

УДК 616.216.1-089.22:617.7.001.5

Р.А. АБИЗОВ, В.К. ВІТЕР, І.А. ШЕВЧУК, Ю.Д. ПАВЛИШИН

МЕТОД ФІКСАЦІЇ ВЕРХНЬОЇ СТІНКИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПАЗУХИ ЗА ДОПОМОГОЮ КАТЕТЕРА ФОЛЕЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЬОЇ СТІНКИ ОРБИТИ

Каф. отоларингології (зав. – проф. Р.А. Абизов) Нац. мед. академії після диплом. освіти ім. П.Л. Шупика (ректор – акад. НАМН України, проф. Ю.В. Вороненко)

Останніми роками намітилася чітка тенденція зростання травмування середньої зони лицевого черепа, що часто супроводжується переломами стінок верхньощелепних пазух (ВП). Серед них переважають переломи вилично-очно-верхньощелепного комплексу, на долю яких припадає від 14,5 до 24% ушкоджень лицевого черепа. Згідно з даними різних авторів, у цієї групи потерпілих переломи стінок ВП діагностуються у 29-58,7% спостережень [1-6].

Ізольовані травми верхньої стінки верхньощелепної пазухи спостерігаються при так званих вибухових переломах (blow-out переломи). Ці переломи виникають у тому випадку, коли місцем прикладання травмуючої сили є край орбіти або очне яблуко, що призводить до несподівано різкого підвищення тиску в орбіті. Інтраорбітальні тканини, що не стискаються, зміщуються назад і травмуюча сила передається безпосередньо на тонке дно орбіти і медіальну стінку, які і ламаються в першу чергу. Інтраорбітальний вміст часто пролабує через сформований кістковий дефект у верхньощелепну пазуху і може защемлюватися краями перелому або зміщеним тонким сегментом стінки орбіти.

В результаті невідповідності, яка виникла, між об'ємом кісткової орбіти і інтраорбітальним вмістом, розвивається енофтальм та часто гіпофтальм. Як правило, це супроводжується окоруховими порушеннями, диплопією та вираженим косметичним дефектом.

Хірургічні втручання при переломах орбіти (верхньої стінки верхньощелепної пазухи) спрямовані на:

- відновлення складної тривимірної просторової анатомії орбіти;
- вправлення грижового випинання вмісту орбіти;
- репозицію очного яблука.

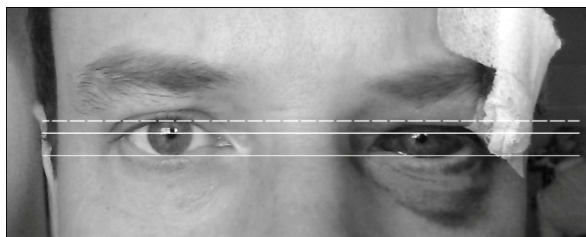
Нині існує безліч методик хірургічного вирішення даної проблеми. При цьому застосовуються різні доступи (інтраорбітальний, трансантральний), різні методи репозиції кісткових уламків та їх фіксації (тампонада пазухи йодоформними тампонами, накладання міжкісткових дротяних швів, використання кісткових трансплантатів, різних неорганічних імплантів).

Наведемо наш клінічний випадок та запропонуємо свій метод фіксації верхньої стінки верхньощелепної пазухи.

Хворий К., 34 роки, поступив у ЛОР-відділення Київської обласної клінічної лікарні 28.01.2014р. зі скаргами на опущення лівого ока, двоїння зображення в ньому, дискомфорт в проекції лівої щоки, що з'явилися після травми 27.01.2014р. (удар кулаком в ліве око).

При огляді виявлено набряк та біль у верхніх відділах лівої щоки, інфраорбітальний, субкон'юнктивальний крововиливи, гіпофтальм, помірний енофтальм (фото). При передній риноскопії: у носових ходах геморагічні кірки, ознак носової кровотечі немає. Консультація проведена невропатологом (патології не виявлено) та офтальмо-

логом. Заключення останнього: ангіопатія сітківки, субкон'юнктивальний крововилив, гіпофтальм.



На КТ лицевого черепа 28.01.2014 р. – перелом кісток нижньої стінки лівої орбіти з пролабуванням її вмісту в просвіт верхньощелепної пазухи, гемосинус зліва. При рентгенографії навколоносових пазух в прямій та боковій проекціях 29.01.2014 р. – визначався перелом кісток верхньої стінки лівої верхньощелепної пазухи зі зміщенням кісткових уламків та пролабуванням інфра-орбітального вмісту в її просвіт, горизонтальний рівень рідини.

31.01.2014 р. під ендотрахеальним наркозом проведено лівобічну гайморотомію. При ревізії верхньощелепної пазухи виявлено параорбітальну клітковину з ділянками крововиливів, що пролабувала в просвіт пазухи; множинні кісткові уламки та геморагічні згустки. Після видалення останніх сформовано співустя під нижньою носовою раковиною зліва, через яке введено катетер Фолея. Під контролем офтальмолога здійснено нагнітання повітря в манжетку катетера для підйому лівого ока до рівня правого. Для наповнення манжетки знадобилося 17

мл повітря. Післяопераційна рана зашита вузловими швами, дистальна частина катетера Фолея фіксована до голови.

В післяопераційному періоді проводилася антибактеріальна, протизапальна, судиннодинамічна, вітамінізуюча, гіпосенсибілізуюча та стимулююча терапія. Хворий відмітив покращання: двоїння в лівому оці виникало тільки в крайніх відведеннях очного яблука та поступово зменшувалося.

03.02.2014 р. у присутності офтальмолога під контролем світлового рефлексу було проведено додаткову корекцію висоти стояння лівого очного яблука за рахунок введення у манжетку ще 3 мл повітря.

Перебіг післяопераційного періоду відбувався без особливостей. Хворий лікування переносив добре. Очні яблука були на одному рівні та додаткової корекції не потребувалося.

20.02.2014 р. видалено катетер Фолея. Ліве очне яблуко самостійно фіксоване в орбіті. Носове дихання – задовільне. 24.02.2014 р. хворий виписаний з відділення із задовільним косметичним ефектом.

Інтерес даного клінічному випадку полягає в тому, що запропоновано новий метод фіксації верхньої стінки верхньощелепної пазухи за допомогою катетера Фолея, лікування проводилось в умовах ЛОР-стаціонару. Перевагами даного методу є його доступність, ефективність, формування нижньої стінки орбіти без застосування трансплантатів та одноразовість хірургічного втручання.

1. Азарченко К.Я. Сравнительная оценка методов хирургического лечения переломов скуло-орбитального комплекса // IV международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. Материалы конференции. – С.-Петербург, 1999. – С.13.
2. Безшапочный С.Б., Краснолобов В.М. Особенности повреждения гайморовых полостей при переломах скуловой кости // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1976. – №6. – С. 69-71.
3. Бельченко В.А., Кузнецов И.А. Лечение больных с оскольчатыми переломами костей ску-

4. Еолчийн С.А., Потапов А.А., Ван Дамм Ф.А. и соавт. Краниофациальная травма. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / Под ред. А.Н. Коновалова и соавт. – М., 2002. – С. 313-364.
5. Сысолятин П.Г., Сысолятин С.П. Повреждение верхнечелюстных пазух и их лечение // Рос. ринология. – 2000. – №4. – С.37-42.
6. Saunders W.B. Head And Neck Surgery. – 2003-2007. – S. 106-108.

Надійшла до редакції 15.04.14.

© Р.А. Абизов, В.К. Вітер, І.А. Шевчук, Ю.Д. Павлишин, 2014