

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛАСТИКОВОГО СТЕНТА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОСВЕТА НОСОВОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ НОСА**

*Каф. оториноларингологии (зав. – Засл. деятель науки и техники Украины, проф. С.К. Боечко) ФИПО Донецкого нац. мед. ун-та им. М. Горького (ректор – чл.-кор. НАМН Украины, проф. Ю.В. Думанский) и КМУ «Клиническая Рудничная больница» г. Макеевки (гл. врач – О.М. Таушан)*

Травмы носа в мирное время встречаются довольно часто и являются не только медицинской, но и социально-экономической проблемой, так как большинство пострадавших составляют лица трудоспособного возраста [1]. Последствия травмы всегда зависят от травмирующего агента, механизма травмы и тяжести состояния пострадавшего [8]. Своевременное проведение репозиции костей носа служит профилактикой посттравматических дефектов и деформаций носа [5]. Этот факт необходимо учитывать при оказании помощи больным с сочетанными повреждениями костей носа [3, 7].

У пострадавших с сочетанными повреждениями носа всегда отмечается носовое кровотечение. С целью его остановки обычно прибегают к передней тампонаде носа. Некоторые авторы при сочетанных повреждениях головного мозга и переломах костей носа, если пациенты находятся в сознании, проводят одновременно репозицию костей носа и тампонаду полости носа [2].

Результаты лечения лиц с сочетанными травмами лицевого скелета свидетельствуют о высоком проценте неудовлетворительной реабилитации [6].

Основной задачей врача при оказании первой медицинской помощи больным с сочетанной травмой является остановка кровотечения и стабилизация показателей жизненно важных органов. При этом восстановление анатомии и эстетики лица зачастую остаётся на втором плане.

Методики восстановления анатомической целостности костей носа и сохранения

его функций при оказании первой медицинской помощи в ранние сроки после травмы всегда были и остаются предметом дискуссий среди специалистов [4].

Традиционным отечественным методом пластики носа является ринопластика, предложенная Ф.М.Хитровым в 1949 г. Автор предлагал через 7-10 суток после операции с целью правильного формирования носового хода и крыльев носа, а также для восстановления носового дыхания заменять тампоны полыми пластмассовыми вкладышами.

Подобную методику можно успешно использовать при оказании помощи пациентам с травмами носа.

### ***Приводим собственное наблюдение.***

Больной О., 30 лет, история болезни № 1191, был доставлен в реанимационное отделение Клинической Рудничной больницы бригадой скорой помощи 19.01.2012 г. в 17.50 ч после дорожно-транспортного происшествия.

Из анамнеза выяснено, что пациент был сбит легковым автомобилем 19.01.2012 г. в 17 ч 30 мин.

При поступлении состояние пострадавшего средней тяжести. В реанимационном отделении больной был консультирован реаниматологом, челюстно-лицевым хирургом, травматологом, хирургом, нейрохирургом и окулистом. Установлено, что имела место комбинированная травма тела: закрытая черепно-мозговая травма, ушибленные раны головы; тупая травма живота; открытый перелом левой голени; перелом

костей таза; перелом 2, 3 и 4-го рёбер справа; вдавленный перелом скуловой дуги слева; открытый перелом костей носа со смещением.

Результаты обследований: содержание алкоголя в крови – 2,43 ‰; общий анализ крови от 19.01.12 г.: Ht – 0,35; Hb – 105 г/л, эр. – 3,2 Т/л, л. – 5,5 Г/л; п. – 9, с. – 68; эоз. – 16; мон. – 6; СОЭ – 5 мм/ч.

Биохимический анализ крови от 19.01.12 г.: белок – 70,4 г/л, креатинин – 95,9 мкмоль/л, мочевины – 7,5 ммоль/л, билирубин – 17,7 (3,9) мкмоль/л, АлАТ – 1,13 Ед/л, АсАТ – 0,63 Ед/л.

Анализ крови на сахар от 19.01.12 г. – 4,8 ммоль/л.

Анализ мочи от 19.01.12 г.: белка, сахар нет, эпителий – небольшое количество, лейкоциты – 1-4 в поле зрения.

СКТ головного мозга: множественные переломы костей носа, вдавленный перелом левой скуловой дуги.

При осмотре пострадавшего отоларингологом выявлена обширная глубокая ушибленная рана на лице – от правого нижнего века до левого глаза через спинку носа с отрывом наружного носа и носовой перегородки и разрушением внутриносовых структур.

19.01.2012 г. под местной анестезией лидокаином и ультракаином была произведена первичная хирургическая обработка раны носа. Во время операции были удалены секвестрированные, свободно лежащие в ране костные отломки и обрывки тканей. Края раны были сопоставлены, а рана ушита наглухо.

Ввиду имевшей место выраженной девиации переднего отдела носовой перегородки в зоне перелома четырёхугольного хряща полость носа после смещения носовой перегородки элеватором вправо и редрессации костных отломков была туго тампонирована.

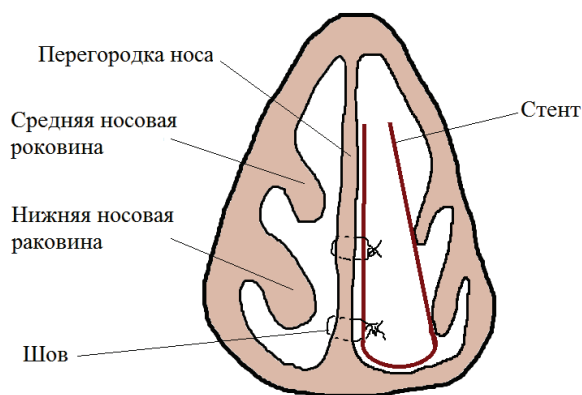
21.01.2012 г. произведено удаление тампонов. Носовое дыхание через левую половину полости носа практически отсутствует. Выполнена повторная тугая тампонада левой половины полости носа.

При осмотре пациента 23.01.2012 г. обнаружено, что сохраняется девиация переднего края носовой перегородки влево в

средних отделах. Носовое дыхание через левую половину полости носа отсутствует.

В связи с этим, а также учитывая прогностически длительный репаративный период, у больного было выполнено стентирование левой половины полости носа U-образным стентом из упругого пластика по форме, моделирующей общий носовой ход.

Импровизированный стент был изготовлен из свёрнутой полоски шириной примерно 5,0 см, вырезанной из пустого флакона из-под метрогила. После укладывания его в полость носа и срезания выступающих частей, стент имел высоту до 2,5 см (рисунок).



Схематическое изображение расположения стента в полости носа

С целью иммобилизации внутриносовых структур стент был фиксирован к переднему краю носовой перегородки двумя сквозными шёлковыми швами. При этом носовое дыхание через просвет стента было свободным, кровотечение отсутствовало, и тампонада не требовалась.

Послеоперационный период у пациента протекал гладко. На 14-е сутки стент из носового хода был удалён. Реактивные явления в полости носа слабо выражены, носовое дыхание – удовлетворительное. Послеоперационное наблюдение в течение 3 недель не выявило тенденции к формированию синехий и сужению сформированного общего носового хода.

Данное наблюдение представляет интерес для практических врачей как удачный пример формирования просвета полости носа с помощью стента после сложной сочетанной травмы носа.

1. Бешапочный С.Б. Разработка и теоретическое обоснование методов диагностики и лечения переломов костей носа и стенок околоносовых пазух: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.– К., 1984.– 36 с.
2. Боймурадов Ш.А. Сравнительный анализ результатов лечения больных с сочетанными травмами костей носа и повреждениями головного мозга // Рос. оториноларингология.– 2009.– № 3 (40).– С. 32-36.
3. Коношков А.С., Летагин К.В. Возможности диагностики острых травм носа // Рос. оториноларингология. – 2011. – №1 (50). – С. 92-96.
4. Неробеев А.И. Пластическая и реконструктивная хирургия. Понятие, задачи, достижения, нерешенные вопросы // Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области: Руководство для врачей / Под ред. проф. А.И. Неробеева и проф. Н.А. Плотникова.– М.: Медицина, 1997.– С. 5-18.
5. Николаев М.П. О тактике лечения травм лицевого скелета // Вестн. оториноларингологии.– 1999.– № 1.– С. 28-30.
6. Русецкий Ю.Ю. Функциональные и эстетические аспекты диагностики и реконструктивно-хирургического лечения свежих травм наружного носа: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.– М., 2009.– 36 с.
7. Рыбалкин С.В. Современные методы диагностики и особенности тактики хирургического лечения переломов костей носа у детей: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.– М., 2005.– 40 с.
8. Суриков Е.В., Иванец И.В. Клинико-анатомическая характеристика травм носа // Вестн. оториноларингологии. – 2009. – №5.– С. 30-32.

Поступила в редакцию 29.10.12.

© В.Н. Гинькут, М.В. Болтонос, 2012