

УДК: 617.78-001.5-089.844

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ



**Шомуродов К.Э.,
Курьязова З.Х.,
Исомов М.М.,
Мукимов И.И.,
Файзиев Б.Р.**

**Ташкентский государственный
стоматологический институт, Узбекистан**

Несмотря на значительные успехи челюстно-лицевой хирургии, реабилитация пациентов с переломами дна орбиты представляет одну из актуальных проблем современной хирургии и офтальмологии. В структуре черепно-мозговых травм переломы нижней стенки орбиты составляют 7,9% [4].

Одной из главных проблем переломов нижней стенок глазницы является энофтальм глазного яблока, сопровождающийся резким ограничением движения глазного яблока. Обычно причиной ограничения движения является интерпозиция глазничной клетчатки и прободение в гайморову пазуху, с последующим частичным или полным снижением функции зрительного анализатора, приводящего к инвалидизации. По данным

Б.Л. Поляка (1972), при травме вышеуказанной локализации повреждения зрительного анализатора встречаются в 57% случаев [8].

Проблемой хирургического лечения травм нижней стенки глазницы в челюстно-лицевой хирургии детально начали заниматься немногим более 20 лет назад, хотя отдельные работы встречались и ранее. Среди публикаций по данной тематике мы можем отметить исследования М. Kraus (2001), А. Castellani (2002), С. W. Hughes (2003), М. Yilmaz (2007) [12, 14, 15, 17]. Помимо этого весьма интересные сведения, посвящённые вопросам диагностики и лечения переломов данной локализации, изложены в трудах В.А. Бельченко (1988), В.А. Стучилова (1988), Ю.А. Медведева (1984, 1992), Ф.Т. Темерханова (2000) [1, 5, 6, 10, 11].

Основной целью хирургического лечения переломов нижней стенки глазницы является восстановление ее анатомической целостности и функционального совершенства, что достигается либо репозицией и удержанием отломков в правильном положении, либо путем замещения костного изъяна с использованием трансплантатов.

В отдельную группу выделяют, так называемые «взрывные» (blow-out) или изолированные переломы (J.M. Converse, B. Smith 1956) [13], когда в результате удара по глазному яблоку резко возрастает давление внутри глазницы, что приводит к повреждению тонкой нижней стенки. При этом глазное яблоко может оставаться неповрежденным (С.Н. Бессонов, 2001) [2].

Экспериментальные исследования показали, что переломы, обусловленные волнообразной деформацией, ограничиваются передней половиной внутренней части дна орбиты, не распространяются на медиальную стенку, и не сопровождаются ущемлением мягких тканей.

Использование традиционного рентгенологического обследования не дает информации о состоянии глубоких отделов глазницы, нижней группы экстраокулярных мышц, невозможно определить дислокацию глазного яблока. В связи с этим, компьютерная томография стала неотъемлемой частью диагностического исследования. На необходимость обязательного проведения компьютерной томографии всем пациентам с травмой данной локализации указывали Е.К. Колесникова (1995) [3]; S.H. Miller (1972) [16], Н.А. Рабухина (2006) [9].

Цель исследования: совершенствование хирургического лечения переломов дна орбиты с использованием аутохрящевых блока, не разрушая цельности ребра и коллагеновой мембраны детей.

Материал и методы

В отделение детской челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского государственного стоматологического института, за период 2012-2017 годы поступило 12 больных с данной патологией. Возраст пациентов составил от 8 до 17 лет. Нами проводились 12 операции по предложенной методике. Данный способ отличается легкостью исполнения и по техническим характеристикам оправдывает себя при анатомо-функциональном восстановлении поврежденной зоны лица, обеспечивая хорошие эстетические результаты.

В послеоперационном периоде нами была проведена антибактериальная и общеукрепляющая терапия. Через 2-3 недели после операции и далее в течение 3 месяцев была рекомендована физиотерапевтическое лечение включающее магнито- и лазеротерапию.

Клинический случай:

Пациент А., был госпитализирован в клинику ТГСИ отделение ДЧЛХ, с диагнозом: «Закрытая черепно-мозговая травма лёгкой степени. Контузия головного мозга. Травма мягких тканей периорбитальной области справа. Контузия правого глазного яблока средней степени. Перелом дна орбиты».

Жалобы при поступлении: на припухлость в области верхнего и нижнего века правого глаза, ограничение и болезненность при движении правого глазного яблока.

Анамнез morbi: Больной получил травму во время футбольного матча.

Status localis: При наружном осмотре выявляется отёк мягких тканей верхнего и нижнего века правого глаза. Кожа век синюшного цвета. Пальпация безболезненна. Движение правого глаза ограничено вверх и наружу. Носовые кости при пальпации без патологий.

При МСКТ-диагностике выявлен перелом нижней стен-

ки правой глазницы и продавливание клетчатки правого глазного яблока в гайморову пазуху на глубину 1,5-2см.

На основании МСКТ диагностики и общего состояния ребенка планировалось проведение операции «Извлечение клетчатки правой глазницы из гайморовой пазухи сустраниением дефекта нижней стенки правой глазницы»



Клинический пример: а,б,в – МСКТ-срезы перелома нижней стенки глазницы с прободением клетчатки в правую гайморову пазуху; г – вид больного до операции, ограничение движения глазного яблока; д – фломастером отмечены линии разреза над- и под ресничным краем; е – поднятие глазного яблока вверх; ё – открытие окошка в передней стенке гайморовой пазухи; ж,з – взятие аутохрящевого блока; к – устранение дефекта аутохрящевым трансплантатом и закрытие дефекта коллагеновой мембраной; л – сшивание кожи; м – вид больного после операции на 14 день.

аутохрящом и коллагенной мембраной», под общим интубационным наркозом.

Приводим методику операции:

Под интубационным наркозом тщательно проводим антисептическую обработку места операционного поля.

Медицинским фломастером чертим линию разреза под ресничным краем и, последовательно, IX-X рёберной области, инфильтрируем мягкие ткани неба с анестетиками.

Под ресничной областью проводится разрез кожи и отслаивается 1,5-2,0 см, в дальнейшем подглазничную мышцу и надкостницу рассекаем и поднимаем вверх глазное яблоко специальными фаробивтом.

Производим ревизию нижней стенки глазницы, вытаскиваем интерпозиционную и прободенную глазной клетчатки. Если не будет возможности полностью вывести клетчатку из гайморовой пазухи, открываем окошко со стороны полости рта и, вспомогательно с двух сторон, вынимаем глазную клетчатку.

В области IX-X рёберной области на коже производим разрез до хрящевой части ребра. Не разрушая целостности ребра, берем блок расщепленного хряща толщиной 0,2-0,4 мм. Зашиваем рану послойно.

Взятый хрящевой блок из ребра подготавливаем и накладываем для закрытия дефекта нижней стенки орбиты, сверху костно-хрящевую часть закрываем коллагеновой мембраной, что препятствует дальнейшим рецидивам, прободениям и интерпозиции глазной клетчатки в гайморову пазуху. Послойно зашиваем ткани и ставим внутрикожные швы.

Выводы

Анализ результатов проведенных операций показал, что после проведенного хирургического лечения у больных с переломами нижней стенки глазницы улучшилось самочувствие, значительно уменьшилась интенсивность болезненности при движении глазного яблока, отмечается образование эстетического рубца под ресничным краем века. Взятие аутохрящевого блока, не разрушая целостности ребра, дает возможность быстрому заживлению постоперационного поля. Помимо этого, отмечается полное закрытие коллагеновой мембраной костно-хрящевое соединение, препятствующего дальнейшим рецидивам прободениям и интерпозиции глазной клетчатки в гайморову пазуху.

Таким образом, в целях достижения хороших анатомо-функциональных и эстетических результатов, наш опыт хирургического лечения детей с переломами дна орбиты следует оценить как положительный.

Литература

1. Бельченко В.А. Клиника, диагностика и лечение больных с посттравматическими деформациями носо-глазничной области с повреждением слезоотводящих путей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1988. - 24 с.
2. Бессонов С.Н. Повреждения мягких тканей и костей челюстно-лицевой области // Избранные вопросы пластической хирургии. - 2001. - Т.1, № 5. - 44 с.
3. Колесникова Е.К., Габуния Р.И. Компьютерная томография в клинической диагностике. - М.: Медицина, 1995. - 349 с.
4. Левченко О.В. Хирургическое лечение краниоорбитальных повреждений в остром периоде черепно-мозговой травмы // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2012. - 46 с.
5. Медведев Ю.А. Сочетанные повреждения лицевого черепа и головного мозга:

Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1984. - 21 с.

6. Медведев Ю.А. Сочетанные травмы средней зоны лицевого черепа: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Омск, 1992. - 44 с.
7. Николаенко В.П., Астахов Ю.С. Орбитальные переломы: Руководство для врачей. - СПб.: Эко-Вектор, 2012. - 436 с.
8. Поляк Б.Л. Повреждение органа зрения. - Л.: Медицина, 1972. - 415 с.
9. Рабухина Н.А., Голубева Г.И., Перфильев С.А. Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области. - М.: МЕД-пресс-информ, 2006. - 128 с.
10. Стучилов В. А. Клиника, диагностика и лечение пострадавших с травмой скулоглазничной области: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Свердловск, 1988. - 167 с.
11. Темерханов Ф.Т., Медведев Ю.А., Малков Н. В. Скулоглазничные травмы: принципы хирургического лечения // Реконструктивная хирургия челюстно-лицевой области. - Красноярск, 1989. - С. 72-74.
12. Castellani A., Negrini S., Zanetti U. Treatment of orbital floor blowout fractures with conchal auricular cartilage graft: A report on 14 cases // J. Oral Maxillofac. Surg. - 2002. - Vol. 60, № 12. - P. 1413-1417.
13. Converse J. M., Smith B. Enophthalmos and diplopia in fractures of the orbital floor // Br. J. Plast. Surg. - 1956-1957. - Vol. 9, № 4. - P. 265-274.
14. Hughes C.W., Page K., Bibb R. The custom-made titanium orbital floor prosthesis in reconstruction for orbital floor fractures // Br. J. Oral Maxillofac. Surg. - 2003. - Vol. 41, №1. - P. 50-53.
15. Kraus M., Gatot A.D, Fliss M. Repair of traumatic inferior orbital wall defects with nasoseptal cartilage // J. Oral Maxillofac. Surg. - 2001. - Vol. 59, № 12. - P. 1397-1400.
16. Miller S. H., Morris W. J. Current concepts in the diagnosis and management of fractures of the orbital floor // Am. J. Surg. - 1972. - Vol. 123, № 5. - P. 560-563.
17. Yilmaz M., Vayvada H., Aydın E. Repair of fractures of the orbital floor with porous polyethylene implants // Br. J. Oral Maxillofac. Surg. - 2007. - Vol. 45, № 8. - P. 640-644.

РЕЗЮМЕ

При анализе результатов восстановления дна орбиты, публикуемых большинством авторов, очевидной представляется проблема отсутствия единых критериев оценки эффективности проводимого хирургического лечения. Возможно, этим обстоятельством объясняются и существенные различия в представляемых данных при использовании разными авторами одних и тех же методик пластики нижней стенки глазницы.

До настоящего времени остаётся актуальным поиск новых методик операций и усовершенствование способов, которые создавали бы оптимальные условия для заживления костной раны, обеспечивали стойкий функциональный результат и отвечали требованиям современной восстановительной хирургии.

SUMMARY

At the analysis of results of restoration of a bottom of the orbit, the authors published by the majority, obvious the problem of absence of uniform criteria of an estimation of efficiency of spent surgical treatment is represented. Probably, this circumstance essential distinction in the represented data speaks also at use by different authors of the same techniques of a plasticity of the bottom wall of an eye-socket.

Therefore till now searches of new techniques of operations and improvement of the ways considering modern character of a trauma and which would create optimum conditions for healing of a bone wound are conducted, provided functional result and met the requirements of modern regenerative surgery.