

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОНСЕРВАТИВНОГО ВЕДЕНИЯ ИНФЕРОМЕДИАЛЬНОГО ПЕРЕЛОМА СТЕНКИ ОРБИТЫ

Родько И.А.*, Сидоренко О.Э., Рожко Ю.И., Бобр Т.В.

DOI: 10.25881/20728255_2024_19_4_S1_19

ГУ «Республиканский научно–практический центр радиационной
медицины и экологии человека», Гомель

Резюме. Обоснование. Орбитальные переломы являются одной из наиболее распространенных травм средней зоны лица, уступая лишь повреждениям костей носа у взрослых и нижней челюсти у детей. Увеличение частоты травм лицевого скелета, сложность диагностики, мультидисциплинарное взаимодействие, неоднозначность и отсутствие единых алгоритмов лечения и реабилитации таких пациентов повышают интерес к изучению темы орбитальных переломов, требуют совершенствования подходов в диагностике и лечении.

Цель. Демонстрация клинического случая консервативного ведения инферомедиального перелома орбиты.

Методы. Пациентка при выходе из автобуса споткнулась и ударила левой половиной лица о бордюр. Обратилась за медицинской помощью. Выставлен диагноз: Инферомедиальный перелом орбиты, предложено хирургическое лечение. От хирургии пациентка отказалась. Проведено консервативное лечение.

Результаты. Через 3 месяца с момента установления диагноза, достигнуто практически полное восстановление функций и отсутствие эстетической деформации. **Выводы.** Оптимальный план лечения часто бывает изменчивым, и зависит от клинической ситуации, степени повреждения и уровня комфорта пациента.

Ключевые слова: переломы орбиты, инферомедиальный перелом, консервативное лечение, клинический случай.

Клинический случай консервативного ведения инферомедиального перелома стенки орбиты

Актуальность

В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты встречаемости травм лицевого скелета, а также усиление тяжести повреждений средне – и высокоэнергетические травмы и рост числа алкогольассоциированных травм [1; 2]. Социальную значимость определяют молодой, трудоспособный возраст пациентов, экономические затраты и высокий уровень инвалидизации пациентов [2]. Орбитальные переломы являются одной из наиболее распространенных травм средней зоны лица, уступая лишь повреждениям костей носа у взрослых и нижней челюсти у детей. Основные механизмы повреждения орбиты – дорожно-транспортные происшествия и криминальная травма (на каждую из перечисленных причин приходится до 40% переломов), нередко при занятии спортом [3]. За последние годы встречаемость переломов орбиты возросла и достигла 12,8 на 100 000 человек в 2023 году. Увеличение частоты травм лицевого скелета, сложность диагностики, мультидисциплинарное взаимодействие, неоднозначность и отсутствие единых алгоритмов лечения и реабилитации таких пациентов повышают интерес к изучению темы орбитальных переломов, требуют совершенствования подходов в диагно-

CLINICAL CASE OF CONSERVATIVE MANAGEMENT OF INFEROMEDIAL ORBITAL WALL FRACTURE

Radzko I.A.*, Sidorenko O.E., Razhko Yu.I., Bobr T.V.

Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel

Abstract. Justification. Orbital fractures are one of the most common injuries of the middle zone of the face, second only to damage to the bones of the nose in adults and the lower jaw in children. An increase in the frequency of facial skeletal injuries, the complexity of diagnosis, multidisciplinary interaction, ambiguity and the lack of uniform algorithms for the treatment and rehabilitation of such patients increase interest in studying the topic of orbital fractures, require improved approaches in diagnosis and treatment.

Objective: Demonstration of a clinical case of conservative management of an inferomedial orbital fracture.

Methods. While getting off the bus, the patient tripped and hit the left side of her face on the curb. She sought medical help. A diagnosis was made: Inferomedial orbital fracture, surgical treatment was proposed. The patient refused surgery. Conservative treatment was carried out.

Results. After 3 months from the moment of diagnosis, almost complete restoration of functions and absence of aesthetic deformation was achieved. **Conclusions.** The optimal treatment plan is often variable and depends on the clinical situation, extent of injury, and patient comfort level.

Keywords: orbital fractures; inferomedial fracture; conservative treatment; clinical case.

стике и лечении [4]. Переломы орбиты могут привести к разрушительным функциональным осложнениям для функции зрения и физического и психологического благополучия человека, но понимание функциональных последствий недостаточно изучено в литературе.

Цель

Продемонстрировать на клиническом примере возможность консервативного ведения инферомедиального перелома орбиты.

Материалы и методы

В работе представлен клинический пример консервативного ведения пациентки с инферомедиальным переломом орбиты. Пациентка Ж., 44 года при выходе из автобуса споткнулась и ударила левой половиной лица о бордюр. В течение двух часов после травмы обратилась самостоятельно в кабинет экстренной офтальмологической помощи Учреждения «Гомельская областная специализированная клиническая больница» (У «ГОСКБ») с жалобами на красноту левого глаза, в последующем консультирована в ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ»). Проведено полное офтальмологическое обследование, включающее: визометрию с определением некорригированной (НКОЗ) и

* e-mail:Radzkoirina@gmail.com

максимально корригированной (МКОЗ) остроты зрения, авторефрактометрию, определение характера зрения и объема движения глазных яблок, биомикроскопию переднего и заднего отрезка с использованием бесконтактной высокодиоптрийной линзы, обзорную рентгенографию орбит в двух проекциях, оптическую когерентную томографию сетчатки, компьютерную периметрию, экзофтальмометрию. Также проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) орбит и головного мозга (ГМ). Пациентка дала согласие на публикацию изображений. Конфликт интересов отсутствует.

Результаты

При осмотре: острота зрения правого глаза – 1,0; левого глаза – 0,9; пневмотонометрия 15/15 мм рт.ст. Передний отрезок без особенностей на правом глазу, на левом – умеренный отек, гематома века, положение глаза правильное, ограничение движения глазного яблока кверху (до 150) с появлением диплопии в крайнем отведении, тотальное субконъюнктивальное кровоизлияние. Роговица и глубже лежащие структуры без видимых изменений на обоих глазах. Компьютерная томография головного мозга показала: перелом верхней стенки и гемосинус левой верхне-челюстной пазухи, не исключен ушиб зрительного нерва слева. Осмотрена неврологом, челюстно-лицевым хирургом, оториноларингологом. Назначена симптоматическая терапия, с эмпирической антибиотикопрофилактикой: растворы дексаметазона, эмоксипина, калия йодида эпibuльбарно, системно нимесулид, амоксиклав, интраназально «Ринодекса». На седьмые сутки после травмы: сохранялось двоение при взгляде вверх, жалобы на дискомфорт при работе вблизи на левом глазу, острота зрения на оба глаза 1,0, ограничение движения левого глазного яблока сохраняются в том же объеме, тракционный тест сомнительный. С противовоспалительной и противоотечной целью проведена парабuльбарная инъекция Ребоспана 1.0 мл в левый глаз (Рис. 1).

Пациентка прошла полное офтальмологическое обследование и МРТ ГМ с детализацией области орбит в ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ». На момент осмотра в ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» (13 сутки после травмы) сохраняются жалобы на боли при движении, двоение при взгляде вверх и вниз на левом глазу. Острота зрения: правый глаз – 1,0 / левый глаз – 0,7 sph – 0,25D = 1,0. Пневмотонометрия 17/18 мм рт. ст. Движение глаз в полном объеме на правом глазу, незначительное ограничение до 5° движения глазного яблока вверх и ослаблена конвергенция на этом же глазу. При пальпации стенок орбиты левого глаза: нечеткость контура, симптом «ступеньки» вдоль нижней стенки, боли при пальпации, остаточный отек нижнего века. Передний отрезок без особенностей на правом глазу, на левом – субконъюнктивальное кровоизлияние, незначительный отек бульбарной конъюнктивы. На глазном дне: на правом глазу – без особенностей, на левом – диск зрительного нерва незначительно деколорирован с виска,



Рис. 1. Фотография окологлазничной области пациентки на 7 сутки после травмы.

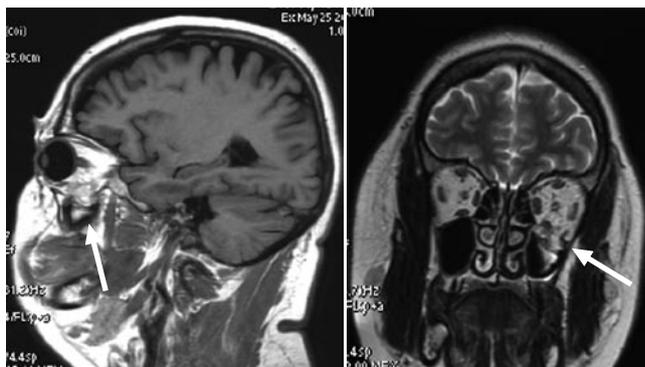


Рис. 2. МРТ снимок пациентки на 14 сутки после травмы.

сосудистое дерево без особенностей, макулярная зона и видимые отделы сетчатки без грубой очаговой патологии. Исследование на автоматизированном компьютерном периметре (поля зрения 30-2) – без особенностей. По данным оптической когерентной томографии выявлено: истончение в перипапиллярном слое нервных волокон слева в нижне-темпоральном отделе (45 мкм).

По данным МРТ (14 сутки после травмы): дефект медиальной стенки левой орбиты до 9,5 мм, со смещением клетчатки в клетки решетчатого лабиринта до 6,4 мм, внутренняя прямая мышца не смещена, однородная, умеренно утолщена до 5,3 мм, дефект нижней стенки глазницы со смещением клетчатки, мелких костных фрагментов в левую гайморову пазуху до 10,7 мм, нижняя прямая мышца умеренно смещена книзу (ущемлена?), однородная, утолщена до 7,4 мм. Отека ретробульбарной клетчатки нет (Рис. 2).

На основании полученных данных был выставлен диагноз: Левый глаз: Тупая травма глазного яблока и окологлазничной области: посттравматическое субконъюнктивальное кровоизлияние, гематома верхнего и нижнего века, стадия рассасывания. Перелом нижней и медиальной стенки орбиты со смещением (ущемлением?) нижней прямой мышцы глаза. Миопия слабой степени.

Пациентке рекомендовано продолжить курс консервативной терапии и консультация офтальмолога 10 городской клинической больницы г. Минска с целью решения вопроса об оперативном лечении. Пациентке разъяснены возможные способы лечения, последствия и осложнения данной патологии, от оперативного лечения



Рис. 3. Фотография пациентки через 3 недели после травмы.



Рис. 4. Фотография пациентки через 3 месяца после травмы.

пациентка отказалась. Принято решение о дальнейшем амбулаторном наблюдении и ведении у офтальмолога.

Через 3 недели после травмы проведено повторное введение Ребоспана парабульбарно 1.0 мл в левый глаз, в связи с хорошим ответом на первую инъекцию (Рис. 3).

Контрольный осмотр через 3 месяца после травмы: острота зрения на оба глаза 1,0. Остаточные жалобы на чувство дискомфорта при работе вблизи. Движение глаз в полном объеме. Эн офтальм 1мм на левом глазу (Рис. 4).

Заключение

Представленный случай демонстрирует возможность консервативного ведения пациента с инферомедиальным переломом орбиты. Функциональные и эстетические деформации, возникающие в результате травм орбиты, требуют от офтальмолога особой тщательности в выборе тактики ведения. Оптимальный план лечения часто бывает изменчивым, и зависит от клинической ситуации, степени повреждения и уровня комфорта пациента.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Павлов О.М., Глинник А.В., Горбачёв Ф.А. Переломы скуловой кости, скулоорбитального и скуловерхнечелюстного комплексов. Минск: Издательство БГМУ; 2019 – 34 с. [Pavlov OM, Glinnik AV, Gorbachyev FA. Perelomy skulovoy kosti, skuloorbital'nogo i skuloverkhnechelyustnogo kompleksov. Minsk: Izdatel'stvo BGMU; 2019; 34. (In Russ.)]
2. Михайлов А.Н., Патупчик Ю.Н., Дудич О.Н. Лучевая визуализация орбиты в норме, при травматических повреждениях и ее значимость при планировании оперативного вмешательства. Здравоохранение. 2020;5: 17–25 [Mihailov AN, Patupchik YuN, Dudich ON. Orbit medical imaging in the norm and in case of traumatic injuries and its significance in planning surgical intervention Healthcare. 2020;5: 17–25. (in Russ.)]
3. Николаенко В.П., Астахов Ю.С. Эпидемиология и классификация орбитальных переломов. Клиника и диагностика переломов нижней стенки орбиты. Офтальмологические ведомости. 2009;II(2): 56–66. [Nikolaenko VP, Astakhov YuS. Epidemiologiya i klassifikatsiya orbital'nykh perelomov. Klinika i diagnostika perelomov nizhney stenki orbity. Oftal'mologicheskiye vedomosti. 2009;II(2): 56–66. (In Russ.)]
4. Chung K.J., Kim Y.H., Kim T.G., Lee J.H., Lim J.H. Treatment of complex facial fractures: clinical experience of different timing and order // J Craniofac Surg. 2013. Vol. 24(1). 216-220.