазух. /В. М. Бобров. // Вестн. оторинолар. – 2002. – №1. – С. 27–30.
2. Егоров В. И. Эффективность нового фторхинолонового антибиотика авелокса при лечении гнойных синуситов. / В. И. Егоров, А. В. Козаренко. // Там же. – №5. – С. 35–36.
3. Козлов В. С. ЯМИК метод в практике врача-оториноларинголога. Метод. рекомендации. / В. С. Козлов, В. В. Шиленкова. Ярославль. 2004 – 37 с.
4. Крюков А. И. Рациональная антибиотикотерапия при радикальной операции на верхнечелюстной пазухе. / А. И. Крюков, Ю. В. Лучшева, В. Г. Жуковский. // Вестн. оторинолар. – 2002. – №4. – С. 36–38.
5. Лучихин Л. А. Комбинированный препарат Полидекса с фенилэфрином в лечении больных с воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух. / Л. А. Лучихин, С. Б. Григорьев, Т. И. Степаненко. // Там же. – 1999. – С. 48–49.
6. Озон/Но-ультразвуковые технологии в лечении заболеваний ЛОР-органов. – Омск: / В. В. Педдер и соавт. Издательство ОмГТУ, 2005. – 72 с.
7. Окунь О. С. Современное лечение острых и хронических синуситов. / О. С. Окунь, А. Г. Колесникова. // Вестн. оторинолар. – 1997. – №1. – С. 17–26.
8. Петухова П. В. дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний верхнечелюстных пазух методом рентгенологической компьютерной денситометрии. / П. В. Петухова. // Там же. – 2003. – №5–С. 23–26.
9. Тарасов Д. И. Особенности диагностики и лечение гиперпластических синуситов: Метод. рекомендации / Д. И. Тарасов, К. А. Ходарев. М., 1990. – 9 с.

УДК: 616. 216. 2–001. 5–07–08

**АЛГОРИТМ ДИГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТНЫХ СТЕНОК ЛОБНЫХ ПАЗУХ**

В. Т. Пальчун, Н. Л. Кунельская, М. Е. Артемьев, Ю. С. Кудрявцева

*ГУЗ Московский научно-практический центр оториноларингологии ДЗ г. Москвы
(Директор – проф. А. И. Крюков)*

*ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет Росздрава,
г. Москва*

(Зав. каф. оториноларингологии л/ф – проф. А. И. Крюков)

Проблема лечения переломов костных стенок лобных пазух остается актуальной на протяжении многих лет. Деформации лицевого черепа, обусловленные переломами костей носа и передних стенок околоносовых пазух (ОНП), встречаются довольно часто. Это связано с топографо-анатомическими особенностями строения носа и ОНП человека, их уязвимостью при широко распространенных производственных, транспортных, бытовых и других травмах. Возникшие в результате травмы деформации передней и нижней стенок лобной пазухи, как правило, представляет собой выраженный косметический дефект и могут приводить к опасным осложнениям со стороны внутричерепных и внутриглазных структур.



За последнее время значительно увеличилось общее число травм челюстно-лицевой области, и довольно частой патологией стали закрытые, многооскольчатые переломы лобных пазух. Это приводит к серьезным косметическим и функциональным нарушениям [5]. Открытые переломы стенок лобных пазух встречаются реже [8, 7]. Переломы стенок лобных пазух иногда происходят без смещения костных отломков. В большинстве случаев переломы носят компрессионный характер. Нарушение целостности костных структур сопровождается кровоизлиянием в полость пазухи и формированием гематосинуса, который является благоприятной питательной средой для восходящей инфекции. В результате развивается посттравматический фронтит, диагностика которого бывает сложна из-за слабой выраженности клинических проявлений заболевания [3].

Многообразный характер травматического повреждения стенок лобных пазух определяет трудности выбора оптимальной лечебной тактики. Большинство авторов указывают на необходимость ранней ревизии поврежденной лобной пазухи и репозиции костных отломков различными способами. [1, 2, 4, 6]

Целью нашего исследования была разработка и внедрение лечебно – диагностического алгоритма при переломах костных стенок лобных пазух.

Материал и методы. В клинике ЛОР-болезней ГКБ №1 им. Н. И. Пирогова в период с 2005 по 2008 г. г. нами было обследовано и проведено лечение 106 больных с посттравматическим переломом стенок лобной пазухи без и со смещением костных отломков.

Выявление переломов костных стенок лобных пазух базировалось на данных анамнеза, осмотра, эндоскопического исследования полости носа, рентгенологического исследования и компьютерной томографии (КТ) ОНП в двух проекциях. Обследование и лечение больных с данной патологией проводили в сроки от 1 суток до 15 дней. Следует отметить, что вышеперечисленные исследования мы проводили больным в динамике: при поступлении, при выписке и через 12 месяцев.

При осмотре у всех больных отмечали отек мягких тканей, в ряде случаев (84 больных) – косметический дефект на стороне травмы, боль при пальпации мягких тканей. На КТ ОНП определяли линии переломов со смещением отломков внутри и относительно друг друга, фрагменты были размером до и более 1,0 см.

В отличие от традиционной рентгенографии метод КТ ОНП давал нам возможность не только визуализировать, но и определять точные размеры и степень смещения костных отломков, а при помощи денситометрического анализа диагностировать наличие и характер содержимого в пазухе. Средняя плотность крови составляет 60–70 единиц Хаунсвилда (ед Н), жидкости – 10–30 ед Н, воздуха – минус 800–900 ед Н.

В зависимости от степени смещения костных отломков и выраженности косметического дефекта, анализируя данные объективного осмотра и КТ ОНП все виды переломов стенок лобной пазухи были разделены на 4 вида:

1. Смещение костных отломков до 2 мм – без косметического дефекта (22 больных).
2. Смещение костных отломков до 3–5 мм – незначительный косметический дефект (29 больных).
3. Смещение костных отломков до 6–10 мм – значительный косметический дефект (26 больных).
4. Смещение костных отломков более 10 мм – выраженный косметический дефект (29 больных).

Для разработки оптимального (наиболее эффективного) способа лечения больных с различным видом перелома костных стенок лобной пазухи все больные с переломом стенок лобной пазухи со смещением были разделены случайным образом на 4 подгруппы, сходные по полу, возрасту, давности травмы, наличию и выраженности смещения.

Больным 1-й подгруппы (45 человек) было проведено хирургическое лечение. Эту группу составили 22 больных с переломом костных стенок лобной пазухи со смещением костных отломков от 0 до 2 мм, без косметического дефекта. Также в эту подгруппу вошли 23 пациента, у которых имело место смещение костных отломков более 2 мм и косметический дефект, но они отказались от хирургического лечения.



Всем больным 2-й подгруппы было проведено хирургическое лечение – репозиция костных отломков передней стенки лобной пазухи. Эту подгруппу составили 22 больных с переломом костных стенок лобной пазухи со смещением костных отломков от 3 до 22 мм и с косметическим дефектом.

Всем больным 3-й подгруппы было проведено хирургическое лечение – репозиция и фиксация костных отломков между собой и к коже. Эту подгруппу составили 20 больных с переломом костных стенок лобной пазухи со смещением костных отломков от 3 до 22 мм.

Всем больным 4-й подгруппы было проведено хирургическое лечение – репозиция и фиксация костных отломков между собой и к подкожной спице. Эту подгруппу составили 19 больных с переломом костных стенок лобной пазухи со смещением костных отломков от 3 до 22 мм.

Операцию на лобной пазухе начинали горизонтальным разрезом по брови, мягкие ткани отсепаровывали, устанавливали 2 детрактора. Между отломками вводили жесткие эндоскопы и осматривали слизистую оболочку лобной пазухи и естественное соустье. Через щели между отломками вводили элеватор и поднимали конгломерат костных отломков. В пазуху вводили катетер-дренаж для ее промывания в послеоперационном периоде. На этом ход операции больных 2-й подгруппы заканчивался.

Больным 3-й подгруппы операцию проводили аналогично, затем в костных отломках делали фрезевые отверстия, через которые проводили нить и отломки скрепляли между собой. Сформированную стенку пазухи фиксировали к коже лобной области.

У больных 4-й подгруппы репонированные и закрепленные между собой костные отломки лобной пазухи фиксировали с помощью рассасывающейся нити не к коже, а к спице из хирургической стали. Спицу устанавливали подкожно над сформированной стенкой пазухи, при этом своими свободными краями она опиралась на края неповрежденной кости, заходя над местом перелома. Спицу удаляли амбулаторно на 21 день после операции.

Эффективность лечения оценивали на основании осмотра пациентов, эндоскопического исследования полости носа и КТ ОНП. Критериями эффективности проведенного лечения были косметический и функциональный результат. Под удовлетворительным косметическим эффектом мы понимали полное отсутствие дефекта лобной области, а под удовлетворительным функциональным результатом – функционирование естественного соустья, отсутствие гнойного воспаления и снижения пневматизации пазухи. Под неудовлетворительным косметическим результатом мы понимали наличие вдавления в области передней стенки травмированной лобной пазухи, а под неудовлетворительным функциональным результатом – развитие посттравматического фронтита.

У всех пациентов 1-й подгруппы проведенное консервативное лечение на момент выписки дало положительный результат, т. е. отмечалось отсутствие болевой и воспалительной симптоматики со стороны травмированной пазухи. у 1 из 22 пациентов с переломом передне – нижней стенки лобной пазухи без смещения и у 9 из 23 пациентов со смещением костных отломков более 2 мм, в течение 12 месяцев после лечения развился посттравматический гнойный или гиперпластический фронтит, осложнившийся в 4 случаях субпериостальным абсцессом и реактивными явлениями со стороны мягких тканей лба и верхнего века.

У больных 2-й подгруппы наибольший процент эффективности лечения был достигнут при смещении костных отломков от 3 до 5 мм. У пациентов с наиболее выраженным смещением костных отломков лобной пазухи (более 10мм) положительный косметический и функциональный результат наблюдался лишь у 3 из 7 пациентов, как при выписке, так и через 12 месяцев после хирургического лечения. Кроме того, у 2 из них в течении 6 месяцев после операции развился посттравматический гнойный фронтит.

У больных 3-й подгруппы лучший результат лечения был достигнут у пациентов с западением стенок лобной пазухи от 3 до 10 мм. У больных с многооскольчатым переломом, со смещением костных отломков более чем на 10 мм и выраженным косметическим дефектом лишь в единичных случаях был получен удовлетворительный косметический и функциональный результат.

У 18 из 19 больных 4-й подгруппы независимо от степени выраженности смещения костных отломков и косметического дефекта был получен удовлетворительный косметический и функциональный результат.

**Выводы:**

Таким образом, больным с переломом костных стенок лобных пазух со смещением костных отломков от 0 до 2 мм показано консервативное лечение.

Смещение костных отломков более чем на 2 мм является показанием к хирургическому лечению.

При переломах костных стенок лобных пазух и смещением костных отломков от 3 до 5 мм больным показана репозиция костных отломков, от 6 до 10 мм – репозиция и фиксация костных отломков между собой и к коже лобной области, более 10 мм – репозиция и фиксация костных отломков между собой и к подкожной ткани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Броницкий В. А. Первичная пластика передней стенки лобных пазух протакрилом. /В. А. Броницкий. // Мед. журнал Узбекистана. – 1989. – №4. – С. 74.
2. Волков В. В. Лечебная тактика при свежих сочетанных повреждениях глазницы и средней зоны лица. /В. В. Волков. Сб. тр. ЛВМА Л., 1984. – Т. 214. – С. 62–67.
3. Громова Н. В. Осложнения при механических травмах лобных пазух и решетчатого лабиринта / Н. В. Громова, А. И. Каменева, Э. К. Голланд // Вестн. оторинолар. 1972, №2, С. 62–67.
4. Каменева А. И. Клиника и лечение повреждений стенок лобных, верхнечелюстных пазух и решетчатого лабиринта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. /А. И. Каменева. М., 1974 – 19 с.
5. Мингалев Н. В. Лечение переломов стенок лобной пазухи. Н. В. Мингалёв. // Рос. ринология. – 2003. – С. 79.
6. Митин Ю. В. Лечебная тактика при сочетанных деформирующих закрытых переломах костей носа и лобных пазух // Митин Ю. В., Гладуш Ю. И., Федун Н. Ф. // Российск. Ринология – 1993. – Прил. 1. – С. 27–28.
7. Пальчун В. Т. Экстренная патология носа и околоносовых пазух. / В. Т. Пальчун, Н. Л. Кунельская, Н. М. Кислова // Вестн. оторинолар – 1998. – №3. – С. 12–17.
8. Stanley R. B. Immediate reconstruction of contaminated central craniofacial injuries with free autogenous grafts / Stanley R. B., Jr., Schwarts M. S. // Laryngoscope. – 1989. – Vol. 99, N 10, Pt 1. – P. 1011–1015.

УДК: 616. 212. 5–089. 844

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХРЯЩА, КОНСЕРВИРОВАННОГО
В НАТУРАЛЬНОМ ПЧЕЛИНОМ МЕДЕ, В РИНОСЕПТОПЛАСТИКЕ**

С. З. Пискунов, Е. И. Воротынцева

Курский государственный медицинский университет

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. С. З. Пискунов)

Одной из причин, ограничивающей возможности пластической хирургии в оториноларингологии, является отсутствие в лечебных учреждениях «банка» имплантируемой ткани. Это обстоятельство связано с тем, что до сегодняшнего дня не разработано удобного, широко доступного и надежного метода консервации хрящевой ткани, которая наиболее часто используется с целью ринопластики.

При выполнении ринопластики обычно пользуются аутохрящем или консервированным аллохрящем. Наиболее доступным материалом признано считать хрящ перегородки носа [10].

Цель исследования. Разработать методику консервации хрящевой ткани и обосновать возможности ее использования при выполнении эстетических и восстановительных операций на ЛОР-органах.

Для достижения поставленной цели намечены следующие **задачи:**

- определить продолжительность сохранности морфологических структур хряща, консервированного в натуральном пчелином меде, сопоставив с консервацией хряща по методу Н. М. Михельсона;
- исследовать стерильность консерванта и бактериальную обсемененность консервированного хряща;