

ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

В. А. Булкин

Кафедра госпитальной хирургии (зав.—заслуж. деят. науки РСФСР проф. Г. Н. Захарова) Саратовского медицинского института

Реферат. При лечении 54 больных с тяжелыми воспалительными процессами челюстно-лицевой области применен метод длительной катетеризации наружной сонной артерии через одну из ее ветвей для введения антибиотиков и антикоагулянтов. Полученные результаты позволяют рекомендовать данную методику для широкого клинического применения в комплексе интенсивной терапии гнойных процессов лица.

Ключевые слова: челюстно-лицевая область, воспаление, антибиотики, гепарин, внутриартериальная инфузия.

1 иллюстрация. Библиография: 1 название.

В 1976—1979 гг. нами произведена катетеризация наружной сонной артерии для введения антибактериальных средств и антикоагулянтов у 54 больных с тяжелыми воспалительными процессами челюстно-лицевой области, в том числе у 32 с флегмоны, у 6 с карбункулом верхней губы и у 16 с остеомиелитом челюстей. Зону распределения вводимого вещества контролировали с помощью ангиографического исследования или введения 0,5% раствора метиленовой сини. В зависимости от тяжести состояния больного и необходимой длительности курса внутриартериального введения лекарственных средств катетер в просвете сосуда находился от 6 до 14 сут; каких-либо осложнений при этом мы не отметили.

Методика катетеризации заключается в следующем. Кпереди от козелка уха на 1,0—1,5 см делают разрез. Выделяют участок поверхностной височной артерии, надсекают ее проксимальнее наложенной лигатуры, в просвет артерии вводят катетер и ретроградно продвигают на 9,5—10 см от верхнего края скуловой дуги, что позволяет достичь уровня отхождения язычной артерии. При доступе через лицевую артерию катетер продвигают на 5—6 см от нижнего края нижней челюсти и фиксируют с помощью 2—3 кетгутовых лигатур (С. А. Гаспарян и соавт., 1970). Мы, пользуясь этим методом, закрепляем на конце катетера изготовленный нами клапан-замок, который между фракционными введениями лекарственных веществ заполняется раствором гепарина. Клапан прикрепляем к коже лба лейкопластырем (см. рис.).

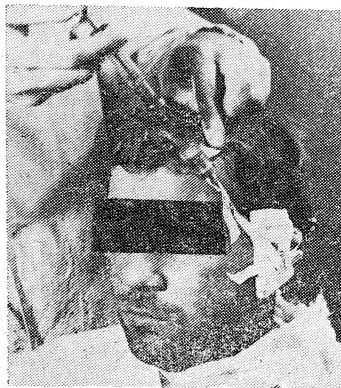
Применялся преимущественно фракционный метод введения препаратов, так как постоянная инфузия приковывает больного к постели на длительное время и требует поднимания флаконов с растворами на значительную высоту (2,5—3,0 м) или использования специальных аппаратов.

Антибиотики для внутриартериального введения мы выбирали с учетом чувствительности к ним микрофлоры из очага воспаления. У 30 больных был выделен гемолитический патогенный стафилококк, у 12 — смешанная микрофлора и у 8 — зеленящий стрептококк; у 4 посевов гноя не дал роста. Наиболее часто микрофлора была чувствительна к мономицину (у 31 больного), реже всего — к пенициллину (у 16).

У всех больных при поступлении в отделение обнаруживалась гиперкоагулемия. Поэтому одновременно с антибиотиками им вводили внутриартериально гепарин по 5000 ЕД от 2 до 4 раз в сутки, в зависимости от тяжести заболевания, индивидуальной чувствительности и состояния свертывающей системы крови. Кроме того, назначали общеукрепляющие, десинтоксикационные, десенсибилизирующие средства.

У больных быстро наступало ограничение воспалительного процесса, уменьшалось, а затем исчезало гнойное отделяемое, улучшалось общее состояние, снижалась температура, нормализовались показатели крови и гемостаза. Срок пребывания больных в стационаре при лечении посредством внутриартериального введения лекарств был меньше, чем при лечении традиционными методами.

Таким образом, введение лекарственных веществ непосредственно в наружную сонную артерию через ретроградно заведенный катетер дает выраженный эффект. Простота операции — катетеризации наружной сонной артерии через одну из ее вет-



вей — позволяет рекомендовать данную методику для широкого клинического применения при тяжелых воспалительных процессах челюстно-лицевой области.

ЛИТЕРАТУРА

Гаспарян С. А., Островерхов Г. Е., Трапезников Н. Н. Регионарная длительная внутриартериальная химиотерапия злокачественных опухолей. М., Медицина, 1970.

Поступила 27 февраля 1979 г.

УДК 616.21—06:616.714/716—191

РИНОГЕННЫЕ ОРБИТАЛЬНЫЕ И ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Е. В. Петушков

Кафедра оториноларингологии (зав.—проф. Л. Г. Сватко) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. На основании анализа архивного клинического материала представлены данные о частоте и характере риногенных осложнений. Описаны особенности хирургического лечения, рассмотрены причины летальных исходов.

Ключевые слова: синуситы, риногенные орбитальные и внутричерепные осложнения.

2 таблицы.

В целях сопоставления нами изучены архивные материалы ЛОР-клиники, касающиеся риногенных осложнений, за период, когда антибиотики только начинали применяться в клинической практике и были высокоэффективны. С 1946 по 1955 г. было госпитализировано 9986 больных. Из них только воспалительные заболевания придаточных пазух носа были у 1551 человека. Больных с риногенными орбитальными осложнениями было 122, с риногенными внутричерепными осложнениями — 11.

Группа больных с орбитальными осложнениями состояла из 54 мужчин, 51 женщины и 17 детей, из которых 11 были старше 10 лет. Большинство мужчин (45) были в возрасте до 40 лет, то есть относились к основному трудоспособному контингенту. У женщин половина (25) составляла возрастную группу от 41 до 60 лет. Самому младшему из больных с орбитальными осложнениями было 2 года, а самому старшему — 75 лет.

Среди орбитальных осложнений чаще всего встречались орбитальные свищи, периоститы, субпериостальные абсцессы, мукоцеле и пиоцеле (табл. 1). Необходимо отметить, что все больные с флегмоной орбиты и ретробульбарным абсцессом были взрослыми.

Острый процесс в пазухах был причиной орбитальных осложнений у 10 больных, в том числе у 4 детей. Хронические синуситы в стадии обострения вызвали орбитальные осложнения у 112 больных, из них детей — 13. Имеется явное преобладание больных с хроническим воспалительным процессом в пазухах.

Вовлечение в воспалительный процесс одной пазухи было у 36 больных, а сочетанные поражения — у 85. Среди сочетанных поражений гемисинусит наблюдался у 29 больных. Из 36 больных с моносинуситами лобная пазуха была поражена у 27. Поражение лобной пазухи вызвало наибольшее количество орбитальных осложнений. Из 14 больных мукоцеле было у 5, пиоцеле — у 6, киста клеток решетчатого лабиринта — у 3.

106 больных с орбитальными осложнениями подверглись оперативному вмешательству, 6 отказались от операции. Консервативное лечение проведено 10 больным. 6 пациентов прооперированы срочно, 46 — на 2—3-й день поступления и 54 — в плановом порядке. Таким образом, половина больных была прооперирована в первые три дня от момента поступления. Среди 6 больных, подвергшихся срочным операциям, у 2 оказалась флегмона орбиты и у 4 субпериостальный абсцесс. У 5 из них в пазухах был хронический воспалительный процесс.

Таблица 1

Характер орбитальных осложнений

Осложнения	Число больных
Реактивный отек век и клетчатки глазницы	5
Диффузный негноевой отек клетчатки глазницы	4
Периостит стенок орбиты	27
Субпериостальный абсцесс	15
Свищ орбитальный	51
Флегмона орбиты	5
Ретробульбарный абсцесс орбиты	1
Мукоцеле и пиоцеле	14
Итого	122