

## АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

Медведев Ю.А., Шаманаева Л.С.

*ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский  
университет им. И.М.Сеченова»,  
г. Москва, Россия*

**Введение.** Процент травматических повреждений лицевого скелета остается на постоянно высоком уровне, и на данный момент нет тенденции к его уменьшению. Это связано с развитием городов, увеличением числа автомобилей, а, следовательно, и дорожно-транспортных происшествий, криминогенной обстановкой.

**Объекты и методы.** Алгоритм диагностики повреждений челюстно-лицевой области в современных условиях развития медицины помимо клинических должен включать и лучевые методы исследования. Зачастую проведение рентген-снимков в классических проекциях не может дать достаточно полную информацию о характере повреждений. Следует уделять пристальное внимание нарушению целостности костных стенок глазницы. Гиподиагностика и недооценка этого важного слагаемого может привести к развитию посттравматических деформаций, стойким нарушениям бинокулярного зрения и энофтальму.

Наиболее точное представление о картине перелома позволяет получить проведение спиральной компьютерной томографии (СКТ). Которая за последние годы стала считаться «золотым стандартом» диагностики травмы челюстно-лицевой области, позволяющим более точно планировать объем оперативного вмешательства при необходимости его проведения. Следует помнить, что при краниофациальной травме даже небольшие по объёму повреждения могут привести к значительным изменениям функции. Исходя из этого, толщина срезов при компьютерной томографии должна быть минимальной, и в идеале не превышать 1,5-2,0 мм.

Обязательным компонентом успешного лечения пациентов с травматическими повреждениями средней зоны лица является согласованная работа специалистов смежных специальностей, консультации офтальмолога, ЛОР-врача и невролога, тщательное выполнение их рекомендаций. На основе полученных клинических данных и СКТ делался вывод о характере повреждений средней зоны лица, в частности скулоорбитального комплекса и нижней стенки глазницы, принималось решение о необходимости проведения операции. Обращали внимание на смещение костных фрагментов, пролабирование

окологлазничной клетчатки в полость верхнечелюстного синуса, наличие эмфиземы.

По показаниям выполнялось оперативное вмешательство в объёме реконструкции скулоорбитального комплекса, ревизии верхнечелюстной пазухи, после выполнения всех этапов металлоостеосинтеза при необходимости проводили эндопротезирование нижней стенки глазницы сверхэластичной сетчатой тканью из никелида титана. В послеоперационном периоде назначалась общепринятая антибактериальная и противовоспалительная терапия, повторное рентгенологическое обследование, офтальмологическая диагностика.

**Заключение.** Таким образом, используя современные методы лучевой диагностики, проявляя настороженность в выявлении повреждений костных стенок глазницы и работая в тесном контакте с коллегами, можно своевременно и правильно определить характер травмы средней зоны лица, предупредить развитие деформации и функциональных нарушений.

Литература.

1. Hopper, N. Diagnosis of midface fractures with CT: what the surgeon needs to know / N. Hopper, S. Salemy, R.W. Sze // Radiographics. - 2006. - № 26 (3). - P. 783-793.
2. The diagnosis and management of orbital blowout fractures: update / S.M. Brady [et al.]. // Am. J. Emerg. Med. - 2001. - Vol. 19. - P. 147-154.