

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГАЙМОРИТА

Тажобаев А.Ю.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Для профилактики развития травматического гайморита у 18 больных при посттравматическом гемосинусе проведено лечение с антибиотиками и ферментами путем введения их через дренажную трубку. Ближайшие и отдаленные результаты наблюдения показали эффективность данного способа.

Ключевые слова: верхнечелюстная пазуха, гемосинус, перфорация гайморовой пазухи

ТРАВМАЛЫК ГАЙМОРИТТИН ПРОФИЛАКТИКАСЫ

Тажобаев А.Ю.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. 18 оорунун травмадан кийин гаймора кобулусу тешилип кан менен толгон учурда аларды ириндеп кетишин алдын алууда антибиотиктер жана ферменттер жергиликтүү түтүк аркылуу колдонулган. Бул усулдун эффективтүүлүгү ооруларды жакынкы жана узак мөөнөттө кароодо байкалган.

Негизги сөздөр: үстүнкү жаактын кобулу, гаймора кобулун тешилүүсү жана кан менен толуусу.

THE PREVENTION OF TRAUMATIC MAXILLARY SINUSITIS

Tajibaev A.U.

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek c., the Kyrgyz Republic

Resume. For prevention of traumatic maxillary sinusitis of 18 patients about drain were used antibiotics and enzymatic preparations. The near future and remote follow-up period behind patients was showed given effectiveness way.

Key words: maxillary sinus, maxillary sinus perforation and haemosinus.

Травматические повреждения верхней челюстной пазухи часто сопровождается с переломами других соседних костей лица. В связи с этим лечение больных этой категории осуществляется в отделениях челюстно-лицевой хирургии или лор болезней больниц [1].

Между тем, нередко на практике наблюдается изолированные травмы гайморовой пазухи с проникновением инородных тел в полость верхнечелюстного синуса [2].

Травматический гайморит верхней челюстной пазухи в большинстве случаев встречаются как производственная травма у плотников и слесарей [3].

По данным многих авторов при инфицировании верхнечелюстной пазухи на 2-ые-3-ие сутки развивается острый травматический синусит из-за нагноения кровяного сгустка, заполнившего полость пазухи [4].

Течение воспалительных явлений при травмах верхнечелюстной пазухи отяжеляются из-за наличия проникающих открытых ран. Такие раны часто нагнаиваются и приводят к расхождению краев ран, тем самым способствуют формированию наружных свищей [5].

Применение современных методов удаления инородных тел из полости пазухи с применением эндоскопических инструментов способствует профилактике дополнительной травмы пазухи, но требует наличия дорогостоящих импортных установок [6, 7].

Целью нашего исследования явилась разработка оптимальных способов профилактики развития травматического гайморита при травматических повреждениях верхнечелюстной пазухи с явлениями гемосинуса.

Материал и методика.

Под наблюдением находились 18 больных с проникающими ранениями верхнечелюстной пазухи в

возрасте от 23-х до 42-х лет. Из них 13 мужчин и 5 женщин.

В 7-и случаях наблюдения травмирующими агентами были стальные гвозди. В 4-х случаях карборундовые диски, в 3-х наблюдениях - дробовые пули, а 4-х железные прутья и арматура. В нескольких случаях больные даже не подозревали о наличии инородных тел в полости пазухи и повреждении стенок верхней челюсти.

Больные в 95% наблюдений обратились за помощью в течение первых суток после травмы. В 75% наблюдениях травмы встречались при работе с токарными и столярными инструментами из-за нарушения правил техники безопасности. В 11-и случаях инородные тела находились непосредственно в полости пазухи, а в остальных случаях были извлечены больными до приема врача. Всем больным проводили клинические и рентгенологические обследования в момент обращения.

В день обращения больным под местной инфильтрационной и аппликационной анестезией производили первично хирургическую обработку ран. При введении ревизии полости пазухи инородные тела были извлечены при помощи зажимов через перфорационное отверстие, при необходимости производили расширение краев костной раны костными кусачками или борями.

Полость верхнечелюстной пазухи промывали теплыми антисептическими растворами 2-3 раза, до получения прозрачной жидкости.

Для остановки кровотечения в процессе операции местно использовали 3% раствор перекиси водорода.

Кровоостанавливающие препараты назначали для профилактики повторного кровотечения при отсутствии противопоказаний. Послеоперационную рану наглухо ушивали узловыми швами.

Под аппликационной и инфильтрационной анестезией иглой Куликовского производили прокол

медиальной стенки пазухи через нижний носовой ход и через иглу в пазуху вводили поливинилхлоридную трубку, которую оставляли сроком до 5 суток.

Противовоспалительное применение антибиотиков проводилось с профилактической целью, учитывая инфицированность пазухи. Для этого больные получали внутримышечно антибиотики два раза в день после внутривенной пробы на курс 12-14 инъекций. Ежедневно полость пазухи промывали теплыми антисептическими растворами через дренажную трубочку.

В полость пазух вводили те же антибиотики при отсутствии аллергической реакции и ферментные препараты (химотрипсин, трипсин).

Учитывая наличие открытой травмы, все больные получали профилактические прививки противостолбнячным анатоксином в день обращения. Клинические и рентгенологические обследования и наблюдение за больными проводили в течение до 6 месяцев.

Результаты исследования и их обсуждения.

Наблюдения за пациентами проводились ежедневно. В послеоперационном периоде жалобы больных на боли и отеки сохранялись до 3-4 суток. Выделения из пазухи были сукровичными в течении 2-3-х суток. У 16 больных раны затянулись первичным натяжением. У 2-х пациентов края раны разошлись на 4-е сутки и из раны отмечались сукровично-гнойные выделения с резким запахом. Этим больным назначены частые промывания полости пазухи с теплыми растворами фурациллина до 6-8 раз в день через трубку и замена применяемого антибиотика. После проведенного лечения признаки гнойного воспаления на 7-8 сутки были ликвидированы. Швы и дренажные трубки снимали на 7-9 сутки после операции.

На 15 сутки у одного больного в связи появлением головных болей и гнойных выделений из носа был проведен повторный прокол и промывание полости пазухи с применением антисептиков, антибиотиков и ферментов. После местной и общей противовоспалительной терапии состояние больного улучшилось, и признаки воспаления пазухи в дальнейшем не проявлялись.

На 30 день после травмы контрольный осмотр проведен у 14 больных, которым проведены клинические и рентгенологические исследования.

Клинически у больных жалобы отсутствовали, носовое дыхание было одинаково свободными в здоровой и в пораженной стороне.

У одного больного рентгенологически выявлены пристеночные изменения слизистой пазухи в

переднебоковой области на месте прободения костной стенки.

На контрольной обзорной рентгенографии черепа полуаксиальной проекции у 10 больных костные края пораженных пазух были ровными, изменения состояния пазухи не выявлены.

Через 6 месяцев после травмы клинорентгенологическое обследование проведено у 9 пациентов. Больные особых жалоб не предъявляли. Носовые дыхания и обоняния были в пределах нормы. Рентгенографические исследования придаточных пазух носа у этих больных показало отсутствие патологических изменений.

Таким образом, причинами травматических гайморитов являются инфицирование крови и костных осколков в полости пазухи после травмы. Профилактику развития травматических гайморитов следует проводить в ранние сроки путем удаления инородных тел, костных осколков и скопившегося крови из пазухи при проведении первичной хирургической обработки. Применение временной дренажной трубки считаем удобным и доступным методом для ведения в полость антисептических растворов и лекарственных препаратов.

Местное применение антисептических препаратов, антибиотиков и ферментов способствует быстрой ликвидации последствий травмы пазухи тем самым, предотвращает развития воспалительных процессов в пазухе.

Литература:

1. Александров Н.М., Аржанцев П.З. Травмы челюстно-лицевой области. - М.: Медицина, 1986 С. 346-347 с.
2. Безруков В.М., Рабухина Е.А., Григорьянц Л.А. и др. Амбулаторная хирургическая стоматология // Руководство для врачей. - М., ООО Мед. информ. агентство. - 2002. - С. 45 -46.
3. Лопатин А.С. Катетеризация и принудительное дренирование околоносовых пазух / А. С. Лопатин, Г. З. Пискунов // Рос. ринология. 1995. - №1. - С.34-51.
4. Рязанцев С.В. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: метод, рекомендации / С.В. Рязанцев, Н.Н. Науменко, Г.П. Захарова. СПб., 2005. -115 с.
5. Эффективность местной иммунотерапии гнойных синуситов с использованием препаратов рекомбинантных интерлейкинов / М.С. Плужников, Г.В. Лавренова, Е.Б. Катинас и др. // Рос. ринология. 2002. - № 2. -С. 119-122.
6. Лесогоров С.Ф. Совершенствование хирургического лечения хронического одонтогенного перфоративного гайморита пластикой ороантрального свища с применением аутоплазменной биомембраны. Автореферат канд.дисс. Бишкек 2012 г. - 18с.
7. Moriyama H., Ozawa M., Honda Y. Endoscopic endonasal sinus surgery. Approaches and post-operative evaluation // Rhinology. 1991. - Vol. 29, №2. - P. 93 - 98.



Рис. 1. Фото больного А. С. 32 лет с переломом передней стенки верхнечелюстной пазухи и с инородным телом в полости пазухи слева (стальной гвоздь)

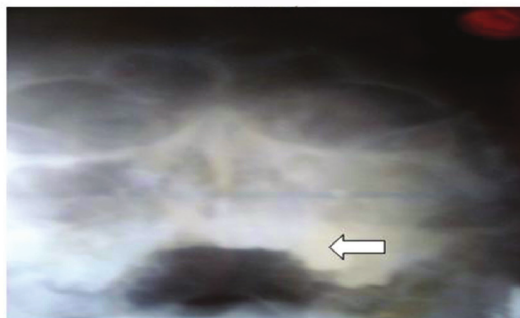


Рис. 2. Инородное тело верхнечелюстной пазухи пациента А. С. 32 лет.