

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАНОЙ ТРАВМЕ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ОРГАНОВ СЛЕЗОТВОДЕНИЯ У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

АзГИУВ им.А.Алиева, кафедра офтальмологии*

Национальный Центр Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой, г.Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *травматический дакриоцистит, гипертрофические рубцы*

Травмы органов слезоотведения составляют примерно 25% всех случаев травм придаточного аппарата глаза [1, 2]. Зачастую повреждения слезоотводящего аппарата сочетаются с нарушением целостности мягких тканей лица, век, возможными переломами костей носа и глазницы. Для восстановления поврежденных структур, как правило, требуется хирургическое вмешательство. Повреждения, вызванные травмой, могут привести как к косметическим, так и к функциональным дефектам в области лица. Расположенные в области век артерии, вены, ветви тройничного нерва тесно связаны с тканями глазного яблока. Нарушение их целостности небезопасно для функционирования вспомогательного аппарата органа зрения, а в ряде случаев и для самого глаза [3]. Одним из неприятных последствий травмы и ее хирургического лечения является образование грубых гипертрофических рубцов. Усугубляет ситуацию локализация повреждений в области лица. Выделяют 5 стадий заживления раны: альтерация, сосудистая реакция, экссудация, пролиферация, созревание рубцовой ткани. Восстановление тканей после операции классически проходит все стадии заживления раневого процесса. Течение всех фаз восстановления тканей после травмы, а особенно первой фазы – альтерации – носит более активный характер у детей, чем у взрослых пациентов. В результате в детской практике значительно чаще наблюдаются разрастания грануляционных тканей, грубые рубцы, деформация. Степень изменений тканей после травмы зависит от индивидуальных особенностей организма (пол, возраст, конституция, состояние обмена веществ и т. д.), так и от объема повреждений (размеры раны, своевременность первичной хирургической обработки, продолжительность вмешательства, методика операции, отношение к тканям и т. д.).

В нашей практике наблюдалось несколько случаев сочетанной травмы мягких тканей лица, лицевого скелета и слезоотводящих путей. Один из них, по нашему мнению наиболее интересный, мы и хотели бы представить в данной публикации.

Пациент Р., 8 лет, родители обратились в НЦО им. академика Зарифы Алиевой с жалобами на постоянное слезо- и гноетечение из правого глаза. По словам родителей, месяц назад ребенок получил травму костей черепа и мягких тканей правой стороны лица в автоаварии. Первичная хирургическая обработка раны была произведена хирургами челюстно-лицевого отделения.

При поступлении: VisOD=0,3, с коррекцией 1,0; VisOS=1,0.

R OD: H2,0 D, R OS: H1,0 D.



Рис.1. Грубые гипертрофические рубцы тканей лица после автоаварии и первичной обработки раны

На правой стороне лица наблюдались грубые рубцовые изменения, проходящие через медиальный угол глазной щели. Глазная щель полуоткрыта, веки полностью не смыкались. Нижнее веко деформировано, оттянуто вниз. Слезостояние, слезотечение, гнойные выделения. В области слезной точки рубцовые изменения (рис.1). Роговица прозрачна, светопреломляющие среды без патологии. На глазном дне видимой патологии не обнаружено. Левый глаз практически здоров.

Решение о повторном хирургическом вмешательстве принималось совместно с челюстно-лицевыми хирургами. Учитывая тот факт, что процессы рубцевания продолжаются до 6-12 месяцев, было принято решение выждать этот срок. По истечении указанного периода пациенту было предложено одномоментно произвести пластику гипертрофических рубцовых тканей лица и органов слезоотведения. Операция проводилась на базе Клинического медицинского центра, совместно с челюстно-лицевыми хирургами. В ходе хирургического вмешательства было произведено иссечение грубых рубцовых изменений и произведена пластика деформированных участков кожи лица. Параллельно была произведена дакриоцистириностомия с интубацией силиконовой трубки [4]. Операция производилась через разрез, сделанный для коррекции гипертрофических тканей, что уменьшило риск возникновения новых рубцовых изменений. Мягкие ткани были отсепарованы тупым путем, в кости сформирована риностома при помощи ручного трепана диаметром 8мм. Деформированный рубцовыми тканями слезный мешок был расправлен. При помощи зонда, проведенного через слезную точку, тупым путем был создан слезный каналец, опускающийся в просвет слезного мешка. Из остатков тканей слезного мешка сформирован лоскут, опущенный в риностому. Из слизистой носа также сформирован четырехугольный лоскут. Слизистые оболочки были уложены навстречу друг другу, в риностому интубирована резиновая турунда. Через слезные точки и новообразованные слезоотводящие пути проведена силиконовая трубка, опущенная вторым концом в полость носа через риностому. Далее была закончена пластика мягких тканей и кожи лица (рис.2).

Послеоперационный период прошел спокойно, рана ежедневно обрабатывалась, в конъюнктивальную полость закапывались глазные капли Тобрадекс. На 4 сутки резиновая турунда была удалена. Силиконовые трубки оставлены в просвете слезоотводящих путей на 6 месяцев и удалены по истечении указанного срока.

Через 6 месяцев после хирургического вмешательства наблюдалось легкое слезостояние. Слезовсасывающая проба 10 минут (несколько замедлена), слезно-носовая проба 20 минут. При промывании слезоотводящих путей промывная жидкость проходит в полость носа. Результат операции признан удовлетворительным.

При обсуждении данного клинического случая, хотелось бы отметить, что при грубых травматических изменениях слезоотводящей трубки достаточно сложно получить отличные результаты после дакриоцистириностомии. Объясняется это тем, что слезотводящие пути в норме несут на себе не только функцию отведения слезы, но и всасывания слезной жидкости из конъюнктивальной полости. Активное всасывание обусловлено особенным кольцевым расположением гладкой мускулатуры в слезном каналце и в области слезной точки. Искусственно созданная слезная трубка не обладает такой мускулатурой, а если ход гладкой мышцы и сохранен, ее активно всасывающая функция нарушается. В связи с этим, остаточное слезостояние у данных пациентов считается нормальным.



Рис.2. Внешний вид больного на 2 сутки после совместного оперативного вмешательства

Особое внимание хотелось бы уделить вопросу первичной обработки раны. Несомненно, результаты восстановления слезоотводящих путей в кратчайшие сроки после травмы значительно лучше. В тех случаях, когда общее состояние пациента позволяет необходимо проведение первичной хирургической обработки офтальмолога совместно с челюстно-лицевым хирургом. Это позволит максимально сохранить анатомическое расположение не только мягких тканей лица, но и при возможности восстановить целостность слезоотводящих путей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бржеский В.В., Трояновский Р.Л. Хирургическое лечение повреждений слезоотводящих путей. Рук-во для врачей: Современная офтальмология / под ред. В.Ф.Даниличева. Спб.: Питер, 2000, с. 396-416.
2. Намазова И.К., Заргарли И.А., Алиева Г.Ш., Кулиев Э.Р. К анализу травматических повреждений слезоотводящего аппарата / Мат. I съезда молодых офтальмологов Азербайджана, Баку, 2007, с.136-139.
3. Бржеский В.В., Чистякова М.Н., Дискаленко О.В. и др. Тактика лечения стенозов слезоотводящих путей у детей / Современные проблемы детской офтальмологии: Матер. Юбилейной научной конференции, посвященной 70-летию основания первой в России кафедры детской офтальмологии. Спб., 2005, с. 75-76.
4. Волков В.В., Султанов М.Ю. Наружная дакриоцисториностомия. Л., 1975, 56 с.

Sultanova M.M.*, Haşimova N.F.

UŞAQLARDA ÜZ TOXUMALARIN VƏ YAŞAPARICI YOLLARIN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNƏ CƏRRAHİ YANAŞMA (KLİNİKİ HAL)

Ə.Əliyev ad. AZDHTİ, oftalmologiya kafedrası*

Akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh., Azərbaycan

Açar sözlər: *travmatik dakriosistit, hipertrofik çapıqlar*

XÜLASƏ

Yaşaparıcı aparatının yaralanması tez-tez uzun yumşaq toxumalarının və kəllə sümüklərinin travmaları ilə birgə müşahidə olunur. Hazırkı məqalədə, təcrübəmizdə müşahidə etdiyimiz bənzər hal təsvir edilmişdir. Xəstə R., 8 yaş, sağ gözündən daimi yaş və irinaxması şikayəti ilə xəstəxanasına müraciyyət etmişdir. 1 ay əvvəl avtomobil gəzasında uzun yumşaq toxumalarının və kəllə sümüklərinin travma almışdır. Təkrar cərrahi əməliyyat oftalmoloq və üz-çənə cərrah birgə aparılmışdır. Yaşaparıcı yolların, uzun yumşaq toxumalarının və kəllə sümüklərinin müştərək zədəsi ilə pasiyentin cərrahi müalicəsinin nəticələri göstərmişdir ki, oftalmoloq və üz-çənə cərrahının fəaliyyəti birgə aparılmalıdır. Həmin travmaların erkən birincili cərrahi işlənməsi zamanı daha yaxşı nəticələrin əldə olunması müşahidə edilmişdir.

Sultanova M.M.*, Gashimova N.F.

SURGICAL APPROACH TO COMBINED TREATMENT OF TRAUMATIC INJURIES OF TEAR-ABDUCTING DEVICE AND FACE TISSUE IN CHILDREN (CLINICAL CASE)

*Azerbaijan Institute of Postgraduate Education named after A.Aliyev**

National Centre of Ophthalmology named after acad. Zarifa Aliyeva, Baku, Azerbaijan

Key words: *traumatic dacryocystitis, hypertrophic scars*

SUMMARY

Trauma to the organs of lacrimation is often combined with injuries of the soft tissues of the face and bones of the skull. In this article we describe the case of a combined trauma observed in our practice. Patient P. turned to the clinic with complaints of a persistent tear and suppuration from the right eye. 1 month earlier he received a combined trauma to the bones of the skull and soft tissues of the face in a car accident. Repeated surgery was performed jointly by an ophthalmologist and maxillofacial surgeon. The results obtained by us in the course of working with this patient demonstrate the need for the ophthalmologist and the maxillofacial surgeon to work together to help this group of patients. The best results are observed with early surgical treatment of the wound.

Для корреспонденции:

Султанова Марият Мамедовна, доктор философии по медицине, старший лаборант кафедры офтальмологии АзГИУВ им. А.Алиева

Гашимова Нубар Файзы кызы, доктор философии по медицине, старший научный сотрудник отдела детской глазной патологии Национального Центра Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой

Адрес: AZ1000, г.Баку, ул. Джавадхана, 32/15.

Тел.: (99412) 569-91-36, (99412) 569-91-37

Email: administrator@eye.az; www.eye.az; sultmm@hotmail.com