

ПЕРЕЛОМЫ СТЕНОК ЛОБНЫХ ПАЗУХ, ОСОБЕННОСТИ ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВИЗИИ И ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ

Волков А.Г.

Ростовский государственный медицинский университет

Ростов-на-Дону, Россия

По нашим данным, количество пострадавших с переломами стенок лобных пазух растет, так, если за 1995 год в ЛОР клинику РостГМУ поступило 7 человек с указанной патологией, за 2004 – 45, за 2007 – 38.

При переломах имеется несколько вариантов расположения обломков стенок лобных пазух: 1) свободно лежащие в просвете пазухи; 2) фиксированные на слизистой оболочке надкостнице и отделенные друг от друга и соседних участков кости; 3) фиксированные на слизистой оболочке, имеющие связь с другими участками кости и при их сопоставлении - составляющие единую структуру кости, разделенную лишь линиями перелома; 4) сочетания указанных вариантов.

Обязательным элементом лечения считаем хирургическую ревизию поврежденной лобной пазухи (Волков А.Г., Гюсан А.О., 2006, 2007) с последующей пластикой костных дефектов. Это вмешательство может быть отсрочено на 3-8 дней в зависимости от тяжести состояния пострадавшего и наличия сочетанных травм.

Мы провели анализ историй болезни 92 пострадавших, оперированных и пролеченных нами за 1995-2008гг. Всегда, при переломах стенок лобных пазух, мы стараемся оперировать больных доступом через лицевую стенку поврежденной (или более поврежденной - при двустороннем процессе) лобной пазухи (Portmann G., 1951), что позволяет иметь более широкий обзор операционного поля и устья лобно-носового канала, уменьшать степень повреждения тканей и создавать хорошие предпосылки для пластики костного дефекта и формирования благоприятного косметического эффекта. Только в случаях открытых переломов стенок лобных пазух (7,6%) мы приспособивали форму мягкотканного доступа в просвет поврежденной лобной пазухи к форме имеющихся повреждений тканей. Практически всегда (у 90 из 92 больных – 97,8%) в просвете пазухи имелся гемосинус в виде свежей крови, обнаруживаемой во время ранней ревизии пазухи или кровяные сгустки различного срока давности – при отсроченном вмешательстве. После удаления мелких, свободно лежащих отломков, тщательно промывали просвет пазухи, исследовали степень проходимости лобно-носового канала и приступали к закрытию костного дефекта. Способы фиксации во многом зависят от вариантов расположения, фиксации и величины обломков. Иногда крупные обломки фиксируем различными способами к краям неизмененных стенок пазух или костным образованиям за их пределами. В случаях, когда крупные обломки расположены вблизи друг друга, проводим их скрепление проволокой или никелида титана, возможно - викрилом после формирования каналов в их краевых отделах с помощью фрез или специальных пробойников. В некоторых случаях фиксацию обломков проводим с использованием фигурных фрагментов из деминерализованных костных трансплантатов (ДКТ) в виде «грибков». Чаще всего такой способ фиксации используется при переломах задней стенки пазухи.

Такие варианты фиксации невозможны при мелкооскольчатых переломах и в таких случаях мы проводим двухэтапное вмешательство – во время первого этапа сопоставляем и скрепляем (или фиксируем обломки без скрепления) фрагменты собственной кости больного с ДКТ, затем проводим тугую фиксирующую тампонаду полости пазухи куриным яичным белком (нативным или в пропорции 1:4 с теплым физиологическим раствором) (Волков А.Г., 1989, 2000). После значительного уменьшения подвижности обломков проводим второй этап пластики – закрытие костного дефекта пластиной из ДКТ и наложение послойного шва на мягкие ткани.

Если не удастся провести закрытие костного дефекта одним фрагментом ДКТ, используем несколько вариантов пластики – «черепицей», укладываемыми послойно несколькими фрагментами или «разнорядным строем».

Вся группа больных наблюдалась после операций в пределах 10 лет. За это время каких-либо осложнений в виде острых или хронических воспалительных процессов не отмечено. Смещения трансплантатов в раннем послеоперационном периоде не отмечалось, аутоостеогенез развивался адекватно возрастным категориям. В отдаленном послеоперационном периоде ни у одного больного не отмечалось косметической деформации оперированного региона в соответствии, что укладывается в принципы воздействия индуцированного белка имплантированных ДКТ на близлежащие ткани, и позволяет считать косметические и функциональные последствия наших вмешательств положительными.