

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГАЙМОРИТА

А.Ю. Тажибаев

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

Резюме. Для профилактики развития травматического гайморита у 22 больных со дня обращения в полость пазухи установлен временно катетер для дренажа и введения лекарственных препаратов. Ближайшие и отдаленные сроки наблюдения за больными показали эффективность данного способа.

Ключевые слова: верхнечелюстная пазуха, гемосинус, гайморит.

ЖАРАКАТТЫК ГАЙМОРИТТИН АЛДЫН АЛУУ ЖАНА ДАРЫЛОО

А.Ю. Тажибаев

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

Корутунду: Жаракаттык гаймориттин өөрчүүсүнүн алдын алуу үчүн кайрылган күндөн тартып, 22 оорулуунун мурун көңдөйүнө дренаж жана дары каражаттарын киргизүү үчүн убактылуу катетер коюлган. Бейтаптар көзөмөлгө алынган алыскы жана жакынкы мезгилдерде аталган ыкманын натыйжалуулугу белгилүү болду.

Негизги сөздөр: үстүнкү жаак көңдөйү, гемосинус, гайморит.

THE PROPHYLACTIC AND THE TREATMENT OF TRAUMATIC MAXILLARY SINUSITIS

A.U. Tajibaev

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. For the prevention of traumatic maxillary sinusitis in 22 patients in the sinus cavity, a temporary catheter for drainage and drug administration has established. The immediate and long-term follow-up of patients showed the effectiveness of this method.

Key words: maxillary sinus, hemosyne, maxillary sinusitis.

Средняя зона лица имеет сложное строение и представлена несколькими костями лицевого и мозгового черепа, которые образует несколько полостей.

Несмотря на междисциплинарный интерес к травмам этой области лечение повреждений верхнечелюстной пазухи остается далеко нерешенной проблемой.

Кровоизлияния в полость верхней челюстной пазухи часто наблюдается при повреждениях костей лица, особенно при скуловерхнечелюстных переломах [1].

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

Травматический гайморит верхней челюстной пазухи в большинстве случаев встречается как осложнение производственных травм у плотников и слесарей, нередко при автоавариях и падении с высоты [3]. По данным многих авторов инфицирование

верхнечелюстной пазухи на 2-ые-3-ие сутки приводит к развитию острого травматического синусита [4]. Течение воспалительных явлений при травмах верхнечелюстной пазухи отягощаются из-за наличия проникающих открытых ран. Такие раны часто нагнаиваются и приводят к расхождению краев ран, тем самым способствуют формированию наружных свищей [5, 6].

Для определения точной локализации линий перелома, смещение костных фрагментов, поражение инородными телами и правильной интерпретации наличия гемосинуса в полости гайморовой пазухи необходимо применение компьютерной томографии.

Мультиспиральная компьютерная томография дает возможность определить точные размеры инородного тела и его ориентации в полости пазухи, которое имеет немаловажное значение для подготовки больного к операции [6, 7, 8].

Целью нашего исследования явилась разработка оптимальных способов профилактики раз-

вития травматического гайморита при кровоизлиянии в полость пазухи и при проникающих ранениях.

Материал и методика

Под наблюдением находились 22 больных с травматическими повреждениями верхнечелюстной пазухи в возрасте от 19-х до 55-х лет. Из них 16 мужчин и 6-е женщин. В день обращения всем больным назначали КТ черепа, далее рентгенологическое исследование проводили при острой необходимости через два месяца.

У 10 больных диагностирован изолированный односторонний скуловерхнечелюстной перелом.

В 6-и случаях наблюдений травмирующими аген-

тами были стальные гвозди. В 4-х случаях карборундовые диски, в 2-х случаях дробовые пули.

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 безопасности (рис.).

В 8-и случаях инородные тела находились непосредственно в полости пазухи, а в остальных случаях были извлечены больными до приема врача.

Всем больным проводили клинико-рентгенологические исследования в момент обращения.

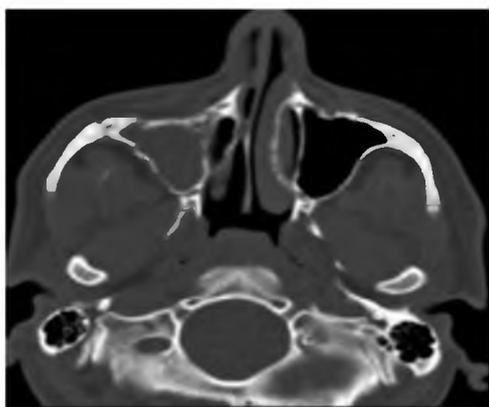


Рис. Сравнительная картина мультиспиральной компьютерной томографии-А и рентгенографии черепа в полуаксиальной проекции-Б при переломах скуловой кости с кровоизлиянием в гайморовой полости.

Под местной инфильтрационной и аппликационной анестезией производили первично хирургическую обработку ран.

Инородные тела были извлечены из пазухи при помощи зажимов через перфорационное отверстие, а при необходимости производили антротомию в подглазничной области.

Края костной раны сглаживали костными кушачками или борями, костные осколки удаляли из полости пазухи по ходу операции.

Полость верхнечелюстной пазухи промывали теплыми дезинфицирующими растворами 2-3 раза, до получения чистой жидкости.

Раны ушивали щелком узловыми швами.

Под инфильтрационной анестезией образовывали перфорационное отверстие в передней стенке гайморовой пазухи троакаром по переходной складке на уровне корней между первым и вторым премоляром на пораженной стороне, затем в полость вводили катетер-дренаж. Катетер-дренаж закрепляли к зубам верхней челюсти и оставляли на 2-3 суток.

Ежедневно полость пазухи промывали дезинфицирующими растворами через дренажную трубочку – теплыми растворами фурацилина или перманганата калия.

В полость пазух вводили антибиотики широкого спектра действия и ферментные препараты при отсутствии аллергии больного на эти препараты.

С первых дней поступления больным назначали капли в нос сосудосуживающими препаратами ежедневно по 2 капли на 3-5 дней.

Все больные получали профилактические прививки противостолбнячным анатоксином.

При поступлении больных скуловерхнечелюстными переломами проводили операцию репозиция скуловой кости крючком Лимберга и катетером дренировали полость пазухи по выше описанной методике.

Пострадавшим с сопутствующими закрытыми черепно-мозговыми травмами назначали соответствующее лечение с консультацией невропатолога.

Клинико-рентгенологическое наблюдение за больными проводили в течение 6 месяцев через каждые 2 месяца.

Результаты исследования и их обсуждения

В послеоперационном периоде жалобы больных на боль и слабость сохранялись в течение 3-4 суток. Отеки мягких тканей пораженной стороны проходили через 3-4 дня.

Из 12 больных с открытыми ранениями гайморовой пазухи у 10-х раны затянулись первичным натяжением.

У 2-х пациентов края раны разошлись на 4-е сутки и из раны отмечались сукровичные и гнойные выделения с резким запахом. Этим больным проведен активный диализ полости пазухи с теплым раствором фурацилина 2 раза в день и признаки гнойного воспаления на 4-6 сутки были ликвидированы.

Швы снимали на 7-9 сутки после операции.

На 15 сутки у одного больного отмечено появление признаков острого гайморита: чувства недомогания и озноба, головных болей, ощущения тяжести и переливания жидкости в голове с выделениями из носа. Этому пациенту было проведено повторное дренирование и промывания полости пазухи с применением антибиотиков и ферментов.

На 30 день после травмы контрольный осмотр проведен у 18 больных, которым проведены клинические и рентгенологические исследования.

Клинически у всех больных жалобы отсутствовали, отмечено свободное носовое дыхание в здоровой и пораженной стороне одинаково.

У одного больного рентгенологически выявлено пристеночные изменения слизистой пазухи в переднебоковой области на месте прободения костной стенки.

На контрольной обзорной рентгенографии черепа затылочно-подбородочной проекции полость пазух у 17 больных были прозрачными, костные стенки ровными, изменения слизистой не выявлены.

Через 6 месяцев после травмы клинико-рентгенологическое обследование проведено у 15 пациентов.

Больные особых жалоб не предъявляли. Функция носового дыхания и обоняния было в пределах нормы.

На контрольной обзорной рентгенографии черепа затылочно-подбородочной проекции полость пазух у 15 больных были прозрачными, костные стенки ровными, изменения слизистой не выявлены.

Таким образом, возможности мультиспиральной компьютерной томографии позволяют с большей достоверностью оценить особенности анатомического строения и изменения при травме альвеолярных отростков челюстей, выполнить детальную оценку окружающих структур челюстно-лицевой области, определить наличие инородных тел и гемосинуса, утолщение слизистой оболочки верхнечелюстных пазух. Местное применение катетера для дренирования при гемосинусе и введения в полость пазухи дезинфицирующих растворов и лекарственных препаратов способствует быстрой ликвидации последствий травмы пазухи тем самым, предотвращает развития дальнейших осложнений.

Литература

1. Безруков В.М., Рабухина Е.А., Григорьянц Л.А. и др. *Амбулаторная хирургическая стоматология. Руководство для врачей.* – М.: ООО Мединформгентство, 2002. – С. 45-46.
2. Бернадский Ю.И. *Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.* – Витебск, 1998. – С. 216-218.
3. Балин С.Н. *Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия.* – СПб., 1998. – С. 392-394.
4. Синева В.И. *Зависимость клиники одонтогенного гайморита от морфологических особенностей слизистой оболочки верхней челюсти.* Дис. канд. мед. наук. – М., 1980.
5. Александров Н.М., Аржанцев П.З. *Травмы челюстно-лицевой области.* – М.: Медицина, 1986. – С. 346-347.
6. Насыров В.А., Исламов И.М. *Риносинуситы. Методические рекомендации для врачей отоларингологов.* – Бишкек, 2001. – 19 с.
7. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. *Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух.* – Воронеж: Издательство ВГУ, 1991. – 184 с.
8. Сергеев М.М., Песчаный В.Г. *Травматические повреждения ЛОР органов мирного времени // Российская отоларингология.* – 2005. – №6. – С. 83-88