

ВОССТАНОВЛЕНИЕ АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ ЛОБНЫХ ПАЗУХ ПОСЛЕ ИХ ВСКРЫТИЯ

Волков А.Г.
Ростов-на-Дону

Восстановление структур и физиологии лобных пазух после их экстраназального вскрытия - сложная многокомпонентная и многоэтапная проблема.

После санации пазухи необходимо решить крупные задачи послеоперационного периода для сохранения (или восстановления) их нарушенной физиологии и анатомии:

- обеспечение дренажа содержимого и аэрации пазухи за счет длительного функционирования лобно-носового соустья;
- восстановление костных структур оперируемой пазухи и близлежащих образований.

Сохранять ли естественный лобно-носовой канал или накладывать искусственное соустье для восстановления (или сохранения) длительно функционирующего дренажа пазухи? Во многом решение этой задачи зависит от объёма разрушенных структур пазухи травмой или опухолью, а самое главное - разрушения стенок лобно-носового канала. Важным моментом также является локализация разреза мягких тканей и место трепанации лицевой или орбитальной стенок, когда определяются пути экстра- или эндоназального формирования лобно-носового соустья. При осложнениях фронтитов, травматических повреждениях, удалении доброкачественных опухолей мы вскрываем лобную пазуху преимущественно через лицевую стенку, а соустье формируем эндоназальным путем. Массивные разрушения стенок лобно-носового канала вызывают необходимость для полноценного сообщения лобной пазухи с полостью носа применять собственную методику формирования соустья введением в него комбинированной дренажной трубки, состоящей из тканевого компонента и термопластического трубчатого проводника (А.Г. Волков, Н.А. Захарова, 2000; Н.А. Захарова, 2005).

В дальнейшем задачи пластики зависят от объёма разрушений костных стенок пазухи. Очень важным их элементом является выбор материала для закрытия костных дефектов. В последнее время нередко используют: гидроксилалатит (J. F. Honig, H.A. Merten, 1993), «Углекон-М» (А.М. Еловиков, 2001), титановые сетки с биоситалловым напылением (Р.М. Николаев, 1999; И.К. Батрак, И.Я. Аристова, 2000). Каждый из этих материалов обладает определенными достоинствами и недостатками (А.Г. Волков, 2005). Мы, как и ряд клиницистов (В.Н. Горбачевский и соавт., 1990; J.M. Neigel, P.O. Ruzicka, 1996), отдаём предпочтение деминерализованным костным трансплантатам (ДКТ). Этот материал обладает ценными данными для формирования трансплантатов, активно стимулирует остеогенез, а в отдалённом послеоперационном периоде замещается аутокостью. Такого эффекта нельзя получить от использования каких-либо других материалов при устранении дефектов костных структур.

При изолированных разрушениях лицевой стенки замещение костного дефекта не представляет особых

трудностей, которые появляются при значительных комбинированных разрушениях лицевой и орбитальной стенок. В этих случаях к остаткам стенок пазухи или близлежащим костным структурам мы фиксируем шовным материалом несколько пластин из ДКТ, формируя лобную пазуху как цельное анатомическое образование. Одновременно проводим пластику стенок лобно-носового соустья, используя как фрагменты ДКТ, так и костную муку из них (А.Г. Волков, Н.А. Волкова, 1999; Н.А. Захарова, 2005).

Очень сложной задачей является закрытие дефектов в мозговой стенке лобной пазухи. В литературе можно встретить единичные работы на эту тему, причём авторы проводят пластику с использованием коронарного разреза мягких тканей (J.M. Bertran Mendizabal et al., 1998). При небольшом дефекте кости мы закрываем его равным несколько большим по площади фрагментом ДКТ, при значительном – используем вводимый на тампонах нативный куриный яичный белок до формирования грануляционной ткани и элементов костной мозоли в местах стыка равно по форме и площади фрагмента ДКТ и остатков мозговой стенки (А.Г. Волков, 2000, 2001, 2003). Если костный дефект имеет сложную конфигурацию и значительную протяжённость, то применяем специальную технику закрытия, а в качестве трансплантата также используем ДКТ.

Наиболее тяжелой и трудно решаемой проблемой представляется формирование лобной пазухи при тотальном разрушении ее стенок как цельного анатомического и функционирующего образования. Разрушение всех стенок пазухи чаще всего происходит при наличии очень крупных остеом или тяжелой травме. При этом повреждаются и структуры лобно-носового канала. В этих сложных случаях, после тщательного анализа всех параметров послеоперационной ситуации, мы используем комбинацию материалов и приёмов, представленных в данной работе.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ТИПЫ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Воронина Л.П., Полунина О.С.,
Яценко М.К., Панцулая Г.Е., Уклистая Т.А.
*Астраханская государственная
медицинская академия,
Городская клиническая больница №2,
Астрахань*

При бронхиальной астме система микроциркуляции подвергается существенным изменениям. Исследованиями зарубежных и отечественных авторов убедительно доказано, что у больных с бронхиальной астмой микроциркуляторные расстройства выявляются еще при отсутствии клинических и инструментальных признаков нарушения легочно-сердечной гемодинамики и являются предикторами тяжелых осложнений.

Целью нашего исследования было установить клиничко-диагностическое значение исследований гемодинамических типов микроциркуляции у больных