



ЛИТЕРАТУРА

1. Benefit from tonsillectomy in adult patients with chronic tonsillitis / I Baumann, H Kucheida, G Blumenstock et al. // Eur Arch Otorhinolaryngol. – 2006. Vol. 263 N6. – P. 556–559.
2. Capturing the patient's view of change as a clinical outcome measure / D Fischer, AL Stewart, DA Bloch et al. // JAMA. – 1999. – Vol. 282. – P. 1157–1162.
3. Child behaviour and quality of life before and after tonsillectomy and adenoidectomy / NA Goldstein, M Fatima, TF Campbell et al. // (2002) Arch Otolaryngol Head Neck Surg. – 2002. – Vol. 128. – P. 770–775.
4. Comparing prospective and retrospective measures of treatment outcomes / RH Aseltine, KJ Carlson, FJ Fowler et al. // Med Care. – 1995. – Vol. 33(suppl). – P. AS67–AS76.
5. Quality of life and health status in pediatric tonsil and adenoid disease / MG Stewart, EM Friedman, M Sulek et al. // Arch Otolaryngol Head Neck Surg. – 2000. – Vol. 126. – P. 45–48.
6. Robinson K. Measuring patient benefit from otorhinolaryngological surgery and therapy / K Robinson, S Gatehouse, GG Browning // Ann Otol Rhinol Laryngol. – 1996. – Vol. 105. – P. 415–422

УДК: 616. 212. 2–001. 5: 616. 715. 5

О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

А. А. Григорьева, Х. Х. Долотказин, Т. Н. Осьмакова

Александро-Мариинская областная клиническая больница

(Главный врач – засл. врач РФ, к. м. н. Н. И. Кабачак)

Астраханская государственная медицинская академия

(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. А. И. Проскурин)

В настоящее время по-прежнему актуальными остаются вопросы диагностики и лечения переломов лицевого скелета, так как количество их травматических повреждений не имеет тенденции к снижению [8, 11, 18]. Из всех повреждений лицевого скелета чаще всего отмечаются переломы костей носа [6, 9, 10]. По данным разных авторов [3, 15, 16], острые травмы носа от общего числа стационарных ЛОР-больных составляют 3,6–4,6%. По одним сведениям [1], изолированные повреждения костей носа встречаются в 8% наблюдений и в 18,8% сочетаются с множественными переломами костей лицевого скелета, по другим [9] – составляют 42,9% всех травм челюстно-лицевой области. Такие разноречивые данные объясняются тем, что больные с повреждением костей носа поступают в разнопрофильные лечебные учреждения, особенно в случаях комбинированных травм, сочетающихся с повреждением как костей лицевого скелета, так и других костей тела. При этом не учитываются больные, которые ограничиваются амбулаторно-поликлинической помощью. Вероятно, этим можно объяснить большое количество таких осложнений, как деформация наружного носа и перегородки носа, нарушение функции носа, остеомиелит костей носа, заращение слезно-носового канала.

Не сложилось единого мнения об оптимальных сроках хирургического лечения переломов костей носа. Одни авторы [2, 10, 12, 14, 16, 17] считают, что репозиция костей носа должна быть выполнена в максимально ранние сроки, не позднее 7–12 дней после травмы, мотивируя это тем, что операция, выполненная позже, порой оказывается не эффективной из-за консолидации костных отломков. Другие авторы рекомендуют проводить репозицию костей носа в более поздние сроки, через 2–3 недели после травмы. Это дает возможность после стихания реактивных явлений в мягких тканях наружного носа провести репозицию более детально и с лучшим косметическим результатом [7].

Травматические повреждения околоносовых пазух встречаются значительно реже, чем травмы и ранения пирамиды носа, однако если они возникают, то протекают клинически более тяжело. Из всех околоносовых пазух чаще других травмируются лобные пазухи, затем верхнечелюстные, решетчатый лабиринт и очень редко клиновидная пазуха [4, 12]. Обычно травма той или иной пазухи сочетается с повреждением других отделов лицевого скелета, полости



череп, орбиты. Механическое или огнестрельное ранение лобной пазухи часто сопровождается повреждением передней доли мозга, решетчатого лабиринта, ситовидной пластинки, верхнего и внутреннего отделов глазницы. Верхнечелюстная пазуха часто поражается одновременно с переломом нижнеглазничной стенки, скуловой кости, зубов, решетчатой кости. Травма клиновидной пазухи происходит при обширном повреждении носа, лицевого скелета, основания черепа. Повреждение церебральных стенок пазух и ситовидной пластинки резко отягощает течение заболевания и является причиной грозных осложнений (чаще всего менингита). В связи с этим различают травмы околоносовых пазух, проникающие и не проникающие в полость черепа; кроме того, выделяют открытые (при ранении кожи и подлежащих тканей) и закрытые (без ранения кожи) травмы.

Для выработки тактики лечения принципиальное значение имеет также характер травмы: трещины стенок пазух без смещения отломков и без нарушения дренажной функции соустья с носом обычно не требуют хирургического вмешательства. Также большинство авторов сходится во мнении, что при незначительном смещении отломков стенок околоносовых пазух, когда не возникает косметического дефекта, костная операция также чаще всего не нужна [12]. Общепринятым является факт необходимости оперативного лечения компрессионных переломов стенок околоносовых пазух, заключающегося в ревизии поврежденной пазухи и репозиции отломков [5, 12].

Целью нашего исследования стало изучение частоты травм лицевого скелета и усовершенствование тактики оказания медицинской помощи.

Материал и методы. За период с 2003 по 2008 год в ЛОР-отделении Александрo-Мариинской клинической больницы было пролечено 378 больных с травмами лицевого черепа. Следует отметить, что в наше отделение поступают только те пациенты, которые требуют оперативного лечения. Пострадавшие, у которых выявляется перелом костей носа или стенок околоносовых пазух с незначительным смещением костных осколков или без него лечатся в амбулаторных условиях.

Основными причинами травм явились удары тупыми предметами и транспортные происшествия. По своему характеру наиболее сложными были транспортные травмы, которые приводили к значительным деформациям носа и обезображиванию лица.

Все больные были в возрасте от 16 до 72 лет, среди них лиц мужского пола было 303 пациента (80 %), женского – 75 (20 %). По характеру повреждений чаще всего отмечался изолированный перелом костей носа – в 310 случаях (82 %); в 39 (10 %) перелом верхней стенки гайморовой пазухи, из них в 17 (44 %) случаях, сочетающийся с переломом костей носа; в 24 (7 %) перелом передней стенки лобной пазухи, в 9 случаях (38 %), сочетающийся с переломом костей носа; в 5 случаях (1 %) множественный перелом лицевых костей.

Большинство больных поступило в первые сутки от момента получения травмы – 324 человека (86 %), остальные 54 пациента (14 %) в более поздние сроки. Запоздалое обращение больных было обусловлено сопутствующей патологией со стороны других систем организма (чаще всего наличием черепно-мозговой травмы, требующей пребывания в неврологическом стационаре).

У 57 пациентов (15 %) переломы сопровождались нарушением целостности кожных покровов носа, околоносовых пазух и глазницы. Травматические повреждения носа в 89 % случаев сопровождались носовым кровотечением вследствие нарушения целостности слизистой оболочки полости носа. Другим частым проявлением травмы был отек мягких тканей в зоне повреждения и прилежащих областях. Отек зависел от тяжести травмы. К нему присоединялись подкожные гематомы и кровоизлияния в конъюнктиву глаза. Признаками перелома костей носа служила его деформация, сопровождающаяся крепитацией костных отломков. Переломы лобной пазухи и нижне-орбитальной стенки характеризовались косметическим дефектом, связанным с западением костных фрагментов. Наиболее убедительными данными, свидетельствующими о смещении костных фрагментов при переломе костей носа или стенок околоносовых пазух, служила рентгенография костей носа или околоносовых пазух в двух проекциях, а также компьютерная томография черепа.



Репозицию костей носа выполняли в первые часы поступления больного в стационар до появления выраженного отека мягких тканей, так как последний в некоторой мере затрудняет определение степени деформации и правильность восстановления формы носа. Мы солидарны с мнением большинства оториноларингологов о целесообразности ранней репозиции отломков, так как только своевременная редрессация и первичная хирургическая обработка сокращают сроки лечения и предупреждают развитие тяжелых осложнений. Только тяжелое сотрясение головного мозга или подозрение на внутримозговую гематому, сопутствующее травме костей носа, могут быть противопоказанием к неотложной операции. Отсроченная репозиция костей носа выполнялась нами не позже 7–12 дней, так как после этого срока наступает консолидация отломков, репозиция в срок до месяца может быть выполнена без ударов путем острого разъединения костей, в более поздние сроки эстетические результаты несколько хуже. Репонировали костные отломки в большинстве случаев эндоназально. Фиксацию в правильном положении производили с помощью передней тампонады, для наружной фиксации обязательно применяли гипсовые лонгеты, так как без наружной фиксации осколки могут смещаться даже из-за отека надкостницы.

При переломах верхней стенки гайморовой пазухи оперативное лечение осуществлялось под общим обезболиванием. Экстраназальным доступом через переднюю стенку гайморовой пазухи (*fossa canina*) мы проникали в полость синуса. Осуществлялась ревизия всех стенок пазухи. Удалялось патологическое содержимое (свернувшаяся кровь, мелкие костные осколки). Признаков гнойного воспаления слизистой оболочки ни у одного пациента выявлено не было. Сначала осуществлялась репозиция костных осколков нижне-орбитальной стенки. Фиксация репонированных элементов осуществлялась с помощью тампонады гайморовой пазухи марлевыми турундами. Тампоны в полости пазухи мы держали от 5 до 7 суток. Удаление их осуществлялось через искусственное соустье с полостью носа. Весь послеоперационный период больные получали антибактериальную терапию. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Нами предложен и успешно внедрен в клиническую практику собственный способ лечения вдавленных переломов лобной кости [14]. Он заключается в том, что выполняем разрез кожи, мягких тканей и надкостницы в лобной области по брови, по минимуму отсекаем надкостницу, на этом участке отыскиваем трещину и через неё создаем трепанационное отверстие, через него вводим узкий элеватор, которым репонировываем отломки, после этого производим фиксацию костных осколков передней стенки лобной пазухи за надкостницу нитями из нефильтного шовного материала к перфорированной наружной металлической пластине размером на половину лба. Пластина изогнута по эллипсу, соответствующему изгибу лобной кости, швов должно быть не менее трех для обеспечения жесткой фиксации треугольником. Далее послойно ушиваем мягкие ткани и кожу в месте разреза, оставляя в пазухе дренаж. Пластину дополнительно фиксируем одним-двумя швами к коже волосистой части головы, после чего накладываем круговую бинтовую повязку.

Наш опыт подтверждает, что переломы костей лицевого скелета остаются актуальной проблемой оториноларингологии, требующей своевременной и правильной диагностики, а также выполнения хирургического лечения в ранние сроки, что позволяет улучшить исход операций, уменьшить количество осложнений и снизить в отдаленные сроки число лиц с косметическими дефектами и стойкими функциональными нарушениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аржанцев П. З. Лечение травм лица / П. З. Аржанцев П. З., Г. М. Иващенко, Т. М. Лурье – М: Медицина, 1975. – 242 с.
2. Безшапочный С. Б. Разработка и теоретическое обоснование методов диагностики и лечения переломов костей носа и стенок околоносовых пазух: Автореф дис. ... докт. мед наук / С. Б. Безшапочный. – К., 1984. – 32 с.
3. Бернадский Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю. И. Бернадский. – М.: Мед. литература, 2003. – 456 с.
4. Благовещенская Н. С. Сочетанные повреждения лобных пазух и мозга / Н. С. Благовещенская. – М.: Медицина, 1972. – 272 с.
5. Волков А. Г. Лобные пазухи / А. Г. Волков. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2000 – 512 с.



6. Гапанович В. Я. К вопросу о переломах костей носа / В. Я. Гапанович // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1976. – №5. – С. 85–86.
7. Даурова А. А. Рациональная терапия при отложенной репозиции переломов костей носа в детском возрасте : Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Даурова. – СПб., 1996. – 18 с.
8. Зайцев Н. Н. Длительное пребывание множественных инородных тел в левой лобной пазухе и левой окологлазничной области / Н. Н. Зайцев // Вестн. оторинолар. – 1998. – №3. – С. 52–53
9. Йовчев В. С. Лечение переломов костей лица и их последствий : Автореф. дис. ... докт. мед. наук / В. С. Йовчев. – Л., 1966. – 24 с.
10. Курилин И. А. Повреждения носа и методы их устранения. Восстановительная хирургия в оториноларингологии / И. А. Курилин, Е. В. Щербина. – К: Здоровья, 1968. – 267 с.
11. Николаев М. П. О тактике лечения травм лицевого скелета / М. П. Николаев // Вестн. оторинолар. – 1999. – №1. – С. 28–30.
12. Пальчун В. Т. Параназальные синуситы / В. Т. Пальчун, Ю. А. Устьянов, Н. С. Дмитриев. – М.: Медицина, 1982. – 152 с.
13. Панина О. Л. Сочетанная тяжелая травма глазницы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. Л. Панина. – Л., 1986. – 18 с.
14. Пат. 2302834 Российская Федерация, МПК А61В 17/56. Способ лечения вдавленных переломов передней стенки лобной пазухи / Проскурин А. И., Григорьева А. А.; заявитель и патентообладатель Григорьева А. А. – №2005137908/14; заявл. 5.12.05; опубл. 20.07.07, Бюл. № 20 (Пч). – 4 с.
15. Федун Н. Ф. Методы лечения травм носа и их осложнений: Метод. рекомендации / Н. Ф. Федун. – К., 1979. – 14 с.
16. Щербина Е. В. Травматические повреждения носа и методы их лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. В. Щербина. – М., 1965. – 23 с.
17. Юнусов А. С. Переломы скелета носа в детском возрасте / А. С. Юнусов, Н. А. Дайхес, С. В. Рыбалкин. – М.: Вест-Консалтинг, 2007. – 144 с.
18. Godin D. A. Frontal sinus fractures / D. A. Godin, R. H. Miller // Journ. Louisiana State Medical Soc. – 1998. – V. 150, N2. – P. 50–55.

УДК: 616. 21(470. 631)

ПОЛУВЕКОВАЯ ИСТОРИЯ НАУЧНОЙ, НОВАТОРСКОЙ И РАЦИОНАЛИЗАТОРСКОЙ РАБОТЫ ОТОЛАРИНГОЛОГОВ В КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

А. О. Гюсан

*Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница
(Главный врач – канд. мед. наук А. М. Тебуев)*

*Лучшее, что мы получаем от истории,
это энтузиазм, который она вызывает в нас.*

И. Гете

«Во имя прогресса Будущее обязывает Настоящее изучать, знать, уважать, бережно хранить и преумножать достойное Прошлое». Такими словами профессор А. Г. Шантуров начал свою книгу, посвященную истории Иркутского отделения научного общества отоларингологов. Вне всяких сомнений, интереснейший труд известного ученого послужил для нас примером для того, чтобы хотя бы кратко восполнить для будущего поколения отоларингологов историю развития отоларингологии в Карачаево-Черкесской республике.

Карачаево-Черкесия входила до 1992 г. в состав Ставропольского края. Поэтому не удивительно, что большинство оториноларингологов нашего региона окончили в разное время Ставропольский государственный медицинский институт. И практически все старшее поколение врачей-отоларингологов являлись учениками известного профессора оториноларинголога Ионы Моисеевича Соболя. Широчайший кругозор этого человека, Интеллигентность, высокий профессиональный уровень, любовь к специальности и отношение к коллегам и больным не могли не влиять на его учеников.

Однако, первым главным оториноларингологом в то время автономной области в составе Ставропольского края был Заслуженный врач РСФСР, врач высшей категории Лысенко Лео-