Переломи нижньої стінки орбіти у дітей – особливості діагностики та хірургічного лікування

Боброва Н. Ф., Троніна С. А.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» (Одеса, Україна)

Переломи стінок орбіти у дітей становлять 23 % усіх травм обличчя. З усіх варіантів переломів очниці в педіатричній практиці найбільш часто спостерігаються пошкодження нижньої стінки в варіанті лінійного перелому без зміщення фрагментів - тип «пастки» - 25-70 %.

Мета роботи – проаналізувати особливості діагностики та хірургічного лікування переломів нижньої стінки орбіти у дітей.

Матеріал та методи. В відділі офтальмопатології дитячого віку ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П.Філатова НАМН України» прооперовано 11 дітей та підлітків в віці 7-15 років з приводу перелому нижньої стінки орбіти. В усіх випадках перелом виник в результаті тупої травми периорбітальної зони під час гри або спортивних занять. Всі діти скаржились на диплопію. Клінічно у всіх дітей визначався енофтальм в межах 5-7 мм, гіпоглобус, обмеження рухливості очного яблука вгору, зниження зору. КТ дослідження орбіт виявило наявність щілинного дефекту нижньої стінки орбіти з діастазом країв 3-7 мм, випадінням значного фрагмента жирової орбітальної клітковини в гайморову порожнину з утиском у зоні перелому. У 7 дітей (63,6 %) в зоні перелому спостерігалось також затискання нижнього прямого м'язу.

Відновлювальне хірургічне лікування проводилось шляхом пластики нижньої стінки орбіти транскон'юнктивальним підходом із використанням фрагмента аурикулярного хряща пацієнта, взяття якого із задньої поверхні вушної раковини здійснювалося на першому етапі операції. Після виявлення зони перелому, щадного репонування орбітальних тканин, що випали, пластина аутохряща розташовувалася під окістям, перекриваючи зону перелому, фіксувалася за допомогою швів до окістя у нижнього краю орбіти.

Результати. Операція та післяопераційний період протікали без ускладнень. Після стихання явищ післяопераційного набряку

та запалення зафіксовано нормалізацію положення та обсягу рухів очного яблука. Явлення диплопії в післяопераційному періоді купірувалися поступово до повного зникнення на 6-18 дні після операції.

Контрольне КТ дослідження через 3 місяці після операції показало стабільне положення імплантованої в зону перелому пластини аутохряща, підтвердило відсутність грижового випинання орбітальної клітковини.

Висновок. Золотим стандартом діагностики перелому нижньої стінки орбіти є КТ дослідження. Показанням до хірургічного лікування є наявність функціональних та косметичних порушень - диплопія у функціонально важливих напрямках погляду – прямо, вниз у межах 30 градусів, що зберігається протягом 2 тижнів при радіологічно підтвердженому переломі та позитивному тракційному тесті, енофтальм понад 2 мм.

В педіатричній практиці при ізольованих переломах нижньої стінки орбіти невеликої протяжності з незначним діастазом країв використання аутохряща є високоефективною альтернативою використанню алопластичних імплантів, оскільки виключає можливість реакції відторгнення, дислокації імпланту, а також не впливає на розвиток лицьового скелету дитину.

The inferior orbital wall fractures in children - diagnostic features and surgical management

Bobrova N.F., Tronina S.A.

SI "The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine" (Odesa, Ukraine)

The aim of this study is to analyze the features of diagnosis and surgical treatment of fractures of the inferior orbital wall in children. Eleven children and adolescents aged 7–15 underwent surgery for a fracture of the inferior orbital wall. Reconstructive surgical treatment was performed by means of a transconjunctival approach to repair the inferior orbital wall, using a fragment of the patient's auricular cartilage, which was harvested from the posterior surface of the auricle during the first stage of the operation. After identifying the fracture site and gently repositioning the displaced orbital tissues, the autologous cartilage graft was placed beneath the periosteum to cover the fracture site. The indications for surgical treatment include the presence of functional and cosmetic disorders - diplopia in functionally important directions of gaze (straight ahead and downward within 30 degrees) persisting for 2 weeks in the presence of a radiologically confirmed fracture and a positive traction test, as well as enophthalmos exceeding 2 mm. In pediatric practice, for isolated fractures of the

inferior orbital wall, the use of autologous cartilage is a highly effective alternative to alloplastic implants, as it eliminates the possibility of rejection, implant dislocation, and does not affect the development of the child's facial skeleton.

ІОЛ «BIL» - діюча профілактика вторинної катаракти у дітей -наш довготривалий досвід

Боброва Н.Ф.[1], проф., Тассігнон М. Ж.[2], Романова Т.В. [1]

[1] ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П.Філатова НАМН України» (Одеса, Україна)

[2] Офтальмологчне відділення Університетської клініки (Антверпен, Бельгия)

Хірургічні методи профілактики вторинної катаракти (ВК) у дітей (задній капсулорексис, задній капсулорексіс у поєднанні з передньою вітректомією, ІОЛ з квадратним краєм оптики та ін) на практиці не завжди призводять до бажаного результату, внаслідок чого частота розвитку ВК особливо в дитячому віці залишається досить високою [Apple, D.J. 2000,Menapace, R. et. al. 2005, Malecaze, F. et. al. 2006, Vasavada AR, Nihalani BR. 2006, Боброва Н.Ф. із співавт. 2000–2017].

Враховуючи високу частоту розвитку ВК на псевдофакічних очах дітей, незалежно від методів інтраопераційної профілактики, розробка нових типів ІОЛ, заснованих на оригінальних концепціях та методах кріплення видається надзвичайно актуальною.

Мета: вивчити віддалені результати розвитку ВК на псевдофакічних очах у дітей з імплантації ІОЛ «BIL».

Матеріал та методи. Імплантація ІОЛ «BIL» (bag-in-the-lens) була виконана 19 дітям на 19 очах у відділенні дитячої офтальмопатології НІІ ім. В.П. Філатова за оригінальною методикою через тунельний лімбальний розріз з опорою на ідентичні за розмірами та розташуванням – близнюкові передній і задній капсулорексиси сформовані в ході видалення вродженої катаракти.

Аналіз стану капсулярного кільця та положення ІОЛ проведено через 12 місяців на 11 очах, через 24 місяці на 14 та у 3х випадках через 72 місяця спостережень – шляхом біомікроскопії на щілинній лампі та методом ультразвукового дослідження на приладі