Перелом дна глазницы

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: S02.3 · ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»

Перелом дна глазницы — нарушение целости костей, формирующих дно глазницы. Рекомендация посвящена диагностике, выбору между наблюдением и операцией, реконструкции дна глазницы, обезболиванию и профилактике инфекционных осложнений.

Главное

- Окончательный диагноз устанавливают по данным лучевой диагностики, приоритетно — компьютерной томографии. Рутинная рентгенография не является методом выбора; при отсутствии КТ ее можно использовать только для выявления признаков перелома и направления пациента в специализированный стационар.
- Переломы с давностью до 14 дней считают свежими, от 14 до 28 дней — застарелыми; при сроке более 28 дней состояние кодируют как последствия перелома черепа и костей лица — T90.2.
- Консервативная тактика допустима при отсутствии смещения либо при небольшом смещении без эстетических и функциональных нарушений: изменения положения и подвижности глаза, диплопии и нарушения остроты зрения.
- Операция показана при изменении положения глазного яблока более чем на 2 мм, синдроме «white-eyed» с диплопией, ограничении подвижности, грыже орбитальных тканей по МСКТ или ущемлении нижней прямой мышцы.
- У детей при «trapdoor»-переломах раннее вмешательство в течение 3–7 дней улучшает послеоперационный результат.
- После операции необходимы профилактика инфекции, контроль челюстно-лицевым хирургом и офтальмологом, а при соответствующих проблемах — ЛОР-врачом и физиотерапевтом. Переохлаждение, перегревание, сауну, бассейн и купание в водоемах исключают на 2 месяца.

Диагностика

1. Уточнить факт травмы и жалобы: боль, отек, изменение положения глаза, ограничение его движений, боль при движении, диплопию, онемение кожи лица, затруднение носового дыхания и носовое кровотечение (УУР С, УДД 5).
2. Осмотреть лицо и глаза: оценить симметрию, отек, положение и подвижность глазных яблок, диплопию, чувствительность в подглазничной зоне, субконъюнктивальную и субсклеральную гематомы, носовое дыхание (УУР С, УДД 5).
3. Организовать осмотр челюстно-лицевого хирурга для подтверждения повреждения стенки орбиты и определения тактики; всем пациентам также нужен осмотр офтальмолога с оценкой глазного дна и координатометрией (УУР С, УДД 5 и УДД 4 соответственно).
4. При потере сознания, тошноте, рвоте, головокружении, нистагме, анизокории, слабой фотореакции, косоглазии или птозе привлечь невролога или нейрохирурга для исключения черепно-мозговой травмы (УУР С, УДД 5). При ЛОР-жалобах нужен осмотр оториноларинголога (УУР С, УДД 5).
5. Выполнить МСКТ глазницы всем пациентам; при травме головы и подозрении на перелом — МСКТ головного мозга и лицевого отдела черепа, с разрешением не менее 0,6 мм (УУР С, УДД 5).
6. Перед плановой операцией провести предоперационные лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимию, коагулограмму, тесты на инфекции, определить группу крови АВ0 и резус-фактор (УУР С, УДД 5).

Лечение

- При минимальном смещении без клинических нарушений наблюдать пациента у челюстно-лицевого хирурга и офтальмолога 6 месяцев. Консервативная тактика включает симптоматическое лечение, исключение физических нагрузок и перегревания на 2 месяца, обезболивание, местные назальные деконгестанты и другие назальные препараты, а также системные кортикостероиды для уменьшения отека.

- Обезболивание подбирают по интенсивности боли. При слабой боли парацетамол внутривенно вводят капельно в разовой дозе 0,5–1 г за 15 минут; максимум — 4 г/сут, длительность — 5–7 суток. При умеренной боли используют парацетамол с НПВП либо опиоид с неопиоидным анальгетиком; при интенсивной боли — морфин, тримеперидин, фентанил или трамадол с учетом противопоказаний. При черепно-мозговой травме опиоиды противопоказаны (обезболивание — УУР А, УДД 3).
- Оперировать при энофтальме или гипофтальме более 2 мм, «white-eyed»-переломе с диплопией, ограничении движений глаза, грыже мягких тканей по МСКТ или ущемлении нижней прямой мышцы (УУР С, УДД 5). При сохраняющемся ограничении движений и сомнительной КТ проводят тракционный тест, затем орбитотомию и ревизию дна.
- Для реконструкции используют трансконъюнктивальный, субцилиарный, субтарзальный или трансантральный доступы (УУР С, УДД 4). Подглазничный доступ не рекомендуется из-за высокого риска лимфостаза нижнего века.
- Для пластики дна или фиксации отломков применяют титановые пластины, костные ауто- или аллогенные трансплантаты и синтетические биосовместимые имплантаты (УУР С, УДД 4). Рекомендуется жестко фиксировать имплантат винтами или с помощью ретенционных анатомических пунктов; для взрослых уровень убедительности рекомендаций — В, для детей — С.
- У детей младше 5 лет используют резорбируемые пластины (УУР С, УДД 4). Не применяют удержание отломков марлевым тампоном, резиновым баллоном и аналогичными методами (УУР С, УДД 5).
- Перед операцией проводят антибиотикопрофилактику: при наружном доступе без сообщения с полостью рта — цефазолин или цефуроксим за 30–60 минут до разреза; при внутриротовом доступе, риске сообщения с полостью рта или открытом переломе — цефазолин с метронидазолом, цефуроксим с метронидазолом или амоксициллин с клавулановой кислотой. Обычно препарат вводят однократно; при длительной операции дополнительную дозу вводят, если операция превышает два периода полувыведения препарата. Профилактику прекращают не позднее 24 часов после операции, кроме случаев высокого риска, когда ее можно продлить на 24–48 часов (УУР А, УДД 1).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация нужна при необходимости операции по устранению перелома или проведения инструментального исследования под наркозом у ребенка.
- Перед операцией пациента осматривает анестезиолог-реаниматолог; при неврологических симптомах направляют к неврологу или нейрохирургу, при ЛОР-жалобах — к оториноларингологу.
- При подозрении на вторичную деформацию или ухудшении местного, неврологического, офтальмологического и другого статуса выполняют КТ глазниц, МРТ лицевого отдела черепа и другие исследования по клинической картине.

Частые вопросы

Когда перелом дна глазницы можно лечить без операции?

При отсутствии смещения либо при небольшом смещении, которое не вызывает изменения положения или подвижности глаза, диплопии и нарушения остроты зрения. Нужны наблюдение у челюстно-лицевого хирурга и офтальмолога в течение 6 месяцев.

Какой метод исследования подтверждает перелом дна глазницы?

Приоритет имеет компьютерная томография; всем пациентам рекомендована МСКТ глазницы, а при травме головы — МСКТ головного мозга и лицевого отдела черепа. Обычная рентгенография не является методом выбора и используется при отсутствии возможности выполнить КТ.

Каков порог смещения глазного яблока для операции?

Хирургическое лечение показано при изменении положения глазного яблока более чем на 2 мм — при энофтальме или гипофтальме. Также показаниями служат ущемление нижней прямой мышцы, ограничение подвижности, грыжа орбитальных тканей и «white-eyed»-диплопия.

Когда оперировать детский «trapdoor»-перелом?

При таких переломах нижняя прямая мышца может быть зафиксирована между костными фрагментами, что создает риск ишемии и некроза. В тексте указано раннее вмешательство в течение 3–7 дней для улучшения послеоперационного результата.

Какие ограничения нужны после травмы или операции?

На 2 месяца исключают переохлаждение, перегревание, сауну, бассейн и купание в водоемах.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/652-perelom-dna-glaznicy. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/652_2