

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ СТІНКИ ОРБИТИ У ДІТЕЙ

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, поступаючись лише фрактурам нижньої щелепи(34 %). З усіх переломів очниці в педіатричній практиці найбільш часто спостерігаються пошкодження нижньої стінки в варіанті лінійного перелому без зміщення фрагментів - тип «пастки», який сягає 25-70 %. У половині випадків орбітальні переломи поєднуються з черепно-мозковою травмою.

Мета роботи – аналіз особливостей клініки та хірургічного лікування переломів нижньої стінки орбіти у дітей.

Матеріал та методи. У відділі офтальмопатології дитячого віку ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П.Філатова НАМН України» прооперовано 11 дітей віком від 5 до 15 років (в середньому) з приводу перелому нижньої стінки орбіти. Всі діти скаржились на диплопію при погляді прямо та у відведеннях вниз та вгору. Клінічно в усіх випадках визначався енофтальм в межах 3-7 мм, обмеження рухомості очного яблука вгору, зниження гостроти зору. Візуалізація за допомогою КТ та МРТ досліджень орбіт виявило наявність щілинного дефекту нижньої стінки орбіти з діастазом країв 3-4 мм і випадінням м'яких тканин орбіти в гайморову порожнину з утискуванням в зоні перелому.

У 5 дітей (45,5 %) спостерігався пролапс лише значного фрагмента жирової орбітальної клітчатки, а у 6 (54,5 %) в зоні перелому також був утиснений нижній прямої м'яз.

Відновлювальну операцію здійснено транскон'юнктивальним підходом з використанням фрагмента аурикулярного хряща пацієнта, взяття якого із задньої поверхні вухної раковини здійснювалось на першому етапі операції. Після ревізії зони перелому, щадного звільнення та вилучення орбітальних тканин, що випали, пластина аутохряща розташовувалась піднадкiстнично, перекриваючи зону перелому, фіксувалась за допомогою швів до окiстя 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 купірувались поступово до повного зникнення на 6-15 дні після операції. Контрольне КТ дослідження через 3 місяці після операції показало стабільне положення аутологічного аурику-

лярного імпланта, хорошу консолідацію перелому, підтвердило відсутність грижового випинання м'яких тканин в гайморову пазуху.

Висновки. Хірургічному лікуванню підлягають переломи дна орбіти, що супроводжуються функціональними та косметичними порушеннями: 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. Мета лікування перелому нижньої очної стінки - відтворення первісної форми та обсягу очниці, репозиція її вмісту та відновлення рухомості очного яблука. Втручання має бути раннім, одномоментним та вичерпним.

Методика використання аутохяща для пластики нижньої стінки орбіти при її переломі має всі переваги аутопластичних втручань, включаючи виключення можливості реакції відторгнення, дислокації імпланту. Запропонована методика пластики переломів нижньої стінки орбіти є високоефективною альтернативою використання синтетичних матеріалів, у тому числі й у педіатричній практиці.