

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Семиколенова Н.А., Мосур Е.Ю., Бескровная Е.В., Тютюрев А.А. Анализ газового состава крови по спектрам поглощения. Медицинская физика, 2002, № 2 (14), с. 44-46.
2. Мосур Е.Ю. Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ "НемоSpectr" № 2001610571, Омский государственный университет (Россия). 17.05.2001.
3. Патент на изобретение. RU № 2141247. Выдан 20.11.1999г. Гольяпин В.В., Потуданская М.Г., Семиколенова Н.А., Терентьев С.А., Яковлев В.М. Способ диагностики функционального состояния кардиосистемы.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ
ПОВРЕЖДЕННОЙ ВЕРХНЕЙ СТЕНКИ
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ –
ВАЖНЕЙШИЙ ЭЛЕМЕНТ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПОСТРАДАВШИХ**

Волков А.Г.

*Ростовский государственный
медицинский университет,
Ростов-на-Дону*

Переломы верхней стенки верхнечелюстной пазухи нередко вызывают смещение глазного яблока в её просвет, что проявляется энофтальмом и диплопией, а позже – снижением зрения в поражённом глазу. Важность клинических признаков повреждений околоносовых пазух, таких как, подкожная эмфизема век, эмфизема глазницы, гемосинус, снижение прозрачности решётчатой пазухи на при рентгеновском исследовании, возрастает в случаях «взрывных» переломов, когда в результате удара по глазному яблоку резко возрастает давление внутри глазницы, что приводит к перелому, а иногда и к разрушению тонких костей дна глазницы (верхней стенки верхнечелюстной пазухи), нередко при отсутствии повреждений глазного яблока (А.С.Киселёв и соавт., 1997).

Для восстановления положения стенки пазухи и предотвращения смещения глазного яблока в её просвет хирурги используют синтетические материалы - силикон (K.Joughin et al., 1993), тефлон (A.E.Brown, P.Banks, 1993), биологические структуры - широкую фасцию бедра (R.L.Crumley et al., 1977), аутогенные ткани перегородки носа (R.A.Dailey, J.I.Cohen, 1995), надкостницу сосцевидного отростка (P.Dost, 1996), ткани сустава нижней челюсти (V.Krishnan et al., 1997), кость стенок верхнечелюстной пазухи (H.H.Lee et al., 1997), в последние годы - гидроксилатапатит (D.Li et al., 1996), сверхвысокомолекулярный полиэтилен и титановую сетку с напылённым биоситаллом (P.М.Николаев, 2000), пластины лактосорбида (G.Enislidis et al., 1997).

После хирургического восстановления стенки пазухи, пытаясь фиксировать транс- или имплантаты снизу V.Celikoz et al. (1997) ее просвет obtурировали катетером Foley, R.A.Dailey, J.I.Cohen (1995) заполняли аутокостью или хрящом, а P.Dost (1996) - твёрдой мозговой оболочкой или тканями перегородки носа.

В последние годы клиницисты стали использовать для пластики поврежденной структуры пазухи деминерализованные костные трансплантаты (ДКТ) (J.M.Neigel, P.O.Ruzicka, 1996; А.С.Киселёв и соавт., 1997). Лишенные минеральной основы ДКТ в послеоперационном периоде быстрее васкуляризируются в организме реципиента, стимулируют эндохондральный остеогенез и в очаге трансплантации замещаются новообразованной костной аутокостью (Ю.В.Зотов и соавт., 1998).

С помощью ДКТ в Ростовской ЛОР клинике с 1995 года проводится замещение различных костных дефектов лицевого скелета (А.Г.Волков, 2000).

Нами была предпринята попытка восстановления жесткости верхней стенки верхнечелюстной пазухи после ее перелома для восстановления позиций глазного яблока в орбите (А.Г.Волков, Н.И.Бастриков, 2001, 2003). Кроме того, одной из задач хирургического вмешательства становилось и восстановление дооперационного контура поврежденной орбиты (B.S.Biesman et al., 1996).

Вначале на секционном материале была разработана модель травматического повреждения верхней стенки верхнечелюстной пазухи и методика хирургического вмешательства.

В течение 1998-2004гг нами оперированы 14 пострадавших с переломами верхних стенок верхнечелюстных пазух в различные сроки (до 8 дней) с момента травмы. Разрез мягких тканей производили по нижнему краю орбиты до кости. Наиболее сложным, продолжительным и ответственным этапом вмешательства, была отслойка тарзоорбитальной фасции. После вскрытия полости орбиты проводили ревизию места перелома, часто для этой цели использовали эндоскопы фирмы Storz. Свободные костные обломки удаляли. Специальным шпателем и собственным приспособлением поднимали глазное яблоко и фиксировали его в орбите. Подготавливали фрагмент деминерализованного костного трансплантата, который должен был обладать значительной жесткостью и превышать размеры костного дефекта на 30-35%, его замачивали в теплом физиологическом растворе 40-50 мин. Трансплантат истончали по краям и придавали форму, позволяющую ввести его в полость орбиты, нередко используя данные А.П.Малецкого (1991). Затем трансплантат устанавливали в орбите, крайне редко - при необходимости фиксировали его к костным структурам. После извлечения фиксирующего шпателя глазное яблоко устанавливали в орбите, при этом его подвижность полностью сохранялась. Дренажи в ране не устанавливали. Мягкие ткани послойно ушивали наглухо. В послеоперационном периоде проводили консервативное лечение, включающее в себя антибактериальные, противовоспалительные и стимулирующие остеогенез, препараты, а также – иммуномодуляторы.

Наблюдение за группой оперированных больных в течение 6 лет не выявило осложнений, связанных с повреждением верхнечелюстной пазухи и глазного яблока.