

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СИНУСИТА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНО-ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО КОМПЛЕКСА

А. А. Курусь^{1,2}, Е. Б. Катинас^{1,3}, М. М. Соловьев³, С. А. Карпищенко¹

¹ *Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. И. П. Павлова, кафедра оториноларингологии с клиникой
(зав. каф. — проф. С. А. Карпищенко)*

² *Клиника высоких технологий «Белоостров», отделение оториноларингологии
(зав. отд. — А. А. Курусь)*

³ *Городская многопрофильная больница № 2, отделение челюстной-лицевой
хирургии (зав. отд. — М. М. Соловьев)*

e-mail: akurus@groupmms.ru

Перелом скуло-орбитально-верхнечелюстного комплекса по данным литературы является одним из наиболее часто встречающихся вариантов повреждения костей средней зоны лица. При данном переломе механизм травмы подразумевает вычленение скуловой кости из соединения с окружающими костными структурами и смещение её медиально и кзади в сторону верхнечелюстной пазухи. По данным разных авторов, повреждение стенок верхнечелюстной пазухи при скуло-орбитально-верхнечелюстном переломе может достигать 90 % наблюдений. В большинстве существующих отечественных и зарубежных руководств по диагностике и тактике лечения переломов лицевого скелета рекомендации ограничиваются оценкой целостности костных стенок верхнечелюстной пазухи с точки зрения восстановления эстетической функции лица. При этом состояние слизистой оболочки пазухи, наличие в ней патологического содержимого, её функционирование остаётся без внимания. Изложенные в литературе результаты ряда экспериментов подтверждают, что перелом костных стенок верхнечелюстной пазухи приводит к развитию острого верхнечелюстного синусита, который переходит в хроническую форму воспаления. Развитие посттравматического верхнечелюстного синусита может значительно увеличивать сроки консолидации костных отломков.

Возникающий отек слизистой оболочки уменьшает просвет соустья вплоть до полного блока, что помимо усугубления нарушения дренажной функции значительно ухудшает аэрацию пазухи. Скапливающаяся в пазухе кровь, подвергаясь гемолизу, становится питательной средой для риногенной микрофлоры и может, кроме того, дополнительно блокировать соустье. Примечательно, что любое хирургическое вмешательство, производимое на скуло-орбитально-верхнечелюстном комплексе, является дополнительной травмой для верхнечелюстной пазухи. При этом в процессе открытой репозиции возможна санация пазухи, что не происходит при закрытой одномоментной репозиции.

Цель исследования: оценить эффективность использования функциональной эндоскопической хирургии с целью улучшения дренажа и аэрации повреждённой верхнечелюстной пазухи и предотвращения посттравматического синусита после закрытой репозиции скуло-орбитально-верхнечелюстного комплекса.

Материалы и методы. Обследованы 20 пациентов с переломами скуло-орбитально-верхнечелюстного комплекса, которым выполнена одномоментная закрытая репозиция скуловой кости. По данным компьютерной томографии у всех пациентов имелся гемосинус — скопление крови в повреждённой верхнечелюстной пазухе. Больным произведён осмотр среднего носового хода и инфундибулотомия с расширением соустья пазухи с использованием ригидных эндоскопов диаметром 4мм и углом обзора 0 и 30 градусов.

Результаты. При эндовидеоскопическом осмотре среднего носового хода у 12 пациентов было обнаружено геморрагическое отделяемое в области естественного соустья. У 7 пациентов было обнаружено пролабирование отёчной слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи через соустье с формированием его блока. Осмотр пазухи через расширенное соустье эндоскопом с углом обзора 30 градусов показал наличие воспалительных изменений слизистой оболочки: отёк, расширенные полнокровные сосуды. У 18 пациентов из пазухи аспирированы крупные геморрагические сгустки. У 2 пациентов, которым эндоскопическое вмешательство выполнялось позднее 10 суток после травмы, содержимое пазухи носило гнойно-геморрагический характер.

В послеоперационный период пациенты получали дополнительно к назначенной ранее антибактериальной терапии деконгестанты и топические назальные кортикостероиды. У всех больных отмечалась температурная кривая с положительной динамикой и нормализацией температуры после санации пазухи. Сроки госпитализации сократились в среднем на 3 дня.

Выводы. Характерная картина obturации естественного соустья отёчной слизистой оболочкой верхнечелюстной пазухи наблюдалась в ранние сроки после травмы. Формирование такого клапана, препятствующего естественному оттоку содержимого и очищению пазухи, говорит о необходимости выполнения эндоскопического расширения естественного соустья в ранний посттравматический период. Устранение геморрагического содержимого, которое может служить питательной средой для бактериальной флоры, позволяет уменьшить риск воспалительных осложнений. Эндоскопическое расширение естественного соустья и коррекция аномалий остиомеатального комплекса в сочетании с традиционной инструментальной репозицией должно стать рутинным методом, который обеспечит благоприятный послеоперационный период и сокращение сроков госпитализации.