



Выводы

Количество пациентов с заболеваниями внутреннего уха, госпитализированных в оториноларингологическое отделение клиник СамГМУ, остается на высоком уровне. Первое место среди них занимает сенсоневральная тугоухость 2 и 3-й степеней.

Гипертоническая болезнь второй и третьей степеней в 67,3% случаев является сопутствующим соматическим заболеванием у больных сенсоневральной тугоухостью.

Необходимо выявление сенсоневральных нарушений и сенсоневральной тугоухости первой степени на уровне амбулаторно-поликлинического звена.

Раннее выявление факторов риска развития сенсоневральной тугоухости и сенсоневральных нарушений позволит избежать прогрессирования снижения слуха

Необходим более четкий контроль за уровнем и терапией повышения АД у пациентов с сенсоневральной тугоухостью

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтман Я. А., Таварткиладзе Г. А. Руководство по аудиологии. – М.: ДМК Пресс, 2003. – 360 с.
2. Загорянская М. Е., Румянцева М. Г. Эпидемиологический подход к профилактике и лечению нарушений слуха у детей // Рос. оторинолар. – 2011. – № 2. – С. 82–87.
3. Имплантируемые слуховые аппараты Vibrant Soundbridge – первый опыт применения в России / Ю. К. Янов [и др.] // Рос. оторинолар. – 2009. Прил. № 2. – С. 85–89.
4. Карпов Ю. А. Ишемическая болезнь сердца в сочетании с артериальной гипертонией: особенности течения и выбор терапии // Кардиология. – 2005. – № 12. – С. 93–98.
5. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens 2007. – N 25. – P. 1105–1187.

Куренков Александр Валерьевич – очный аспирант каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова Самарского ГМУ. 443099, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; тел.: 8-904-710-46-38, e-mail: KENT850806@yandex.ru

УДК: 616.216.1:611.716.3:616-001.514

СОСТОЯНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ПЕРЕЛОМ СКУЛОВОЙ КОСТИ»

А. А. Курусь

CONDITION OF THE MAXILLARY SINUS IN PATIENT WITH DIAGNOSIS “ZYGOMATIC BONE FRACTURE”

А. А. Kurus

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко, зав. каф. стоматологии детского возраста с курсом челюстно-лицевой хирургии – проф. Г. А. Хацкевич)

Работа посвящена изучению характера поражения верхнечелюстной пазухи при переломе скуловой кости по данным историй болезни 50 пациентов. Анализируются частота возникновения гемосинуса и связь его с различными типами переломов. Проводится качественная оценка рентгенограмм черепа в разных проекциях на предмет диагностики состояния травмированной верхнечелюстной пазухи. Предлагается использование эндоскопического расширения естественного соустья верхнечелюстной пазухи в целях предупреждения посттравматических осложнений.

Ключевые слова: перелом скуловой кости, скуло-орбитально-верхнечелюстной комплекс, верхнечелюстная пазуха, гематосинус, эндоскопическая ринохирургия.

Библиография: 8 источников.

The medical documents and X-ray pictures of 50 patients with zygomatic bone fractures were analyzed to evaluate the condition of maxillary sinus. The different X-ray picture's projection was compared. The frequency of hem sinus in different types of fracture was studied. The authors propose the using of the endoscopic drainage of the maxillary sinus to prevent the posttraumatic complications.

Key words: zygomatic bone fracture, zygomaticomaxillary complex, maxillary sinus, functional endoscopic sinus surgery.

Bibliography: 8 sources.

В инфраструктуре повреждений челюстно-лицевой области от 33 до 55%, по данным разных авторов, составляют травмы средней зоны лица [7, 8].

Эта зона, ограниченная верхнеорбитальной линией и линией смыкания зубов, чрезвычайно сложна анатомически и включает в себя ряд тесно связанных костных структур. Повреждения данной области опасны как серьезными косметическими дефектами, так и поражением жизненно важных органов.

Важной анатомической составляющей средней зоны лица является скуловая кость (рис. 1). На ней различают три поверхности. Кнаружи обращена латеральная поверхность, выпуклая, неправильной четырехугольной формы. Направленная кнутри и кпереди вогнутая глазничная поверхность входит в состав наружной и нижней стенок глазницы и с боковой поверхностью сходитя острым дугообразным краем, дополняющим внизу подглазничный край. Височная поверхность обращена в сторону височной ямки. Смыкая между собой скуловые отростки лобной, височной и верхнечелюстной костей, скуловая кость способствует укреплению лицевого скелета, в том числе за счет участия в формировании его линий жесткости – контрфорсов (рис. 2).

Выступающее положение скулы в лицевом контуре определяет достаточно высокую частоту ее травматизации – более 10% повреждений лицевого скелета [4]. Переломы скуловой кости находятся на втором месте после переломов костей носа по частоте среди повреждений средней зоны лица.

Линия перелома может проходить в типичных местах: от подглазничного шва к скулоальвеолярному гребню, через наружный край

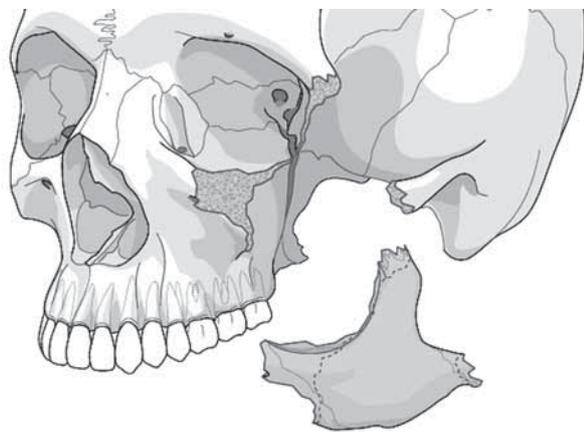


Рис. 1. Топографо-анатомические взаимоотношения скуловой кости.

глазницы и через скуловисочный шов. Однако она чаще располагается не строго по костным швам, а по соседним костям, т. е., распространяясь на латеральную и нижнюю стенки орбиты [6] (рис. 3). Смещение поврежденной скуловой кости происходит преимущественно внутрь по направлению к верхнечелюстной пазухе и книзу. Сложность и многокомпонентность данной травмы обуславливают ее обозначение в современной отечественной литературе как перелом скулоорбитального комплекса или скуловерхнечелюстного комплекса (zygomaticomaxillary complex) – в литературе зарубежной.

Таким образом, перелом скуловой кости может сопровождаться переломом стенок верхнечелюстной пазухи, что, по данным разных авторов, диагностируется в 29–58,7% наблюдений [2, 5]. Характер повреждений верхнечелюстной пазухи в значительной мере зависит от степени и направления смещения скуловой кости и, как правило, реализуется оскольчатыми переломами одной или нескольких стенок пазухи, сопровождаясь травмой подглазничного нерва, а порой и содержимого глазницы.

Пациенты с данным видом травмы традиционно поступают в отделения челюстно-лицевой хирургии, где им в качестве диагностического минимума выполняют рентгенограмму скуловых костей и рентгенограмму околоносовых пазух. Оказываемая челюстно-лицевым хирургом помощь зачастую ограничивается репозицией

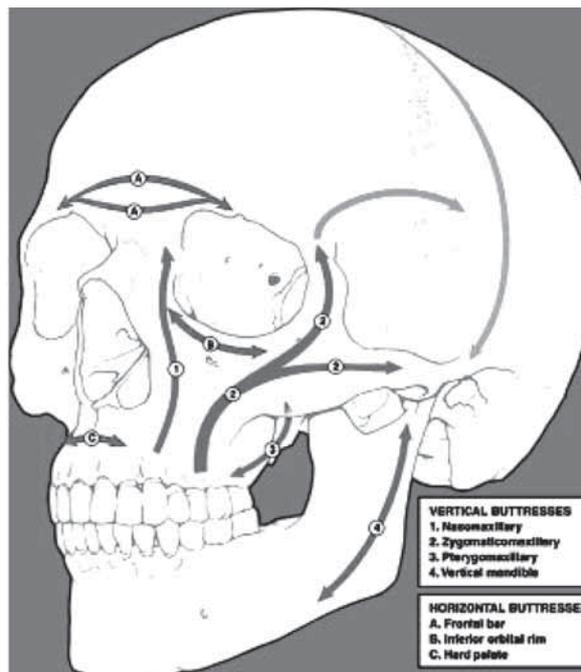


Рис. 2. Линии жесткости лицевого скелета.

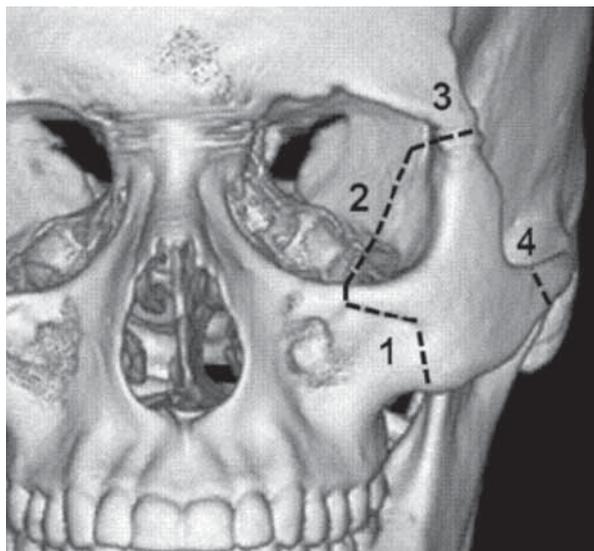


Рис. 3. Типичные линии перелома скуловой кости.

скуловой кости или, при необходимости, остеосинтезом. Состояние же верхнечелюстных пазух обычно остается без внимания.

Повреждение целостности слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи приводит к развитию воспалительных явлений, в том числе из-за возникновения гемосинуса в остром периоде травмы. Это, в свою очередь, может препятствовать успешности хирургического лечения перелома и реализоваться в виде хронических посттравматических гнойно-воспалительных изменений [2]. Тем не менее, роль оториноларинголога в комплексном лечении переломов скуло-орбитально-верхнечелюстного комплекса по-прежнему недооценивается.

Цель исследования. Оценить характер костно-травматических изменений стенок и степени нарушения пневматизации верхнечелюстных пазух у больных с переломом скуловой кости.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни и данные рентгенограмм лицевой части черепа в прямой и полуаксиальной проекциях 50 пациентов [38 (76%) мужчин и 12 (24%) женщин, средний возраст – 32 года], находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Городской многопрофильной больницы № 2 Санкт-Петербурга с диагнозом перелом скуловой кости в 2010–2011 гг. У 35 (70%) человек имелся левосторонний перелом скуловой кости, у 15 (30%) – правосторонний.

Результаты. У 46 (92%) пациентов перелом скуловой кости сопровождался нарушением целостности не менее чем двух стенок верхнечелюстной пазухи. При этом у 29 (58%) пациентов зона повреждения была ограничена нижнеорбитальным краем с распространением линии перелома на нижнюю стенку орбиты и переднюю стенку верхнечелюстной пазухи, а у 17 (34%)

имел место сочетанный перелом в трёх или четырёх точках соприкосновения скуловой кости с окружающими структурами (нижнеорбитальный край и нижняя стенка орбиты, латеральная стенка орбиты, переднелатеральная стенка верхнечелюстной пазухи, дуга скуловой кости). 4 (8%) человека имели изолированный перелом дуги скуловой кости (3 пациента) и перелом в области скулолобного шва (1 пациент), т. е. верхнечелюстная пазуха была интактна.

Из 46 пациентов, у которых наблюдался перелом стенок верхнечелюстной пазухи, лишь у 6 (13%) не было выявлено смещение костных отломков. Пневматизация верхнечелюстной пазухи в данных случаях также не была нарушена. У 40 (87%) человек обнаружено смещение костных отломков разной степени выраженности, сопровождавшееся затенением пазухи. Всем им выполнена одномоментная инструментальная репозиция скуловой кости крючком Лимберга. Из них у 20 (43,5%) человек имелись признаки наличия жидкости в верхнечелюстной пазухе – четкий горизонтальный уровень – по данным рентгенограммы околоносовых пазух в прямой проекции, выполненной до вмешательства. 16 пациентам на первые-вторые сутки после репозиции выполнены контрольные рентгенограммы околоносовых пазух, и в 6 случаях определяются ухудшение пневматизации и увеличение количества содержимого в травмированной верхнечелюстной пазухе.

Обсуждение. Уровень содержимого в верхнечелюстной пазухе обнаруживался исключительно на рентгенограммах околоносовых пазух во фронтальной проекции, тогда как на полуаксиальных снимках скуловых костей тех же пациентов определялось лишь умеренной интенсивности затенение. Принимая во внимание, что рентгенограмма околоносовых пазух в прямой проекции выполнялась не всем, нельзя исключить наличия жидкостного содержимого у остальных пациентов со схожей травмой, так как по снимку скуловых костей нельзя дифференцировать отек и уровень жидкости. Следует также отметить, что более чем у трети пациентов, которым выполнены повторные снимки околоносовых пазух, отмечалась отрицательная динамика с увеличением количества содержимого (рис. 4).

По данным литературы, развитие посттравматических синуситов при наличии повреждения верхнечелюстной пазухи происходит в 10–40% случаев [1, 3, 5]. Причем гемосинус может развиваться при самом минимальном смещении костных отломков [5].

Следовательно, выполнение рентгенограмм околоносовых пазух, помимо снимков скуловых костей, крайне необходимо, поскольку позволяет вовремя диагностировать наличие патологического содержимого в поврежденной верхнече-

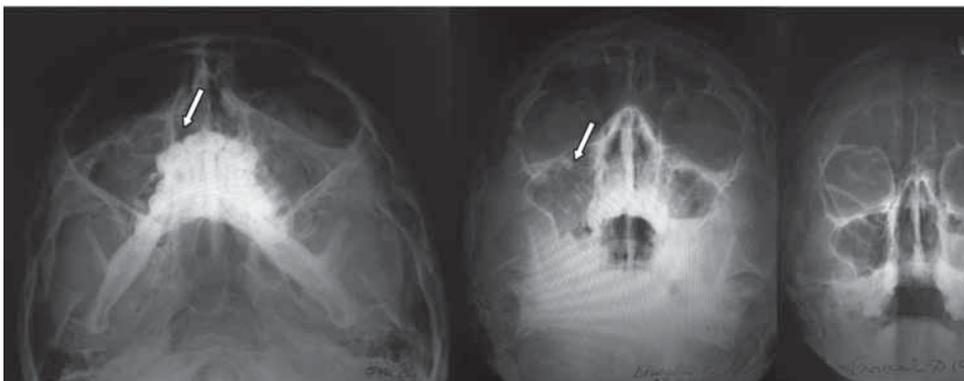


Рис. 4. Рентгенографическая картина перелома левой скуловой кости в области нижнего глазничного края (стрелка), сопровождающегося нарастанием гемосинуса.

люстной пазухе. Тем не менее следует отметить, что рентгенографическое исследование не всегда бывает достаточно информативным, и в условиях современного стационара предпочтительнее использование компьютерной томографии.

По нашему мнению, в ранний посттравматический период большое значение имеют эффективное дренирование и вентиляция пазухи, которые невозможны вследствие реактивных изменений слизистой оболочки. Восстановление дренажа должно быть максимально функциональным. Этому критерию в полной мере соответствует эндовидеохирургическое вмешательство, осуществляемое в области среднего носового хода в целях расширения естественного соустья

пазухи. По данным П. Г. Сысолятина и др. [5], использование эндоскопического эндоназального вскрытия верхнечелюстной пазухи в сочетании с эндоскопической репозицией костных отломков позволяет уменьшить количество посттравматических осложнений почти в 4 раза [5]. В условиях работы дежурного ЧЛХ-стационара проблематично организовать выполнение данной методики у всех пациентов с переломами скуловой кости. По нашему мнению, эндоскопическое расширение естественного соустья в сочетании с традиционной инструментальной репозицией должно стать рутинным методом, который обеспечит значительное снижение частоты посттравматических осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ показаний к экстренной госпитализации оториноларингологических больных / Ю. К. Янов [и др.] Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Современные аспекты и перспективы развития оториноларингологии»: тез. докл. – М., 2005. – С. 76.
2. Лечебная тактика при повреждении околоносовых пазух у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой / К. П. Головкин [и др.] // Рос. оторинолар. – 2010. – № 3. – С. 52–63.
3. Лобатый А. П. Новые технологии хирургического лечения повреждений скулового комплекса: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1998. – 16 с.
4. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: в 2 т. Т. 1 / В. М. Безруков [и др.]. – М.: Медицина, 2000. – 776 с.
5. Сысолятин П. Г., Сысолятин С. П. Повреждения верхнечелюстных пазух и их лечение // Рос. ринология. – 2000. – № 4. – С. 37–42.
6. Хирургическая стоматология / Т. Г. Робустова [и др.]. – М.: Медицина, 1996. – 688 с.
7. Afzelius L.-E., Rosen C. Facial fractures: A review of 368 cases // Int. jour. of oral surg. – 1980. – Vol. 9, N 1. – P. 25–32.
8. Klenk G., Kovacs A. Etiology and patterns of facial fractures in the United Arab Emirates // Jour. of craniofac. surg. – 2003. – Vol. 4, N 1 – P. 78–84.

Курусъ Антон Алексеевич – аспирант каф. оториноларингологии с клиникой СПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6/8; тел.: 8-921-562-05-18, e-mail: akurus@gmail.com