

Мальцев С.А.

Изучение комплексного использования минидоступа в сочетании с аргонусиленной коагуляцией при лечении больных с повреждениями лицевого черепа

Центр неотложной отоларингологии МУ ЦГКБ № 23, г. Екатеринбург

Maltsev S.A.

Studying of complex use of miniaaccess in the combination with strengthened by argon coagulation at treatment of patients with damages of the obverse skull

Резюме

Всего за 2008-2010 г.г. было прооперировано 56 больных из минидоступа. При наличии проникающего ранения (13 %) в полость носа произведена ревизия полости носа и удаление инородных тел и костных фрагментов в полном объеме. Применение минимально инвазивного операционного доступа и аргонусиленной коагуляции (аппарат ЭХВЧ а-140-04 «Фотек»-ЕА142 г. Екатеринбург) позволило произвести ревизию лобных пазух при ранении и в случае необходимости сформировать лобно-носовую канал для дренирования синуса.

Ключевые слова: Лицевой череп, повреждения, минимально инвазивный операционный доступ, аргонусиленная коагуляция

Summary

In total for 2008-2010 г.г. was treat 56 patients from miniaaccess. At presence of penetrating wound (13 %) in a cavity of a nose audit of a cavity of a nose and removal of alien bodies and bone fragments in full is made. Application of minimal invasive operational access has allowed to make audit of frontal bosoms at wound and in case of need to generate fronto-nasal channel for drenage a sine.

Keywords: Obverse skull, damages, it is minimum invasive operational access, strengthened by argon coagulation

Введение

Повреждения лицевого черепа составляют до 34 % в структуре всех краниофациальных травм [1]. На долю поврежденных верхнечелюстных пазух, лобных пазух, мягких тканей средней и боковой зон лица (СБЗЛЧ) приходится более половины всех травм [2]. Данный вид повреждений чаще наблюдается среди мужчин трудоспособного возраста. Нередко травмы этой локализации приводят к стойкой утрате трудоспособности. Из наиболее распространенных сопутствующих, осложняющих течение поврежденных СБЗЛЧ являются следующие: острый гнойный сфеноидит – 21 %, гнойный этмоидит – 15,2 %, фронтит – 10 %, гайморит – 9 %, остеомиелит – 25,8 %, нагноение мягких тканей – 20 % случаев [3]. Они касаются лиц зрелого и молодого возраста, ограничивая их трудоспособность и снижая качество жизни. Следует отметить, что по нашим данным в 95 % случаев повреждения СБЗЛЧ сопровождаются носовым кровотечением.

Основным методом лечения повреждений СБЗЛЧ является традиционный хирургический метод, основанный на ревизии раны при первичной хирургической об-

работке, системной антибиотикотерапии и дренировании синусов [4]. Однако при традиционном подходе к лечению поврежденных данной локализации не всегда удается достичь стойкой ремиссии заболевания и полного восстановления функции. В случаях, когда не удается достичь положительного результата, применяют методы пластики местными тканями, микроэндоскопическое восстановление структуры носовых ходов, дополняемое пересадкой на раневую поверхность аллофибробластов.

Классические оперативные вмешательства из больших доступов с широким открытием раневого канала и наружного вскрытия лобной и верхнечелюстной пазух требуют длительного восстановительного периода и нередко сопровождаются значительным кровотечением, развитием невралгий тройничного нерва, формированием рубцов и косметических дефектов [3]. Следствием этого является удлинение восстановительного периода, высокий процент послеоперационных осложнений – до 23 %.

Применение видеоассистированной эндоскопии и специального инструментария для проведения аргонусиленной коагуляции тканей (аппарат ЭХВЧ а-140-04 «Фо-

тек» - EA142) позволяет достичь минимальной травматизации тканей, осуществлять разнообразные хирургические манипуляции, работать на «сухом» операционном поле.

Однако эти методики имеют недостатки, которые в настоящее время трудно или невозможно преодолеть: затруднен или невозможен доступ или обзор некоторых глубоких отделов полости носа и придаточных синусов, проблематичны манипуляции с аргоновым апликатором и эндоскопом в узком раневом канале, трудности работы при наличии спаечного процесса, в условиях гнойного пансинусита. Необходимо также отметить, что дороговизна и уникальность эндоскопической методики препятствуют ее широкому применению и повсеместному внедрению.

Эти недостатки существующих способов обуславливают необходимость разработки новых технологий, сохраняющих преимущества и устраняющих недостатки обоих направлений в хирургии СБЗЛЧ.

Цель исследования - улучшить результаты оперативного лечения больных с повреждениями и заболеваниями СБЗЛЧ на основе разработки инструментария и технологий операций на средней зоне лица из малого доступа (МИОД) в сочетании с аргоноплазменной коагуляцией тканей.

Материалы и методы

1. Кольцо-обойма, изогнутое в сагиттальной плоскости под углом 120°;
2. Лопатки широкие для ран значительных размеров;
3. Лопатки с острой зубчатой кромкой для расширения раны в верхнем и нижнем полюсе;
4. Узкие лопатки, для работы в ранах малого размера или как вспомогательные;
5. Источник света со световодом, который может крепиться на любой из лопаток в зависимости от того, где необходимо работать хирургу в данный момент операции;
6. Зеркало-упор;
7. Инструменты из стандартного хирургического набора (скальпель, хирургические пинцеты, крючки Фарабефа, зажимы Кохера и т. д.);
8. Микроинструмент из эндоскопического набора (щипцы Блэксли и Брюнинга, окончатые щипцы, аспиратор-ирригатор);
9. Миниатюрная высокоскоростная хирургическая фреза с набором круглых, фиссурных и алмазных боров;
10. Аппарат ЭХВЧ-140-04 «Фотек» - EA142 (г. Екатеринбург).

Всего за 2008-2010 г.г. было прооперировано 56 больных из минидоступа. Из них со свежими повреждениями - 39 пациентов. Остальная группа была представлена больными с несвежими и застарелыми травмами повреждениями СБЗЛЧ. В том числе, основную долю составили случаи сочетанных повреждений СБЗЛЧ. Чаще были представлены повреждения наружного носа - 25

%, лобных синусов - 12 %, верхнечелюстных синусов - 9 %, височной кости - 16 % случаев, повреждения мягких тканей - 37,3 %. При открытых повреждениях наружного носа (11 %) из минидоступа произведена ревизия раны. Следует отметить, что применение аргоновой плазмы и аппликаторов длиной 15-20 см. позволило контролировать кровотечение в ране на значительной глубине.

При наличии проникающего ранения (13 %) в полость носа произведена ревизия полости носа и удаление инородных тел и костных фрагментов в полном объеме. Применение МИОД и Аргоноусиленной коагуляции позволило произвести ревизию лобных пазух при ранении и в случае необходимости сформировать лобно-носовую канал для дренирования синуса. Применение Аргоноусиленной коагуляции дает возможность бескровно рассекать ткани, что сокращает время операции.

Вычислительные процедуры обработки первичных данных реализованы в виде программного комплекса «Statistika V5» в среде Windows XP.

Результаты и обсуждение

Малозффективные методы фиксации при лечении многооскольчатых нестабильных переломов костей носа из минидоступа с использованием традиционной марлевой мази-вой тампонады и гипсовой повязки явились причиной поиска более эффективных методов иммобилизации костей носа. В лечении 24 пациентов нами была использована новая методика наружной фиксации с применением полимерной быстротвердеющей повязки «Скотч Каст» и внутренней фиксации с помощью турунды, пропитанной восковой композицией с добавлением антисептика 1% ксероформа, которая показала свою высокую эффективность в сочетании с МИОД и аргоноплазменной коагуляцией.

Одной из проблем, возникающих при повреждениях носа и СБЗЛЧ, является утрата носового дыхания. При традиционной риносептопластике используется деформированный хрящ перегородки, который, несмотря на проведенное моделирование, не давал хороших функциональных результатов. Нами у 15 пациентов была применена новая методика минидоступа с использованием аутохряща приготовленного с помощью пресса, что позволило не только достичь хороших функциональных результатов, но и получить хороший косметический эффект (патент на полезную модель №58026 от 10.11.2006).

В связи с ростом числа посттравматических деформаций наружного носа с рубцовыми изменениями в полости носа и нарушением носового дыхания при повреждениях СБЗЛЧ, нами была предложена и проведена у 9 пациентов модификация пластики перегородки носа из минидоступа. В традиционной хирургии практиковалась операция подслизистой резекции перегородки носа и рассечение синехий в полости носа. При этом в послеоперационном периоде наблюдалось большое количество осложнений - от 6 до 24% случаев: перфорация носовой перегородки, ее флотация, субатрофия слизистой оболочки. Нами была разработана методика «парциальной сегтум-мобилизации» с использованием МИОД, по-

Широкое применение минидоступных операций на существующем этапе развития Российской хирургии является не только востребованным, но и приоритетным для здравоохранения, несет значительные положительные медицинские, экономические и эстетические эффекты. При этом одновременно решается ряд очень серьезных вопросов: существенное сокращение тяжести переносимых операций и обусловленное этим снижение послеоперационных осложнений и летальности, сокращение периода нахождения пациентов в

стационаре, решение в связи с этим проблемы нозокомиальной инфекции, уменьшение длительности нетрудоспособности оперированных больных и ускорение их валидации. ■

Мальцев С. А. - к.м.н., заведующий Центром неотложной отоларингологии МУ ЦГКБ № 23, 620017, г. Екатеринбург, ул. Ст. большевиков, 9, тел.: 8(912)6303772, e-mail: lach@isnet.ru

Литература:

1. Медведев Ю.А. Сочетанные травмы средней зоны лицевого черепа: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Омск, 1992. – 47с.
2. Швырков М.Б., Буренков Г.И., Деменков В.Р. Огнестрельные ранения лица, лор-органов и шеи. – М.: Медицина, 2001. – 397с.
3. Лукьяненко А.В. Ранения лица. – М.: Медицинская книга, 2003. – 165с.
4. Травмы мягких тканей и костей лица / А.Г. Шаргородский и др. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 384с.