

ОСОБЛИВОСТІ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ТРАВМАМИ ЛОБНОЇ ПАЗУХИ

Дєєва Юлія Валеріївна

д.мед.н., проф., завідувач кафедри оториноларингології,

Бондаренко Ярослава Вікторівна

аспірант кафедри оториноларингології

Національний медичний університет

імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ: Лобна кістка має досить товстий кортикальний шар, проте ударна хвиля великої потужності здатна травмувати лобну пазуху. Серед основних причин виникнення травм стінок лобної пазухи виділяють побутовий, виробничий травматизм, дорожньо-транспортні пригоди, кримінальні та спортивні травми. На території України тривалий час ведуться активні бойові дії. А оскільки проти цивільного населення активно застосовується переважно артилерійська зброя та масивні ракетні удари, то частка травм в структурі захворюваності за останні 7 місяців значно підвищилась не тільки в прифронтових містах, а і на всій території України.

Серед усіх переломів лицьової частини кісток черепа, за даними різних авторів, від 5 до 15% припадає на лобну пазуху. 30% травм лобної пазухи складають переломи передньої поверхні лобної кістки. Часто травма є комбінацією перелому передньої, задньої стінки лобної пазухи та лобної западини. Ізольовані травми задньої стінки лобної пазухи трапляються вкрай рідко.

В літературі підкреслюють основні цілі лікування травми лобного синусу, виділяючи при цьому: відновлення контуру чола, тобто усунення косметичних дефектів передньої стінки лобної пазухи; функціонально обґрунтовані втручання, коли першочерговою метою є відновлення цілісності стінок пазухи та захист внутрішньочерепного вмісту; запобігання можливим ускладненням - розвитку мукоцеле, мукопіоцеле, ліквореї, менінгіту та

хронічного синуситу.

Мета роботи: дослідити особливості вибору раціональної тактики лікування при травмах лобної пазухи.

Матеріали і методи. На базі кафедри оториноларингології НМУ імені О.О. Богомольця з 2020 по 2022 роки спостерігались 8 пацієнтів з діагнозом «Травма лобної пазухи» за МКХ 10 S02.0 Перелом склепіння черепа, включаючи перелом лобової луски, лобової кістки. Серед групи пацієнтів, 5 з них отримали травму в наслідок дорожньо-транспортних пригод, 2 випадки - побутовий травматизм, 1 – внаслідок впливу вибухової хвилі під час ракетного удару. Всім пацієнтам було проведено фізикальне обстеження та комп'ютерна томографія голови. Оцінювався візуальний дефект передньої та нижньої стінки лобної пазухи та супутня симптоматика. За допомогою КТ чітко візуалізували кістковий дефект, наявність вільних кісткових уламків та obturaцію шляху відтоку з синусу.

Результати і обговорення: У 2 випадках травма була комбінована із залученням задньої стінки лобної пазухи. У 6 пацієнтів виявлено ізольований дефект передньої пластинки лобної кістки: 2 випадки – встановлено перелом без зміщення кісткових уламків; 2 пацієнти мали мінімальний кістковий дефект з глибиною зміщення до 4 мм та менше; ще 2 – зі значним зміщенням кісткових уламків більше 4 мм та візуальною деформацією контуру чола.

Для пацієнтів з перелом без зміщення кісткових уламків та з мінімальним зміщенням без явного естетичного дефекту було обрано обсерваційний підхід із довготривалим спостереженням, зважаючи на ризики хірургічного втручання, що включають ятрогенну деформацію. Існує низка вагомих публікацій, що доводять обґрунтованість такого підходу при мінімальних дефектах, проте це не виключає можливість виникнення відтермінованих ускладнень у таких пацієнтів.

Пацієнту, зі зміщенням кісткових фрагментів більше 4 мм було проведено підняття кісткових фрагментів за допомогою елеватора через надбрівний розріз. У іншому випадку видалення кісткових фрагментів та закриття дефекту за

допомогою титанової пластини. Обом пацієнтам проводилась FESS з відновленням фронтоназального відтоку в межах Draf type IIa-IIb.

Пацієнтам з комбінованою травмою було використано коронарний доступ, проведено видалення вільних кісткових уламків задньої і передньої стінки та закриття пазухи алотрансплантатом - гідроксиапатитним цементом. Попередньо проведено видалення слизової з пазухи.

Існує кілька способів доступу до задньої стінки, які включають коронарний доступ, трепанацію з ендоскопічною реконструкцією та суто ендоскопічні методи. Раніше ці переломи лікували за допомогою краніалізації, видаляючи всю слизову оболонку пазухи із уламками задньої стінки після чого тверда мозкова оболонка та лобові частки заповнюють мертвий простір протягом наступних тижнів або місяців. У сучасну епоху показання до краніалізації є досить суперечливими, більшість дослідників схиляються до того, що краніалізація залишається золотим стандартом лише при значних внутрішньочерепних пошкодженнях.

Висновки: Вибір відповідної методики залежить від ступеня зсуву кісткових уламків, косметичного дефекту і досвіду хірурга. Завдяки численним дослідженням, які повідомляють про безпеку спостереження за переломами передньої кістки, а також сприятливі косметичні результати після спадання набряку, існує тенденція до консервативного лікування цих переломів. Для виправлення деформації контуру чола існують різні доступи до передньої стінки лобної пазухи. Вінцевий клапоть забезпечує найширший огляд і може бути корисним при масивних осколкових переломах передньої пластини.

За необхідності повинна бути видалена слизова оболонка лобного синуса, щоб запобігти защемленню та подальшому розвитку мукоцеле чи мукопіоцеле.

FESS є обов'язковим етапом оперативних втручань при переломах стінок лобного синусу, а також в певних випадках може навіть стати самостійним і єдиним доступом.