

ДИАГНОСТИКА ГЕМОДИНАМИКИ В ОБЛАСТИ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Маланчук В.А., Тимощенко Н.М., Мамонов Р.А.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина*

Введение. В результате травм скулоорбитального комплекса (СК) происходит смещение костных фрагментов под воздействием силы удара и силы тяги собственно жевательной мышцы. В результате происходит смещение фрагмента тела скуловой кости, как правило, вниз и медиально, что вызывает компрессию подглазничного сосудисто-нервного пучка. Объективным тестом компрессии подглазничной артерии является реограмма зоны повреждения.

Цель исследования – оценить особенности гемодинамики в области подглазничной артерии у пациентов с переломами скулоорбитального комплекса (ПСК) методом реографии.

Объекты и методы. За период с 2009 по 2011 годы обследовано 35 пациентов с ПСК (мужчин - 29, женщин - 6). Всем пациентам было проведено реографические исследования мягких тканей в подглазничной области по продольной биполярной методике с помощью компьютерного реографа «RHEOTEST» (DX-system, Харьков). Использовали биполярные концентрические электроды, один из которых размещали в подглазничной области, а другой – в области шеи, и плотно фиксировали на лице с помощью клейкой ленты.

Анализ РГ-кривой проводили по стандартной методике путём визуальной оценки реографических кривых и расчёта следующих показателей: реографического индекса, РИ (Ом), который отображает степень кровенаполнения исследуемой области, основной амплитуды реограммы, b (мм), времени подъёма восходящей части реограммы, α (с), времени спуска нисходящей части реограммы, β (с) и общей длительности реограммы, T (с).

Для сравнения и контроля проводили реографическое исследование симметричной неповрежденной стороны.

Результаты. Была описана форма полученных реографических кривых при ПСК до лечения поврежденной и здоровой сторон.

На неповрежденной стороне восходящая часть реограммы крутая, верхушка реографической кривой острая, нисходящая часть – умеренно выражена, дикротическая волна чётко выражена. Дополнительные волны отсутствуют.

На стороне травмы отмечается резкое снижение амплитуды реографической кривой, наличие множественных дополнительных волн на нисходящем и восходящем уровнях реограммы, дикротическая волна практически исчезает. Всё это свидетельствует о затрудненном прохождении пульсовой волны по сосуду и её компрессии.

При ПСК основная амплитуда реограммы (b) снижена в среднем на 70%. Соответственно снижена величина РИ на 30%. При травме СК определялось увеличение длительности времени подъёма реографической кривой при несменном периоде длительности реограммы. Так, время подъёма восходящей части реограммы (α) возрастает на 67%, а время спуска нисходящей части реограммы меняется незначительно.

У пациентов, которые получили лечение в максимально ранние сроки заболевания, положительную динамику показателей определяли раньше, чем у тех лиц, которым лечение проводили в более поздние сроки.

Заключение. На основе представленных данных можно сделать вывод, что показатели реографической кривой относительно быстро

меняются в ответ на уменьшение степени компрессии сосудистой стенки костными фрагментами в ходе репозиции. Также выбранная терапия свидетельствует о скором уменьшении внутрисосудистого отёка, поскольку уже на третьем месяце лечения реографические показатели составляют 92-95% от показателей нормы.