

пациентов, интраоперационная бдительность и понимание анатомии имеют первостепенное значение для успешных результатов. Этот случай способствует расширению знаний об осложнениях при хирургии КИ и подчеркивает важность индивидуализированных стратегий лечения в сложных случаях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мачалов А.С., Сапожников Я.М., Крейсман М.В., Балакина А.В., Карпов В.Л. Результаты диагностики нарушений слуха у детей 1 - 11 классов.

Наука и инновации в медицине. 2020; 5 (1): 53 – 57

2. Egilmez O.K., Kalcioğlu M.T., 2015; Lee K.H. et al., 2014
3. Elfeky, A.E.M., Tantawy, A.A., Ibrahim, A.M. et al., 2021
4. Bhatia K, Gibbin KP, Nikolopoulos TP, O'Donoghue GM 2004
5. Brito R. et al., 2012
6. Jonas Jeppesen, Christian Emil Faber, 2013

УДК: 616.714.7-001.5-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Разаков А.Д., Абдукаюмов А.А., Наджимутдинова Н.Ш., Мусаев А.А.,
Ли Б.С. Олимов Ж.А., Каримов А.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

ХУЛОСА

Тадқиқот мақсади. 6 ёшли беморда юқори жағ бўшлигининг юқори деворини синиши ҳолатини ўрганиши.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Юқори жағ суюқининг юқори девори синиши ва орбита соҳасидаги озрик, қовоқнинг юмилиб қолиши, кўришининг иккиланганлиги шикоятлари билан ётқизилган 6 ёшли бемор бўйича маълумот берилди.

Натижалар. Кўз олмасини пастки деворини тиклаш мақсадида ананавий ташиқи усулдан фойдаландик. Юқори жағ бўшлигига тушиб қолган суюқ тўқималари ва юмшоқ тўқималарни репозиция қилиб фoley катетри №12 ёрдамида фиксация қилдик. Пастки бурун йўлида қўшимча соустия очилди.

Хулоса. Беморда жароҳатдан кейин куз олмасининг эстетик ва функционал функцияси тикланди.

Калим сўзлар: бола, юқори жағ бўшлиги травмаси, трансантрал усул.

Травматические повреждения придаточных пазух носа встречаются гораздо реже, чем травмы и раны в пирамидах носа, но клинически более серьезные. Причина повреждения придаточных пазух та же, что и в пирамиде носа. При ушибах челюстно-лицевой и лобной областей возникают переломы передних придаточных пазух носа, а при ушибах лобной области переломы основания черепа в области дна передней черепной ямки с разрывом твердой мозговой оболочки. Тупая травма вызывает повреждение мягких тканей, трещины в стенках придаточных пазух носа, закрытые и открытые повреждения верхней челюсти,

SUMMARY

The aim of the study: to study a case of a fracture of the upper wall of the maxillary sinus in a 6-year-old child.

Materials and methods of research. We report a case of a fracture of the wall of the maxillary sinus: a 6-year-old child was hospitalized with complaints of blepharoptosis and diplopia (upward gaze) accompanied by peri-orbital pain.

Results. We used the classic external approach to access the lower wall of the orbit. The bone fragments and soft tissues of the orbital floor were repositioned with restoration of the natural structure of the lower wall of the orbit and fixed using a Foley catheter No. 12, an artificial anastomosis was formed with the lower nasal meatus.

Conclusion. The patient was able to eliminate the functional and aesthetic disorders that arose after the injury.

Keywords: child, paranasal sinus injury, transantral access.

лобных, решетчатых и базальных костей, часто сопровождающиеся вибрацией и компрессией головного мозга. Симптомы и клиническое течение зависят от травматического повреждения придаточных пазух носа. По различным данным источников, на них приходится от 45 до 55% всех травм в отоларингологии. Травматическое повреждение лобной пазухи чаще всего наблюдается примерно в 60% от общего числа случаев. По статистике повреждение околоносовых синусов чаще встречается у мужчин. Средний возраст пациентов колеблется от 20 до 35 лет. Исходя из механизма повреждения и характера травмируемого

предмета, все травмы пара назальных синусов можно разделить на 2 варианта:

- Открытые. При данных видах нарушается целостность кожных покровов, в результате чего образуются края, стенки и дно раны. Последняя в большинстве случаев представляет собой одну из стенок пазух носа.
- Закрытые. Они характеризуются переломами костей без разрыва кожи, которая их покрывает.
- Gruss J. S. по своей классификации, выделяет пять клинических видов повреждений пазух носа:
- Вид 1. Изолированное повреждение комплекса носо-глазнично-решетчатой структуры.
- Вид 2. Перелом вышеуказанной анатомической структуры в сочетании с повреждением верхней челюсти. Исходя из локализации перелома выделяют 3 подтипа: центральный, правый или левый боковой, и двусторонний.
- Вид 3. Массивное травматическое повреждение костного комплекса. Это может сочетаться с черепно-мозговой травмой (подтип А) или переломами типа FOR-1, FOR-2 (подтип Б).
- Вид 4. Перелом стенки пазухи с деформацией и дистопией орбиты. Данная травма имеет два подтипа: с глазнично-орбитальным смещением (вариант А) и с дистопией орбиты (вариант Б).
- Вид 5. Повреждение пазух носа с потерей костной массы.

Переломы придаточных пазух сопровождаются бактериальными осложнениями, которые развивают-

ся в основном на фоне открытых сочетанных травм. Более чем в 70% случаев внутричерепные гнойные процессы формируются после повреждения лобной пазухи.

Во всех случаях в качестве хирургического доступа к нижней стенке глазницы использовали трансантральный доступ. При повреждении дна орбиты в сочетании с повреждением скуло-орбитального комплекса, помимо репозиции дна орбиты, скуловой комплекс фиксируется в 3 стандартных точках. В случае изолированных травм, т.е. при наличии «сквозного» перелома типа чистого «blow-out» применяли метод костнопластической антротомии как вариант трансантрального доступа, не оставляющий дефектов на передней стенке верхнечелюстной пазухи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить случай перелома верхней стенки гайморовой пазухи у 6 летнего ребёнка

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы сообщаем о случае перелома стенки гайморовой пазухи: ребёнок 6 лет госпитализирован с жалобами с блефароптозом и диплопией (при взгляде вверх) сопровождающейся периорбитальной болью. Проведена мультиспиральная компьютерная томография придаточных пазух носа и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Пациент был проконсультирован невропатологом и офтальмологом. Также был проведен анализ фотодокументов до и после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На КТ и МРТ исследования выявили перелом дна глазницы слева (пролапсом мягких тканей в просвет верхнечелюстной пазухи (рис. 1.)

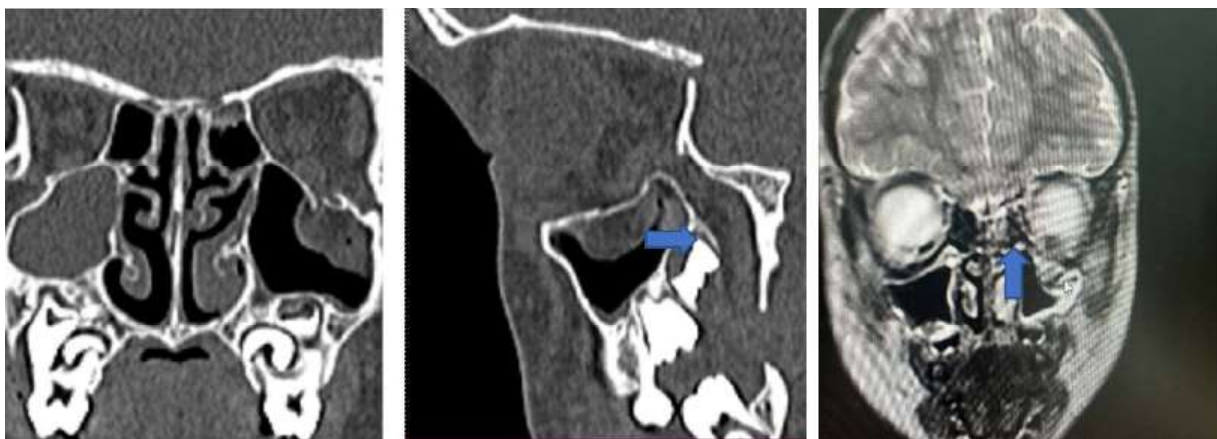


Рис. 1. Выход ткани в месте с нижней косой мышцей в полости гайморовой пазух через дефект нижней стенки глазницы.

В качестве доступа к нижней стенке глазницы мы использовали классический наружный доступ (Калдвелл-Люка). Вскрыли гайморову пазуху и расширили пазуху отверстием до 1 см в диаметре, для возможности полноценного осмотра всей полости. Эндоскопом осмотрели дефект. Производили репозицию костных отломков и мягких тканей дна глазницы

с восстановлением естественной структуры нижней стенки глазницы и фиксировали при помощи катетера Фолея № 12. Сформировали искусственное соустье с нижним носовым ходом и провели через его дистальную область часть катетера наружу с оставлением на 20 дней (рис. 2,3,4).

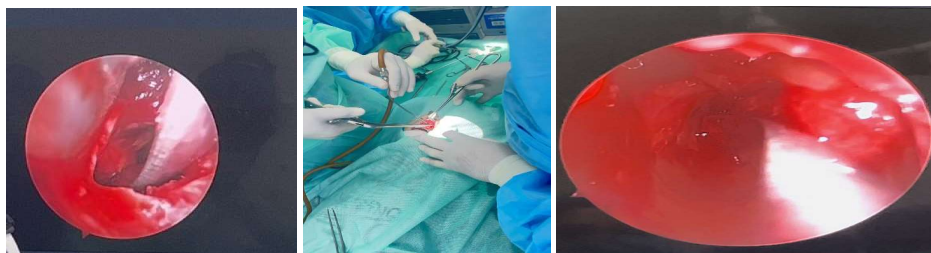


Рис. 2. Трансантральный хирургический доступ к верхнечелюстной пазухе.

После операции на 1-й день контроль глазного дна и функции глазодвигательных мышц пока-

зали нормализацию. Катетер удален на 20-е сутки. Эстетических нарушений нет.

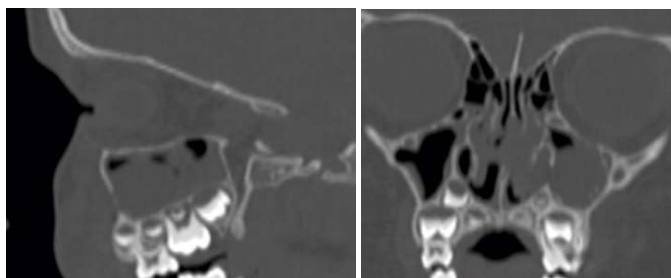


Рис. 3. Фиксирована нижняя стенка гайморовой пазухи при помощи катетера Фолея № 12.

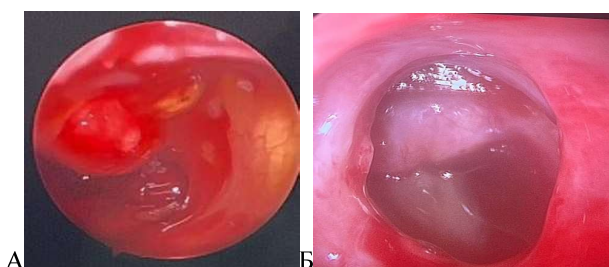


Рис. 4. Результаты (А-до, Б-после операции).

ВЫВОДЫ

Успешные результаты, такие как устранение диплопии и энтофтальма, а также отсутствие осложнений после операции могут быть обоснованы следующими обстоятельствами:

1 Хирургическое вмешательство проводится на ранних стадиях (до двух недель) после травмы до появления фиброзных изменений и деформаций, которые труднее поддаются восстановлению.

2. Материал, используемый для фиксации дна орбиты (катетер Фолея № 12), гарантирует что стенка остается в таком состоянии в течение длительного времени без явления ишемии, что обеспечивается для достижения адекватного результата после репозиции.

3. Использование трансантрального хирургического доступа позволяет санировать верхнечелюстную пазуху и такой подход гарантирует, что материал,

используемый для устранения дефекта, не вступит в непосредственный контакт с содержимым глазницы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рябов А.К. Комплексная диагностика и лечения больных с переломами глазницы: Автореферат. дисс. канд.мед.наук - М.- 2006
2. Kackibushi M., Fukazawa K. Combination of transconjunctival and transantral approach in the repair of blowout fractures involving the orbital floor // Br.J.surg. – 2004. – v.57. – №1. – P.37-44.
3. Kelly C.P. Cohen A.J. Cranial bone grafting for orbital reconstruction:is it still the best // J.Craniofac. surg. – 2005. – V.16.№1. – P. 181-185
4. Smith B.,Regan W.F.,Blow-out fracture of the orbit;-mechanism and correction of internal orbital fracture // Am.J Ophtalmol. – 1957. – V.44.№6. – P/733-739.