

Сучасні підходи до хірургічного лікування фронто-синусно-орбітальних ушкоджень в гострому періоді травми

Марченко О.А., Іонов Т.А., Сірко А.Г.

КЗ "Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова",

ДУ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України",

Дніпро, Україна

Вступ. Переломи лобної кістки часто не обмежуються стінками лобного синусу (ЛС) та верхнім краєм орбіти, а поширюються на основу черепа, середню зону лицьового скелету. Лікування таких переломів ускладнюється наявністю інтракраніальної патології: розривами твердої оболонки головного мозку (ТОГМ) з назальною ліквореєю та/чи пневмоцефалією, вогнищами забою/розтрощення лобних часток, внутрішньочерепними гематомами, внутрішньочерепною гіпертензією. До останнього часу переважав хірургічний підхід, що полягав у відмові від первинної реконструкції, а перевага надавалась резекційній трепанації. В інших випадках проводилось консервативне лікування до моменту появи внутрішньочерепних ускладнень.

Мета - обґрунтувати активну хірургічну тактику при фронто-синусно-орбітальних ушкодженнях (ФСОУ) в гострому періоді травми з ранньою краніофасіальною реконструкцією.

Матеріал і методи. Проведено проспективний аналіз результатів лікування 58 потерпілих з ФСОУ, які знаходились на лікуванні у відділенні церебральної нейрохірургії № 2 КЗ "ДОКЛМ" з 2009 по 2016 рік включно. Чоловіків - 48 (82,8%), жінок - 10 (17,2%). Вік потерпілих коливався від 21 до 64 років.

Хірургічне втручання мало на меті: захист інтракраніальних структур, герметизація порожнини черепа, корекція внутрішньочерепної гіпертензії, попередження ранніх та пізніх гнійно-запальних ускладнень, корекція деформації та відновлення форми лобної ділянки.

Хірургічна тактика залежала від тяжкості стану потерпілого, ступеня зміщення кісткових уламків передньої та задньої стінок ЛС, наявності перелому в ділянці лобно-носового протоку, наявності супутньої внутрішньочерепної патології (пневмоцефалія, назальна лікворея, внутрішньочерепні гематоми, набряк мозку, дислокаційний синдром).

Комп'ютерна томографія головного мозку (КТГМ) виконана всім хворим при госпіталізації до стаціонару на 16-зрізовому, спіральному КТ Asteion [фірми Toshiba]. Крок між зрізами складав 1мм.

Виконувались наступні види хірургічних втручань:

- відкрита репозиція та фіксація кісткових уламків передньої стінки зі збереженням функції ЛС - 12 потерпілих;
- первинна пластика передньої стінки ЛС - 9 потерпілих;
- облітерація ЛС - 10 потерпілих;
- краніалізація ЛС - 14 потерпілих;
- внутрішня/зовнішня декомпресія та облітерація/краніалізація ЛС - 13.

Останню групу склали пацієнти з тяжкими інтракраніальними ушкодженнями та вираженим набряком головного мозку. Потерпілим першим етапом проводилася внутрішня (шляхом видалення гематом та вогнищ розтрощення мозку) та/або зовнішня декомпресія мозку (біфронтальна чи гемілатеральна декомпресивна краніектомія). Після зменшення ВЧТ другим етапом проводилась краніалізація ЛС та пластика основи передньої черепної ямки.

Результати. В першу добу після отримання травми оперовані 47 (81,3%) потерпілих. На протязі 2-7 доби з моменту травми оперовані 11 (19%). Не було відзначено епізодів назальної ліквореї та гнійно-септичних ускладнень.

Висновки. Застосування диференційованого підходу до хірургічного лікування складних краніофасціальних переломів дозволяє досягти швидкого косметичного результату та уникнути гнійно-запальних ускладнень.

Ключові слова: фронто-синусно-орбітальні ушкодження, тяжка черепно-мозкова травма, хірургічне лікування, лобний синус, рання

реконструктивна нейрохірургія, первинна пластика, облітерація, краніалізація, декомпресивна краніектомія.