

ОСОБЕННОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ У ДЕТЕЙ ЧЕРЕЗ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ

Тимофеева А.В., Максумов А.А., Мельников А.А., Горелик А.Л., Карасева О.В.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва, Россия

Обоснование. Среди всей травмы лицевого скелета, переломы стенок орбит у детей встречаются наиболее часто. У детей старше 7 лет наиболее часто диагностируют переломы нижней стенки орбиты. Улучшить эстетический результат операций возможно путем применения методик, не оставляющих видимые рубцы на лице, не приводящих к деформации век, к лимфостазу, стойкому слезотечению, некрозу кожного лоскута. К одной из таких методик относится реконструкция нижней стенки орбиты через верхнечелюстную пазуху.

Цель: представить особенности трансантральной (через верхнечелюстную пазуху) реконструкции нижней стенки орбиты у детей при ее переломах по типу «капкана».

Методы. За 5 лет в НИИ НДХиТ прошли лечение 465 пациентов с переломами лицевого скелета. Из них у 365 пациентов (78,5 %) имелись переломы стенок орбиты. Переломы нижней стенки преобладали — 56,7 % (207 пациентов). Преобладали мальчики — 66,2 % (137). Средний возраст детей составил $10,5 \pm 4,9$ года.

Результаты. В оперативном вмешательстве нуждалось 34,3 % (71) больных с переломами нижней стенки орбиты. В 32,4 % случаев оперировали через верхнечелюстную пазуху, используя внутриротовой доступ. Показанием были изолированные переломы нижней стенки орбиты по типу «капкана» с ущемлением параорбитальных тканей, что приводит к болевым синдрому и ограничению подвижности глазного яблока. Производили трепанацию передней стенки гайморовой пазухи диаметром 1,0 см, далее производилась санация пазухи, удаление слизистой с верхней и нижних стенок пазухи, оценка линии перелома и интерпозиции параорбитальных тканей. Выполнялось вправление тканей в полость орбиты, репозиция костных отломков, реконструкция линии перелома при необходимости. Операция проводится с эндоскопической ассистенцией.

Подвижность глазного яблока восстанавливалась на следующий день после операции. Осложнения наблюдались в 1,25 % случаев (повреждение зачатка постоянного зуба, смещение костных отломков в полость орбиты).

Противопоказание к данной методике считаем малый возраст пациента (малые размеры гайморовой пазухи, наличие зачатков постоянных зубов), оскольчатый характер перелома нижней стенки орбиты.

Заключение. Внутриротовой доступ и трансантральная методика реконструкции нижней стенки орбиты позволяет улучшить эстетические результаты операции, а также позволяет оперировать в ранние сроки после травмы на фоне отека мягких тканей параорбитальной области. Использование эндоскопической ассистенции при данной методике обеспечивает оптимальную визуализацию перелома, что позволяет провести более точную репозицию отломков, улучшая функциональные результаты лечения.

Ключевые слова: орбиты; глазница; перелом; нижняя стенка; дно орбиты; трансантральная методика; верхнечелюстная пазуха; реконструкция; дети.