

Все операции при применении обеих техник выполнялись в один этап, что позволяло одномоментно восстановить как функциональный, так и эстетический компонент. При наличии смещения носовой перегородки

Носовое дыхание, как основной функциональный элемент, было восстановлено у всех пациентов. При эндоскопии носа спустя один месяц после оперативного лечения была установлена обычная риноскопическая картина. Оценка эстетического результата получила положительное заключение у всех пациентов.

Таким образом, проанализировав все этапы ведения данной категории пациентов, можно выделить следующие преимущества сохраняющей ринопластики: сохранение собственных костно-хрящевых структур спинки носа; сохранение внутреннего носового клапана; естественный и натуральный вид спинки носа; сохранение чувствительности спинки и кончика носа; сохранение нормальной работы потовых и сальных желез кожных покровов; сокращение длительности операции; сокращение периода послеоперационной реабилитации.

РИНОСИНУСОГЕННЫЕ ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

**Шамрило Г.Н., Стецко С.Ю., Полховский В.И.,
Каминский С.А., Сковородко Е.Е.,
Маренкова В.С., Сугак Е.С.**

Брестская детская областная больница

Актуальность. Одной из проблем в детской оториноларингологии остается лечение пациентов с риносинусогенными орбитальными осложнениями (РОО). Компьютерная томография (КТ) является эффективным методом диагностики заболеваний околоносовых пазух (ОНП) и орбиты помогает дифференцировать РОО от гематомы, эмфиземы, аллергического отека и рожистого воспаления века, дакриоцистита, опухолей глазницы, остеомиелита верхней челюсти [1].

Цель. Оценить возможности ранней диагностики РОО посредством КТ ОНП и орбит и применения малоинвазивных методов лечения.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 1433 случая острых риносинуситов (ОРС) за 7 лет среди пациентов ЛОР-отделения УЗ «Брестская детская областная больница». Из их числа изучена медицинская документация 28 человек, у которых имелись риносинусогенные орбитальные осложнения.

Результаты. Частота встречаемости ОРС составила от 155 до 254 случаев в год (в среднем 205 случаев). При этом частота РОО от 0 до 13 случаев

в год (в среднем 4 случая, что составило 2% от общего числа больных ОРС). Продолжительность лечения в стационаре от 4 до 27 койко-дней (в среднем 11 к/д). РОО на левый глаз имелись у 16 пациентов (57%), на правый глаз у 11 пациентов (39%) и у 1 пациента РОО были на оба глаза (4%). Возраст пациентов с РОО составил от 1 года до 14 лет. Из них 21 мальчик (75%) и 7 девочек (25%). У 24 (86%) пациентов РОО носили негнойный характер (только реактивный отек век и клетчатки), а у 4 (14%) гнойный (абсцессы и периостит орбиты, флегмона мягких тканей). Всем пациентам выполнялась КТ ОНП и глазниц. Признаками гнойных РОО являлись резкое смещение глазного яблока, выраженный отек век и параорбитальной клетчатки, формирование полости абсцесса. Все пациенты получали антибактериальную терапию. Пяти пациентам (18%) проводилось консервативное лечение с анемизацией и промыванием носа методом перемещения жидкости. Шести пациентам (21%) была выполнена только пункция верхнечелюстных (в/ч) пазух. Восьми пациентам (29%) сначала выполнялась пункция в/ч пазух, но затем понадобилось проведение санлирующей операции (СО) на ОНП в связи с отсутствием достаточной эффективности лечения. И девяти пациентам (32%) по абсолютным показаниям сразу была выполнена СО на ОНП, из них двум пациентам потребовалось хирургическое вмешательство на орбите (орбитотомия, дренирование абсцесса).

Выводы:

1. Признаки РОО по данным КТ помогают выбрать эффективную тактику лечения и объем хирургического вмешательства.
2. При подтверждении признаков гнойных РОО по КТ необходимо экстренно выполнять санлирующую операцию на ОНП.
3. Ранняя и точная диагностика позволила ограничиться консервативным лечением либо малоинвазивным вмешательством у 39% пациентов с РОО.

Литература

1. Киселев А.С. Информативные возможности многоплоскостных и объемных реконструкций компьютерно-томографического изображения околоносовых пазух и полости носа и их значения в ринохирургии. / А.С.Киселев, Д.В.Рудеико // Рос. ринология, 2002. – № 3. – С. 58-60.