

В. П. Николаенко, В. В. Захаров

ОРБИТАЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	4
Введение	5
Классификация переломов глазницы	7
Алгоритм обследования пациента с повреждением орбиты ...	7
Лучевое исследование глазницы	11
Изолированные «взрывные» переломы нижней стенки глазницы	20
Переломы медиальной стенки глазницы	26
Назоорбитоэтмоидальные переломы	28
Скулоорбитальные переломы	32
Переломы верхней челюсти по типу Ле Фор II и III	35
Переломы верхней стенки глазницы	38
Список литературы	42

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГЛАЗНИЦЫ

Наиболее распространенные типы орбитальных переломов:

- изолированные переломы нижней стенки глазницы;
- изолированные переломы медиальной стенки глазницы;
- переломы скулоорбитального комплекса (вовлекающие нижнюю и латеральную стенки);
- назоорбитоэтмоидальные (НОЭ) переломы (вовлекающие нижнюю и медиальную стенки);
- переломы верхней челюсти по типу Ле Фор II и III (с вовлечением медиальной, нижней и латеральной стенок);
- фронтобазальные переломы (включающие фрактуры верхней стенки глазницы; переломы вершины орбиты, в том числе с вовлечением зрительного канала; локальные переломы, вызванные острыми предметами, вонзившимися в орбиту).

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОРБИТЫ

I. Первостепенное значение имеет оценка и, при необходимости, нормализация витальных функций организма — кровообращения и дыхания.

Повреждение орбиты в рамках фронтобазальной травмы или переломов Ле Фор может осложниться жизнеугрожающим наружным кровотечением или интракраниальным повреждением внутренней сонной артерии. Функция внешнего дыхания может страдать из-за попадания крови или инородных тел (фрагменты зубов) в верхние дыхательные пути.

II. Следующий шаг — оценка неврологического статуса.

Тошнота/рвота или судорожный синдром должны насторожить врача, принимающего такого пациента, так как отсутствие явной неврологической симптоматики в момент поступления не исключает наличия у пострадавшего внутричерепной гематомы.

Пристальное внимание следует уделить *состоянию шейного отдела позвоночника*, повреждение которого служит противопоказанием к выполнению компьютерной томографии (КТ) в корональной проекции, наиболее информативной при оценке состояния глазничных стенок (рис. 1).

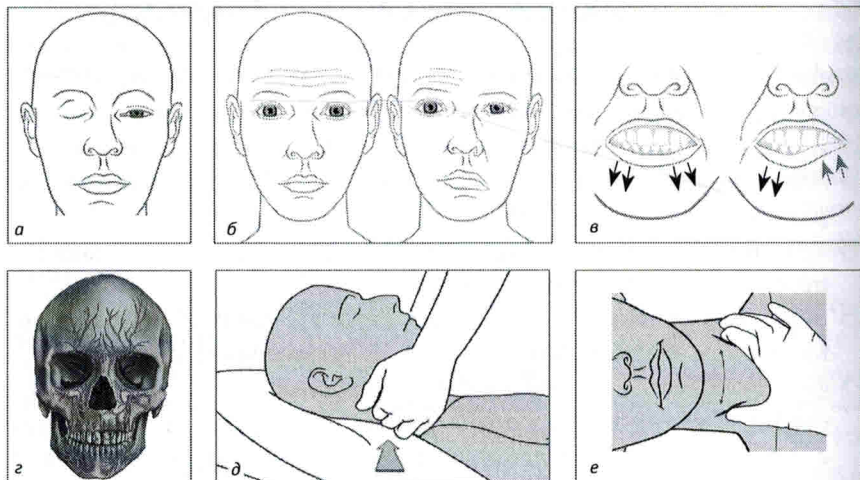


рис. 1. Оценка неврологического статуса: а — повреждение скуловой ветви лицевого нерва (лагофthalm); б — поражение височной (птоз брови) и щечной (опущение угла рта) ветвей лицевого нерва; в — гипofункция его краевой ветви нижней челюсти; г — соматом подглазничного нерва; д — пальпация шейного отдела позвоночника; е — пальпация передней поверхности шеи для диагностики повреждения гортани. При подготовке рисунка использованы материалы сайта www.aofoundation.org и www.sciencephoto.com

III. Затем осуществляют осмотр органа зрения.

При оценке остроты зрения следует учитывать возможность наличия у пострадавшего аномалий рефракции (требующих очковой или контактной коррекции), катаракты, глаукомы, возрастной дегенерации сетчатки, влияющих на результаты визометрии, но не свидетельствующих о повреждении глазного яблока или зрительного нерва. Низкая острота зрения в приемном отделении может быть обусловлена примесью крови в слезе, болью, интоксикацией, испугом, не позволяющими пострадавшему сконцентрироваться. В общем, тщательная визометрия на этапе поступления в стационар зачастую невозможна и, наверное, не столь важна, но амавроз однозначно свидетельствует о серьезном повреждении зрительного анализатора.

Затем осуществляют ориентировочную оценку поля зрения и моторики глазных яблок (при необходимости с использованием тракционного теста), сохранности бинокулярного характера зрения, положения глазного яблока в орбите, зрачковых реакций (рис. 2).

Прямые и содружественные реакции зрачка выступают единственным интегральным показателем функционирования зри-

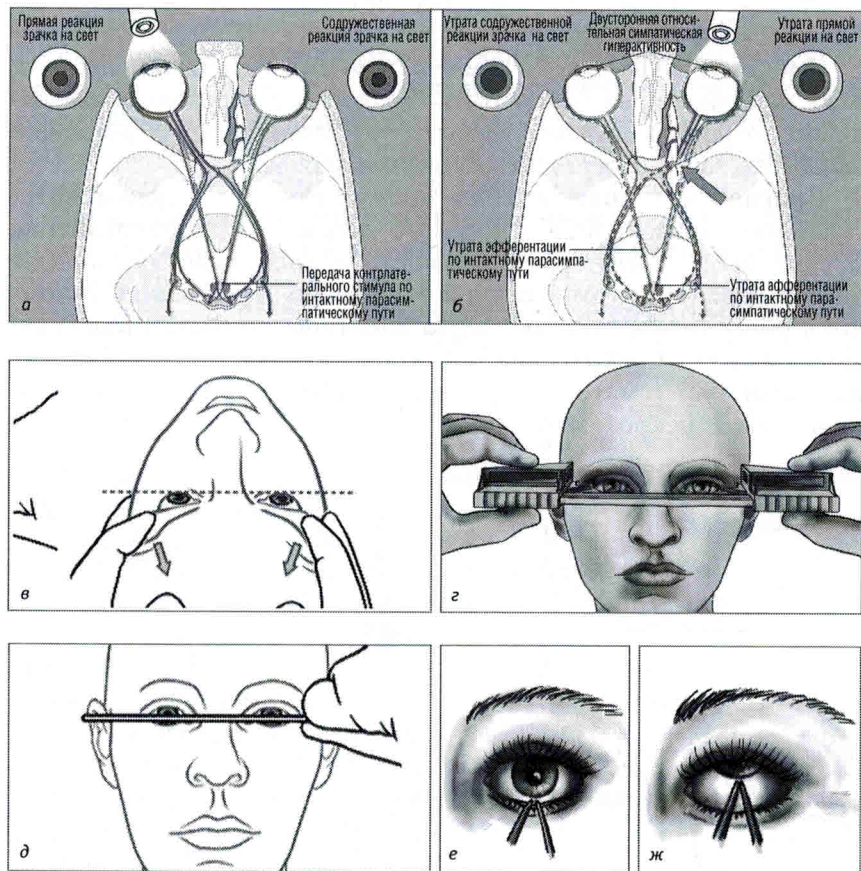


Рис. 2. Оценка состояния органа зрения: а, б — рефлекторная дуга афферентного зрачкового дефекта (зрачок Маркуса – Гунна: ослабленная прямая реакция зрачка на свет при сохраненной содружественной. Суть симптома заключается в парадоксальной реакции зрачка при быстром перемещении светового пятна со здорового глаза на больной, зрачок которого при освещении не только не сужается, но и расширяется вследствие утраты прямой реакции из-за нарушения афферентной части дуги зрачкового рефлекса); в — методика ориентировочной оценки аксиальной дистопии (эно- или экзофтальм); г — экзофтальмометрия; д — оценка вертикальной (гипертропия, гипоглобус) дистопии; е, ж — тракционный тест: положительный тест — затрудненная пассивная супрадукция, указывающая на ущемление нижней прямой мышцы в зоне перелома

тельного анализатора при нахождении пациента в бессознательном состоянии. Афферентный зрачковый дефект (зрачок Маркуса – Гунна) свидетельствует о серьезной травме зрительного нерва, как правило, в рамках НОЭ-перелома, фронтобазальной травмы или перелома верхней челюсти по типу Ле Фор III.

IV. Следующий этап — оценка состояния ЛОР-органов и зубочелюстной области.

Принципиально важен *осмотр наружного слухового прохода*. Если наличие крови может быть обусловлено переломом мыщелкового отростка нижней челюсти, то отоликворея однозначно свидетельствует о переломе основания черепа.

Диагностику повреждений носа начинают с оценки интегрального показателя — носового дыхания. Его затруднение предполагает следующие диагностические шаги: пальпацию костей носа (симптом «костной ступеньки», крепитация отломков); риноскопию, позволяющую идентифицировать продолжающееся или прекратившееся кровотечение, назоликворею, подслизистую гематому перегородки носа, чреватую абсценированием и некрозом хряща.



Рис. 3. Алгоритм диагностики состояния ЛОР-органов и зубочелюстной области: а — оценка носового дыхания; б — гематома перегородки носа; в—д — пальпация костей лица (в — носа; г — над- и подглазничного края; д — скуловой кости и скуловой дуги); е — оценка подвижности верхнего зубного ряда; ж — оценка подвижности средней зоны лица; з — оценка подвижности центрального фрагмента средней зоны лица. При подготовке рисунка использованы материалы сайта www.aofoundation.org