

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Шукруллаева Г.Ж., Раҳимов З.Қ.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения больных с переломами скуловой кости, стенки глазницы и верхней челюсти, путем остеосинтеза с применением мини пластинок. С целью предупреждения смещения вправленных костных отломков и деформации средней трети лицевой зоны на стороне повреждения нами использован катетер Фолея.

Ключевые слова: ретроспективный анализ, средней трети лицевой зоны.

IMPROVEMENT OF METHODS OF TREATMENT OF COMPOUND FRACTURES OF THE ZYGOMATIC-EYE COMPLEX AND THE WALLS OF THE MAXILLARY SINUS

Shukrullayeva G.J., Rahimov Z.Q.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume

A retrospective analysis of the results of treatment of patients with fractures of the zygomatic bone, the wall of the eye socket and the upper jaw, by osteosynthesis using mini plates. In order to prevent dislocation of the set bone fragments and deformation of the middle third of the facial zone on the side of the injury, we used a Foley catheter.

Key words: retrospective analysis, middle third of the facial zone.

YONOQ SUYAGI, KO‘Z ORBITASI VA YUQORI JAG‘ DEVORI QO‘SHMA SINISHLARIDA DAVOLASH USULLARINI TAKOMILLASHTIRISH

Shukrullayeva G.J., Rahimov Z.Q.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ Rezyume

Mini plastinkalar yordamida osteosintez orqali yonoq suyagi, ko‘z orbitasi va yuqori jag‘ devori singan bemorlarni davolash natijalarini retrospektiv tahlil qilish. Jarohatlangan qismdagi yuz zonasing uchga bo‘lingandagi o‘rta qismining deformatsiyasini va suyak bo‘laklarining joyidan ko‘chishini oldini olish maqsadida biz Foley kateteridan foydalandik.

Kalit so‘zlar: retrospektiv tahlil, uchga bo‘lingandagi o‘rta qismi.

Актуальность

Частота травматизма челюстно-лицевой области, и в частности, повреждений скулоглазничного комплекса, как в России, так и за рубежом, не уменьшается; а, наоборот, отмечается увеличение количества больных с данной патологией.

В структуре травмы челюстно-лицевой области переломы скулоглазничного комплекса занимают второе место по распространенности.

Несмотря на большую распространенность данного вида переломов, в их диагностике и лечении по-прежнему существует ряд погрешностей, ведущих к развитию осложнения травмы. Среди больных с посттравматическими деформациями средней зоны лица до 25 % приходится на повреждение костей скулоглазничного области [1,2].

В структуре повреждений челюстно-лицевой области травмы скуловерхнечелюстного комплекса занимают первое место среди повреждений средней зоны лица и составляют от 14,5% до 24% от всех повреждений лицевого скелета. Сложные анатомо-топографические взаимоотношения скуловерхнечелюстного комплекса с соседними областями обуславливают многогранность проблем в лечении и реабилитации

неогнестрельных поражений данной области, а также профилактики осложнений.

Современная челюстно-лицевая травматология, становясь более высокотехнологичной, все же сохраняет высокий процент воспалительных посттравматических осложнений в придаточных пазухах - от 30 до 85%. Среди основных причин данного осложнения современные авторы в первую очередь указывают на высокую травматичность традиционных методов репозиции и фиксации отломков.

Последние десятилетия отмечены значительным ростом травматизма населения, при этом произошло изменение его структуры в сторону увеличения удельного веса сочетанных и множественных повреждений. Сочетанные травмы челюстно-лицевой области занимают особое место среди травматических повреждений скелета человека вследствие функциональных и косметических особенностей. По данным различных авторов их частота, колеблется. Травма данной области приводит к расстройству функции внешнего дыхания, поддерживая гипоксию; выступая в качестве очага ферментативной агрессии, является источником развития гнойно-инфекционных осложнений; нарушение питания замедляет процессы восстановления функций организма. Основными этиоло-

гическими факторами являются дорожно-транспортные и криминально-бытовые травмы, ката травма [3,4].

За период с 2019 по 2020 гг в клинике Бухарской областной многопрофильной больницы находились 18 больных с переломами скуловой кости, стенки глазницы и верхнечелюстной пазухи. Всем больным с целью смещения и деформаций костных отломков, провели остеосинтез с применением мини пластинок. Больные с переломами скуловой кости, стенки глазницы и верхнечелюстной пазухи нуждались в оперативном вмешательстве в экстренном порядке, нами предложен установить катетер Фолея с надуванием внутри гайморовой пазухи.

Результаты лечения 18 больных с переломами скуловой кости, стенки глазницы и верхней челюсти в возрасте 18 - 40 лет. Из них было мужчин -13, а женщин - 5. Весь контингент больных поступал в БОММЦ в отделение ЧЛХ по поводу переломов стенок глазницы и верхней челюсти.

В зависимости от повреждений переломов скуловой кости и дуги, стенок глазницы и верхней челюсти больные были разделены на 2 группы:

I-ая группа (11 больных) повреждений с переломами скуловой кости и дуги, стенок глазницы и верхней челюсти со смещением отломков. В этой группе больных диагностировано необильное кровотечение из соответствующей половины носа, иногда - подкожная эмфизема, кровоизлияние в клетчатку глаза

нижнего века, хемоз, на стороне поражения определяется тугой звук, косметическое нарушение, функциональные нарушения, снижение чувствительности в зоне иннервации подглазничного нерва, диплопия, ограниченное открывание рта.

По данным ряда авторов из оперативных методов лечения переломов скуловой кости и дуги, стенок глазницы и верхней челюсти со смещением отломков большое распространение получил метод вправления костных отломков однозубым крючком Лимберга. Однако данная операция выполняется вне ротового способа. Поэтому длительное время больные находились на стационарном лечении.

При данных патологиях после остеосинтеза мини пластинками, нами используется внутри ротовая операция по методу Колдуэлл -Люка. При переломах скуловой кости и нижней стенки глазницы остеосинтез произведен с помощью мини пластинок из никелида титана. Трубка катетера Фолея выводилась из полости гайморовой пазухи через назоантральное соустье в нижнем носовом ходу наружу с последующим надуваем его балончиком. Швы на слизистой оболочке преддверия полости рта сняты на 7-е сутки. Катетер удален на 12-е сутки. Преимущество операции состоит в том, что во время открывания рта, пережевывания пищи и контакта зубов при смыкании челюстей смещения костных отломков не отмечается.

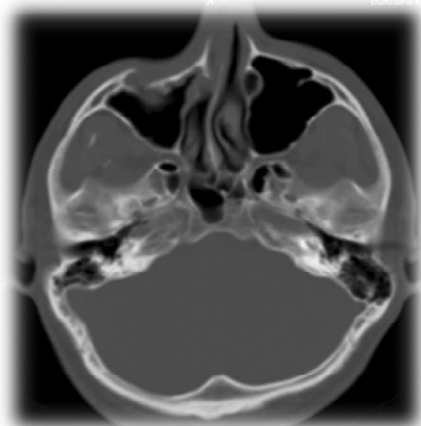


Рис. №1. Компьютерно-томография.

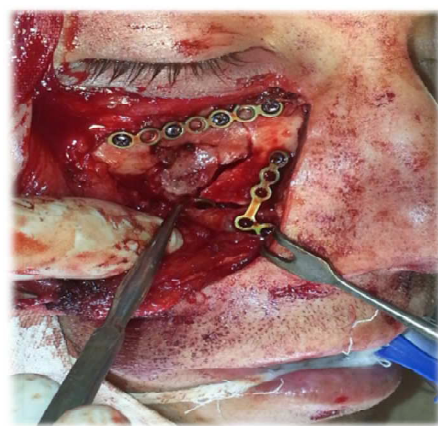
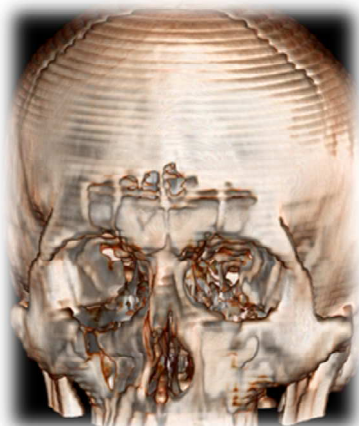


Рис. №2. После установления титановых мини пластинок.

Результат и обсуждение

Обобщение результатов хирургического лечения проводили на основании жалоб больных, внешнего и внутри ротового осмотра, данных лучевой диагностики (рентгенография в полуаксиальной и прямой проекциях, КТ) Рис. №1., назначали повторные консультации невропатолога, нейрохирурга и офтальмолога. В ряде случаев выполняли эндоскопическое исследование придаточных пазух носа.

Если перелом (Рис. №2.) сопровождается дефектом кости или смещением отломков, после остеосинтеза мини пластинками мы считаем рациональным устанавливать катетер Фолея в полость верхнечелюстной пазухи на непродолжительный срок - 8-12 суток и выводить его конец в полость рта. Если перелом сочетается с повреждением костей носа, а также

выраженной деформацией носовой перегородки, возникают определенные трудности при проведении катетера Фолея через назоантральное соустье, поэтому его конец также следует выводить через полость рта. Выведенную часть катетера Фолея фиксировали лейкопластырем в области боковой поверхности шеи и надключичной ямке. При переломах нижней стенки глазницы, стенок верхнечелюстной пазухи применяют эндопротезирование с помощью мини пластинок из никелида титана, а также реплантацию костных фрагментов. После репозиции костных отломков мы использовали двухходовые латексные катетеры Фолея размерами 16, 18, 22 по шкале Шарьера (Ch/Fr), так как эти катетеры оптимальны по своим характеристикам, удобны в использовании, просто и безболезненно извлекаются из пазухи Рис. №3..



Рис. №3. Катетера Фолея..

Выводы

Таким образом, объём хирургического вмешательства с установлением в полость ВЧП катетера Фолея при вышеуказанной травме лицевых костей напрямую зависит от степени смещения отломков костей, характера перелома, сохранения или нарушения функций глазного яблока, а также от степени тяжести патологических сдвигов в придаточных пазухах носа. На сроки проведения оперативных лечебных мероприятий оказывают непосредственное влияние степень тяжести повреждений структур головного мозга, выраженные нарушения жизненно важных функций ор-

ганов и систем, а также наличие заболеваний общесоматического характера. Реконструктивно-восстановительные операции на средней зоне лицевого черепа имеют большую успешность при использовании фиксирующих устройств из материалов с памятью формы, а также их комбинации с титановыми пластинами. С целью повышения эффективности и улучшения результатов оперативного лечения необходимо соблюдать следующее условие - воссоздание поврежденных структур лицевого скелета в наиболее полном объеме. Также необходимы предупреждение возникновения травматического гайморита и восстановление функции дыхания через нос. Мультидисциплинарный подход к диагностике у таких пациентов и их лечению, по нашему мнению, является залогом максимально ранней и полной реабилитации, что соответствует современным тенденциям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. С.Р. Хосе Мигель. Оптимизация алгоритма медицинской реабилитации больных с переломами скуло-орбитального комплекса. ГОУВПО "Московская медицинская академия". - Москва, 2011.- 95 с.
2. Ян Синь. Хирургическое лечение переломов скулоглазничного комплекса с повреждением стенок верхнечелюстного синуса. Москва 2014 г. Автореферат.
3. Г.И. Юрьева. Лечение и профилактика верхнечелюстного синусита при скуловерхнечелюстных переломах в условиях сочетанной травмы. 2010 г.
4. Г.К. Петрович. Современный подход к комплексному лечению сочетанных повреждений челюстно-лицевой области. Санкт-Петербург 2016.

Поступила 09. 11. 2020