

Агаева Ш. А. К.

АНАЛИЗ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОСИНУСОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ПЕРЕЛОМОМ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Научный руководитель ассист. Велитченко А. Н.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Переломы костей средней зоны лица с вовлечением скуловой кости занимают третье место среди переломов лицевого отдела черепа после переломов костей носа и переломов нижней челюсти. Данный тип переломов в подавляющем большинстве случаев сопровождается гемосинусом, за исключением переломов скуловой дуги и закрытых переломов скуловой кости. Кровяные сгустки, находящиеся в верхнечелюстном синусе, могут служить субстратом для аккумуляции и размножения микроорганизмов, что может вызвать развитие воспалительного процесса – синусита.

Цель: изучить результаты данных клинического метода обследования и данных обследования методом конусно-лучевой компьютерной томографии пациентов с гемосинусом, ассоциированным с переломом скуло-орбитального комплекса, через 1 год и более после хирургического лечения.

Материалы и методы. Изучены данные 11 медицинских карт стационарных пациентов с диагнозом перелом скуло-орбитального комплекса, находившихся на лечении в отделении ЧЛХ № 1 11 ГКБ. Все 11 пациентов имели гемосинус разной степени выраженности, что выявлено на данных конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ). Всем пациентам назначена противовоспалительная терапия цефазолин 1,0 3 раза в сутки 7-10 дней, преднизолон 30 мг 2 раза в сутки 3 дня, кеторол 1,0 2 раза в сутки, нафазолин капли в нос 3 раза в сутки 5 дней, а также проведено хирургическое лечение: репозиция, открытый остеосинтез скуло-орбитального комплекса с фиксацией перелома в одной точке в области скулолобного шва.

Пациенты были обследованы клинически и методом КЛКТ через 1 год и более после операции.

Результаты и их обсуждение. Через 1 год и более клинически у 11 пациентов (100%) отмечали свободное носовое дыхание, не предъявляли жалоб на заложенность носа, отделяемое из носа, тяжесть в проекции верхнечелюстных синусов. Все пациенты были обследованы методом КЛКТ. На данных КЛКТ отмечалась следующая картина: у 9 пациентов (81,8%) верхнечелюстные синусы без признаков воспалительного процесса; у 1 пациента (9,1%) отмечалось утолщение слизистой оболочки верхнечелюстного синуса по дну, связанное с множественными очагами одонтогенной инфекции в области зубов на верхней челюсти соответствующей перелому стороне; у 1 пациента (9,1%) отмечалось утолщение слизистой оболочки верхнечелюстного синуса в области дна и передней стенки, а также свободнолежащий костный фрагмент размером около 3 мм.

Выводы. На основании данных клинического обследования и обследования методом КЛКТ пациентов с гемосинусом, ассоциированным с переломами скуло-орбитального комплекса выводы следующие:

1. Гемосинус разрешается самостоятельно, не вызывая воспалительного процесса в верхнечелюстном синусе у пациентов с переломами скуло-орбитального комплекса и не требует дополнительных манипуляций по дренированию и эвакуации кровяных сгустков из верхнечелюстного синуса.

2. При наличии одонтогенной инфекции после выписки пациента необходимо проведение санации полости рта для минимизации факторов возникновения воспаления в верхнечелюстном синусе.

3. При свободно лежащих фрагментах кости в просвете верхнечелюстного синуса необходимо их удаление во время проведения остеосинтеза.