



ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни уха, горла и носа / В. Ф. Ундриц, К. Л. Хилов, Н. Н. Лозанов и др. – Л.: Медицина, 1969. – 564 с.
2. Булл Т. Р. Атлас ЛОР-заболеваний / Т. Р. Булл – 4-е изд., испр. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 272 с.
3. Василенко Ю. С. Голос. – Фониатрические аспекты / Ю. С. Василенко. – М.: Энергоиздат, 2002. – 480 с.
4. Кармазановский Г. Г. Спиральная компьютерная томография: болюсное контрастное усиление / Г. Г. Кармазановский – М.: Издательский дом Видар-М, 2005. – С. 376.
5. Коваленко С. Н. Проблемы диагностики хронического гиперпластического ларингита / С. Н. Коваленко, А. С. Лапченко, Д. Л. Муратов / Вестник отоларингологии. – 2006. – №4. – С. 34–36.
6. Лихачев А. Г. Справочник по оториноларингологии / А. Г. Лихачев – 4-е изд., М.: Медицина, 1984, 362 с.
7. Матиас Прокоп. Спиральная и многослойная компьютерная томография / Матиас Прокоп, Михаэль Галански. Учебное пособие, Пер. с англ. Москва. «МЕДпресс – информ» Т. 2. – 2007. – 712 с.
8. Огольцова Е. С. Диагностические и тактические ошибки при раке гортани / Е. С. Огольцова, Е. Г. Матякин – М.: Медицина. 1989. – 224 с.
9. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес – 4-е изд. – М.: Медицина, 2000. – 480 с.
10. Пачес А. И. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани / А. И. Пачес, В. О. Ольшанский, В. Л. Любаев и др. – М.: Медицина, 1988, 304 с.
11. Поддубный Б. К. Диагностическая и лечебная эндоскопия верхних дыхательных путей / Б. К. Поддубный, Н. В. Белоусова, Г. В. Унгиадзе. – М.: Практическая медицина, 2006. – 256 с.
12. Солдатов И. Б. Лекции по оториноларингологии / И. Б. Солдатов. – Учебное пособие. – М.: Медицина, 1990. – 288 с.
13. Сперанская А. А. Компьютерно-томографическая диагностика новообразований глотки, челюстно-лицевой области и гортани / А. А. Сперанская, В. М. Черемисин СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2005. – 118 с.
14. Субботинина М. В. Использование ультразвукового сканирования для диагностики заболеваний гортани у детей / М. В. Субботинина, А. Г. Шантуров // Медицинская визуализация. 2005. – №3. – С. 130–137.
15. Чиркова М. С. Результаты и новые возможности рентгенологического обследования гортани / М. С. Чиркова, Н. В. Ваганов, М. И. Воронин // Иероглиф. – 2006. – Том 9, №29. – С. 1225.

УДК: 616. 716. 3 – 001. 5 – 073. 756. 8

**ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУЛОВОЙ ДУГИ****Ш. А. Боймуратов****MEANING(IMPORTANCE) COMPUTER-TOMOGRAPHY OF RESEARCH
AT THE PATIENTS WITH CRISES CORPUS AND ARCUS ZYGOMATICUS****Sh. A. Boymuradov***Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан**(Зав. каф ЛОР болезней с курсом челюстно-лицевой хирургии и стоматологии –
проф. А. М. Хакимов)*

Было обследовано 36 больных с переломами скуловой кости и дуги. Всем больным проводили рентгенологическое исследования. При сложных переломах для определения характера костных отломков проводили компьютерно-томографическое (КТ) исследование. Исследования показали, что применение КТ исследования для диагностики переломов скуловой кости и дуги является эффективным методом. При помощи КТ исследования можно определить состояние костных стенок пазух, которое невозможно определить при помощи обычного рентгенологического исследования (особенно латеральные, верхние и задние стенки). При помощи КТ исследования можно дать характеристику свободной жидкости в пазухе, мягких тканях, а также эмфиземы мягких тканей. Кроме этого также можно проводить КТ исследование в динамике лечения для оценки эффективности оперативных методов лечения.

Ключевые слова: скуловая дуга и кость, перелом, рентгенологическое и компьютерно-томографическое исследование, контроль лечения.

Библиография: 8 источников.



36 patients with crises corpus and arcus zygomaticus were surveyed. By all patient carried out (spent) X-RAY of research. At complex (difficult) crises for definition of character bone carried out (spent) computer-tomography of research (CT). The researches have shown, that the application CT of research for diagnostics of crises corpus and arcus zygomaticus. is an effective method. With the CT of research the condition bone of walls sinus is possible to define (determine) which cannot be defined (determined) through usual X-RAY of research (especially lateral, top and back walls). With the CT researches can be given the characteristic of a free liquid in sinus, soft fabrics. Besides also it is possible to carried out (spend) CT research in dynamics (changes) treatment for an estimation of efficiency of operative methods of treatment.

Key words: corpus and arcus zygomaticus, crisis, X-RAY and computer-tomography of research, control of treatment.

Bibliography: 8 sources.

Переломы костей средней зоны лица являются сложной патологией и относятся к сочетанным травмам. Среди травм костей средней зоны лица, перелом скуловой кости и дуги встречаются часто, по данным различных авторов составляет от 6,5 до 25% [2, 3, 4].

О проблеме лечения больных с переломами скуловой кости в отечественной и зарубежной литературе посвящено немало работ. Описаны различные способы лечения, подробно рассмотрены вопросы своевременности и очередности лечебных мероприятий. В то же время диагностике и оказанию последовательной помощи при многооскольчатых переломах не уделяется должного внимания. Точная и своевременная диагностика переломов скуловой кости и дуги является актуальной задачей. Травма этой зоны часто приводит к нарушению функции зрения, дыхания, слезоотделения. При переломах скуловой кости и дуги часто повреждаются носовые кости, медиальная стенка глазницы, передняя и задняя стенки гайморовой пазухи [2, 4, 5].

Ошибки в лечении больных и развитие осложнений часто связаны с ошибками рентгенологической диагностики. При установке диагноза повреждений лицевых костей перед рентгенодиагностикой стоят следующие задачи:

1. Распознавание локализации и характера перелома.
2. Контроль эффективности иммобилизации отломков.
3. Динамическое наблюдение заживления повреждений.
4. Своевременное выявление осложнений [1, 6, 7, 8].

Однако, в решении указанных задач рентгенодиагностика не дает желаемого результата из-за наложения изображений костных структур соседних областей, кровоизлияний в гайморову и подвисочную полости и т. д. В последнее время для выявления нарушений костных структур широко применяется компьютерно-томографическое исследование.

Целью наших исследований явилось изучение эффективности компьютерно-томографического исследования в диагностике переломов скуловой кости и дуги.

Пациенты и методы исследования

Нами было обследовано 36 больных с переломами скуловой кости и дуги (31 мужчина и 5 женщин в возрасте от 15 до 34 лет). Из 36 обследованных у 21 больного наблюдали перелом скуловой кости, а у 15 из них наблюдали перелом скуловой дуги. При поступлении в стационар всем больным проводили клинко-лабораторное обследование. Для определения характера перелома проводили рентгенографию. Рентгенографию выполняли в носо-подбородочной проекции. На рентгенограммах мы определяли нарушение целостности скуло-альвеолярного гребня, наружного края и нижней стенки глазницы, тела скуловой кости. При уточнении локализации линии и характера перелома информативность обычных рентгеновских снимков была очень низкой из-за теневых наложений других костей. Особенно трудно было определить характер оскольчатых переломов скуловой кости и дуги. В связи с этим для определения локализации и характера костных нарушений мы применяли компьютерно-томографическое (КТ) исследование. КТ исследование проводили на базе второй клиники Ташкентской медицинской академии. Проводили пошаговые снимки в костном режиме придаточных пазух носа в аксиальных срезах (win-1) (13 больных). 23 больным были сделаны спиральные снимки в костном режиме. При описании КТ снимков мы обращали внимание на целостность нижнего края



глазницы, скулоальвеолярного края, на форму скуловой дуги. А также обращали внимание на целостности костных стенок и на наличие крови в гайморовой пазухе, подвисочной области, эмфизему и гематомы мягких тканей.

Результаты исследование и их обсуждение

В зависимости от тяжести, клинических особенностей и вида перелома больные были разделены на 2 группы:

1-ю группу составили 19 больных с переломами скуловой кости и дуги без значительного смещения костных отломков и повреждения передней стенки гайморовой пазухи.

2-ю группу составили 17 больных с мелкооскольчатыми переломами скуловой кости и дуги.

Больные 1 группы предъявляли жалобы на наличие боли в скуловой области, вокруг глаза, ограничение открывание рта, нарушение чувствительности в области подглазничного нерва, носовое кровотечение. Пальпаторно невозможно было определить нижненааружные стенки орбиты у 13 больных из-за наличия отека и гематомы. У всех больных определялась болезненность при пальпации скулоальвеолярного гребня, скуловой дуги. У 15 больных определялось ограничение открывание рта. У 9 больных определялось диплопия. При перкуссии фронтальных зубов определялся тупой перкуторный звук.

При рентгенологическом исследовании у больных этой группы определяли наличие костных отломков, их смещение, а также выявляли различной степени затемнение верхнечелюстной пазухи (ложный симптом гайморита из-за наличия крови в пазухе). В 12 случаях у этой группы больных из-за неинформативности рентген-диагностики мы проводили КТ исследование. На сериях КТ определялось наличие костных отломков скуловой кости, их смещение, нарушение целостности стенки гайморовой пазухи. Определяли наличие уровня жидкости в пазухе (+59едН), кровоизлияние под мягкие ткани подглазничной области у 8 больных(рис1). У 7 больных определяли подкожную эмфизему (- 980ед). Больным этой группы проводили операцию репозиция костных отломков крючком Лимберга. Для этого после предварительной подготовки больных, под внутривенным наркозом, крючок Лимберга вводили под нижний край скуловой кости и проводили репозицию. При этом пальцем левой руки контролировали нижний край глазницы и скуловую дугу.

У больных второй группы были следующие жалобы: Нарушение конфигурации лица, отеки и боли в скуловой области, нарушение чувствительности в области подглазничного нерва, ограничение открывания рта. При объективном обследовании определялись асимметрия лица за счет отека и гематомы мягких тканей (у 10 больных), а также болезненность в скуловой области(у 13 больных). Из за наличия отека мягких тканей невозможно было определить нижнюю стенку глазницы, скулоальвеолярного гребня а также костных отломков. Определялась подкожная эмфизема вокруг глаза, подглазничной области и скуловой дуги (у 11 больных). У 6 больных определяли диплопию.

На рентгенограммах у больных этой группы определить наличие костных отломков не было возможным из за наличия теневых наслоений, также отмечался гематосинус. У больных этой группы для определения характера костных нарушений мы проводили КТ исследования. На сериях КТ исследований определяли наличие целостности глазницы и костей носа, костных отломков скуловой кости и дуги и их смещение, нарушения целостности стенок верхнечелюстной пазухи, гематомы(+57едН) и эмфизему(-1080ед) мягких тканей(рис2). У 14 больных второй группы определялось наличие двух или трех костных отломков. У 3 больных отмечались мелкооскольчатые переломы скуловой кости и дуги. У всех обследованных больных этой группы определяли нарушение целостности стенок гайморовой пазухи(рис. 3), у 5 больных передние края костных отломков скуловой кости смещались в гайморову пазуху. У 6 больных отмечали смещение костных отломков в полость глазницы. В большинстве случаев при переломах скуловой дуги отмечали выпадение костных отломков в сторону венечного отростка нижней челюсти, которое приводило к резкому ограничению открывания рта. У 10 больных этой группы отмечали сочетание переломов скуловой кости и дуги. После постановки диагноза больным этой группы проводили следующие оперативные вмешательства (табл. 1).

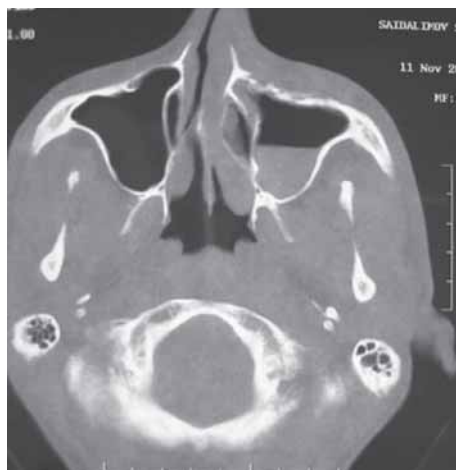


Рис. 1. КТ снимок скуловой кости и дуги в аксиальной проекции. Отмечается осколчатый перелом передней стенки пазухи и гематосинус.

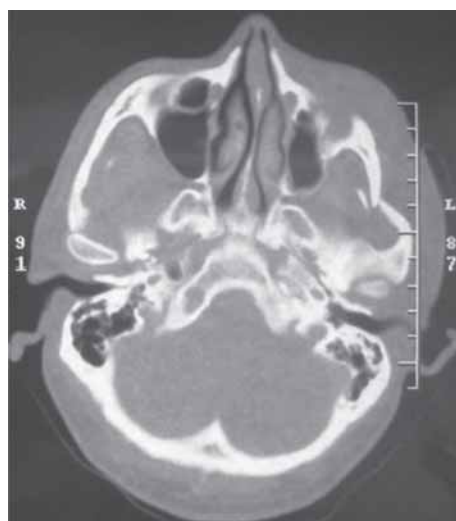


Рис. 2. КТ снимок скуловой кости и дуги в аксиальной проекции. Отмечается осколчатый перелом скуловой кости и дуги слева.



Рис. 3. КТ снимок скуловой кости и дуги в аксиальной проекции. Отмечается осколчатый перелом скуловой дуги слева.



Таблица 1

Виды оперативных вмешательств

Виды перелома скуловой кости и дуги	Виды оперативного вмешательства	Количество больных
1. Наличие двух костных отломков	Наложение костного шва	10
2. Наличие трех костных отломков	Наложение костных швов	4
3. Наличие мелких костных отломков	Наложение костных швов, вытяжение и фиксация костных отломков к головной шапочке	3

Из таблицы 1 видно, что при наличии двух или трех костных отломков мы ограничивались наложением костных швов на костные отломки. При наличии мелких костных отломков потребовалось дополнительное вытяжение. Все операции проводили под интубационным наркозом. Наружные разрезы проводили по нижнелатеральному краю орбиты и на уровне скуловой дуги, накладывали костные швы. У 7 больных этой группы из-за наличия мелких костных отломков пришлось вскрывать гайморовую пазуху. После ревизии пазухи проводили репозицию мелких костных отломков и накладывали костные швы. Гайморовую пазуху тампонируют тугой йодоформной турундой. Фиксация костных отломков проводилась к головной шапочке.

Таблица 2

КТ признаки травм скуловой кости и дуги

Группа	Наличие линии перелома	Наличие крови в пазухе(едН)	Наличие гематомы в мягких тканях(едН)	Наличие эмфиземы в мягких тканях(ед)	Наличие мелких костных отломков
1-я	+	+59	+58	-980	-
2-я	+	+62	+57	-1080	+

Из таблицы 2 видно, что при помощи КТ исследования можно определить линии перелома, наличие крови в пазухе. Плотность свободной жидкости в пазухе зависит от давности травмы, если кровь свежая, то плотнее содержимое, обычно плотность варьирует в пределах от +50 до +70 едН. Если наблюдается сниженная плотность от +30 до +40 едН, то это обозначает наличие гноя в пазухе. Если показатели составляют в пределах от +20 до +30 едН, то это обозначает наличие серозной жидкости в пазухе. Эти показатели являются критерием дифференциальной диагностики. Плотность жидкости в мягких тканях (гематома) на КТ исследовании варьирует также в пределах от +40 до +70 едН. Обычно гематома мягких тканей рассасывается, в редких случаях инфицируется. Признак эмфиземы мягких тканей появляется вследствие попадания воздуха в мягкие ткани, обычно этот показатель при КТ исследовании составляет от -900 до -2000 ед.

Выводы:

Наши исследования показали, что применение КТ исследования для диагностики переломов скуловой кости и дуги является эффективным методом.

При помощи КТ исследования можно определить состояние костных стенок пазух, которое невозможно определить при помощи обычного рентгенологического исследования (особенно латеральные, верхние и задние стенки).

При помощи КТ исследования можно дать характеристику свободной жидкости в пазухе, мягких тканях, а также эмфиземы мягких тканей.

Кроме этого также можно проводить КТ исследование в динамике лечения для оценки эффективности оперативных методов лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Акадже А. Проблемы медицинской реабилитации больных с переломами скулоорбитального комплекса. / А. Акадже, В. И. Гунько. // Стоматология. – 2004. – №1. С – 65–69.
2. Бельченко В. А. К вопросу об оказании квалифицированной помощи больным с челюстно- и черепно-лицевой патологией. В. А. Бельченко, В. П. Ипполитов, А. А. Кулаков // Там же. – 1998. – №5. – 32–33.
3. Ипполитов И. В. Состояние нижней стенки орбиты у больных с посттравматическими повреждениями. / И. В. Ипполитов, Н. И. Иващенко, С. В. Фёдорова. // Сб. науч. работ, посвящ. 100-летию со дня рождения Ф. М. Хитрова (1903). М 2001; 110–113.
4. Ипполитов И. В. Сравнительная клинко-рентгенологическая оценка методов остеосинтеза при лечении больных с посттравматическими дефектами и деформациями костей верхней и средней зон лица. / И. В. Ипполитов, Н. А. Рабухина, С. С. Колескина. // Стоматология. – 2003. – №1. – С. 2326
5. Клинико-рентгенологический анализ результатов устранения дефектов и деформаций костей лицевого черепа с использованием современных способов пластики и фиксации костных фрагментов. / Шамсутдинов А. Г. и др. // Там же. – 2002. – №3. – С. 28–32.
6. Косовой А. Л. Рентгенологическая диагностика изолированных и сочетанных переломов назоорбитальной области. / А. Л. Косовой, И. Д. Фрегатова // Там же. – 1993. – №2. – С. 32–35.
7. Кузнецов И. А. Оптимизация диагностики и хирургического лечения больных с посттравматическими деформациями скулоглазничной области после оскольчатых переломов: Автореф. дис.... канд. мед. наук. / И. А. Кузнецов. М.: 2000. – 16с.
8. Рабухина Н. А. Рентгенологическое исследование при травматических повреждениях костей лицевого черепа. / Н. А. Рабухина. // Вестн. рентгенологии и радиологии. – 1988. №4. – С. 71–77.

УДК:616. 831 – 002. 3 – 02:616. 28:616. 832. 959

**СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ПРОБЛЕМЫ
ОТОГЕННОГО ЭКСТРАДУРАЛЬНОГО АБСЦЕССА /
НАРУЖНОГО ПАХИМЕНИНГИТА/**

Г. А. Гаджимирзаев

**MODERN ESTIMATION OF SOME POSITIONS OF THE PROBLEM
OF OTOGENIC EXTRADURAL ABSCESS
(EXTERNAL PACHIMENINGITIS)**

G. A. Gadzhimirzaev

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)

Автор сообщает данные о 64 пациентах с наружным пахименингитом (экстрадуральным абсцессом), которые наблюдались в ЛОР клинике с 1980 по 2008 г. г.. Представлена клиника заболевания, данные обследования, результаты лечения.

Ключевые слова: диагностика, экстрадуральный абсцесс, самолечение, хронический гнойный средний отит, острый средний гнойный отит, осложнения.

Библиография: 19 источников.

The author informs the data about 64 patients with external pachimeningitis (extradural abscess) which were observed in ORL to clinic with 1980 on 2008 g. The disease clinic, the given inspections, results of treatment is presented.

Keywords: diagnostics, extradural abscess, self-treatment, a chronic purulent average otitis, a sharp average purulent otitis, complications.

The bibliography: 19 sources.

Экстрадуральный абсцесс /наружный пахименингит/ является разновидностью отогенных внутричерепных осложнений /ОВО/. Известно, что ОВО делят на две группы:

- большие формы – гнойный менингит и менингоэнцефалит, синус-тромбоз и отогенный сепсис, абсцесс мозга и мозжечка;