

BLOW OUT ФРАКТУРА – ПРИКАЗ СЛУЧАЈАВинка Репач¹, Зоранка Влатковић², Снежана Елек³**BLOW OUT FRACTURA – A CASE REPORT**

Vinka Repac, Zoranka Vlatković, Snežana Elek

Сажетак

„Прави“ *blow out* прелом представља унутрашњи прелом орбите, без захватања њене ивице (тениска лоптица, грудва). Под орбите је мали, тако да сила већа од пречника орбите која удари о ивице орбите као резултат даје фрактуру пода.

Овде је приказан случај дванаест година старог стонотенисера. Повреда је последица судара главама два играча.

Карактеристични симптоми су: периорбитални хематом, бол који је проузрокован кретањем ока, енофталмус, ограничени покрети ока, дупле слике. Случај је описан клиничком сликом и СТ-ом орбите (дефект пода орбите у виду „висећих капи“).

Закључак: Тридесет дана након оперативне процедуре, кретање булбомоторног мишића је побољшано, дупле слике су минималне и постоје само када пацијент гледа горе, а два месеца након повреде не постоје двоструке слике.

Кључне речи: *Blow out* фрактура, хематом, енофталмус, диплопија.

Summary

„Real“ *blow out* fracture represent internal fracture of orbite's without catching her edges (tennis ball, snowball). Orbite's floor is tiny, so when a force, which is higher then the diameter of orbite is, hits her edges, the result is fracture of the floor.

Here is presented the case of a twelve-year-old table-tenis player. Injure is caused by accident head crash of two players.

Characteristic symptoms are: periorbital hematoma, pain which is caused by movement of the eye, enophtalmus, restricted movements of the eye, dual pictures. This has been presented with: clinical pictures, orbite's CT (defect of orbite's floor like „hanging drops“).

Conclusion: Thirty days after operating procedure, movement of boorbomotor muscles is improved, dual pictures are minimal and they exist only when a person is looking up, two months after injury there are no dual pictures.

Key words: *Blow out* fractura, haemathoma, enophtalmus, diplopy.

¹ Винка Репач, Дом здравља Житиште.

² Зоранка Влатковић, Дом здравља Житиште.

³ Снежана Елек, Здравствени центар Косовска Митровица.

УВОД:

Под орбите одваја орбиту од максиларног синуса. У анатомском смислу, доњи зид орбите је мало укошен према доле, напред и латерално. Танак је. Тупа повреда очне јабучице и орбите може довести до *blow out* фрактуре уз пропадање масног ткива орбите у максиларни синус и укљештење доњег правог мишића (*m. rectus inf.*). При том се јавља *enophthalmus* уз ограничену покретљивост ока према горе.^(1, 2) У моменту удараца долази до наглог пораста притиска који се преноси на садржај орбите, долази до ломљења коштаног зида орбите и формирања отвора. Најчешће су изазване песницом, дрветом, тениском лоптицом или неким чврстим предметом. С обзиром на специфичну анатомску грађу, деликатан положај и садржај очне дупље, још и данас постоје различита схватања, нарочито по питању механизма настанка повреда, као и по питању третмана тих повреда.^(3, 4, 5)

ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Дечак стар 12 година, стонотенисер, аматер, у току тренинга се судара са саиграчем (ударац главом). У моменту повреде јавља се интензиван бол у пределу десног ока. Први преглед је урађен два часа након повреде. Дете се жали на бол у пределу десног ока и дупле слике. Доминантни симптоми су били поремећај мотилитета булбуса и диплопије. Објективни налаз на прегледу:

- ВОУ: 1.0 (Snellen-ове таблице);
- ФОУ: налаз на очном дну у физиолошким границама;
- Предњи сегмент: десно око, периорбитални хематом;
- Мотилитет: десно око, ограничена покретљивост булбуса при погледу на горе;
- Hess-Lancaster тест: paresis n. Oculomotori;
- ЦТ (компјутеризована томографија) орбите: потврђује фрактуру пода орбите.

Пацијент је контролисан од стране максилофацијалног хирурга и офталмолога. Седмог дана од повреде дупле слике су и даље присутне при примарном положају булбуса, док је ретракција булбуса видљива. Мотилитет: изражено заостајање ока при погледу на горе. Урађен је поновни ЦТ орбите. На снимку се уочава „велика viseћа кап“ и пацијент се упућује у референтну установу терцијалног нивоа на даље лечење. Након оперативног захвата, пети дан по отпусту, видна оштрина десног ока је очувана, интраокуларни притисак износи 14 mmHg. Покретљивост булбуса при погледу на горе је минимално ограничена, као и присуство дуплих слика. Налаз на очном дну је уредан.

Месец дана након оперативног захвата урађен је контролни Hess-Lancaster тест. Нису нађене карактеристичне промене за дупле слике. Потпуна покретљивост булбомотора успостављена је два месеца од повреде (дете је субјективно у том периоду наводило постојање дуплих слика). Враћено је уобичајеним обавезама и лаганом тренингу након два месеца.

ДИСКУСИЈА

Фрактура пода орбите се због специфичности клиничке слике издваја од осталих прелома средњег дела лица. Није уобичајено да настане „након сударања главом“, те је у овом случају сам начин повређивања специфичан. Оперативни захват је урађен у оквиру десет дана од момента повређивања. Дупле слике су се дуго задржале. Поставља се питање: да ли су диплопије постојале месец дана након оперативног захвата или не. Повреде очију представљају један од главних узрока за настанак слепила и слабовидости. Механичке повреде ока су у око 2% случајева разлог слепила и слабовидости, једнострано или обострано. Најчешће су се десиле у игри, домаћинству. Механизам повређивања у дечијој доби су најчешће хемијска средства. Повреде у игри или самоповређивање виђамо код

деце. Међу адолесцентима чест механизам повређивања је ударац руком или у току спортских активности, као и у тучи. Механичке повреде ока су честе код деце школског узраста, посебно дечака. Настају приликом рекреације – ударац лоптом, лактом. Када се и деси, повреда мора бити санирана према важећим протоколима како би се сачувала видна оштрина.^(5, 6) У приказаном случају субјективно је изражавано постојање дуплих слика у дужем временском периоду. Објективно, у постоперативном периоду Hess Lancaster тест није показивао парезу или парализу булбомотора. Овде је укључен у рад психолог школе. „Страх од новог повређивања“ се задржао два месеца. Контузионе повреде ока су најчешће анализирани, па се сматра да су деца после радника, најчешће повређивана група. Нема статистичких података о учесталости фрактура *blow out* код деце. Једна трећина прелома пода орбите настаје у спорту. По неким ауторима фудбал је најчешћи узрок оваквог повређивања у тимским спортовима. Орбиталне фрактуре имају неке своје карактеристике које се не срећу код фрактура осталих костију лица. Преглед треба увек започети стандардним рендгенолошким процедурама (стандардни рендгенограм орбита, томографија орбита и др.). Од клиничког значаја је и СТ (компјутеризована томографија) орбите и MR (магнетна резонанца) орбите.^(7, 8) Према различитим научним изворима у свету, по учесталости повреде у спорту чине 2–5% од укупног броја повреда. Комплексност у лечењу повреда овог типа поред медикаментозне, захтева примену и других видова терапије. Касно хируршко лечење *blow out* прелома пода орбите код

деце најчешће не даје задовољавајуће функционалне резултате. Код највећег броја болесника, неопходна је хируршка корекција страбизма како би се омогућио функционално квалитетан вид и естетски задовољавајући изглед.^(5, 7, 8) Спорт као незаобилазан део живота, професионално или рекреативно, у потрази за што већим спортским достигнућима, доводи до повреда на разним деловима тела, те су приступи лечења различити. Табаковић у својим радовима описује реконструкцију дефекта орбиталног пода симфизним графтом. Код прелома пода орбите поштовање дијагностичких процедура значајно доприноси ефикаснијем лечењу.^(9, 10, 11)

ЗАКЉУЧАК

Повреде пода орбите које се дешавају код деце у току бављења спортом, најчешће су одраз грубог непоштовања правила игре. Агресивност, као и непоштовање противника, имају за последицу повреде. Свака повреда орбите захтева тимски рад, правовремено постављање дијагнозе како би се могло приступити адекватном лечењу. Због све чешћих повреда ока, неопходан је превентивни здравствено просветни рад како са децом тако и са одраслим становништвом. Учесталост повређивања у спорту код деце и младих је чешћа код дечака него код девојчица. Повреде адолесцената представљају јавно-здравствени проблем. Физичка активност има вишеструку корист по здравље сваког појединца, али је повезана с ризиком од повреда, посебно у недовољно развијеним срединама где не постоји јасна стратегија за превенцију.

ЛИТЕРАТУРА

1. Јовановић С, Керос П, Цветковић Д, Јеличић Н, Винтер И. Очна шупљина и орган вида, Научна књига Београд, Школска књига Загреб, 1989; 4–5.

2. Мићовић В. Очна трауматологија. Србоек, Београд, 1997; 63–67.

3. Mills J, Но МТ, Trunkey DD: Ургентна медицина. Савремена администрација, Београд, 1985; 466.

-
4. Стефановић П. Оториноларингологија са максилофацијалном хирургијом. IV издање, Медицински факултет, Београд, 1994.
 5. Табаковић С. Илић Димитријевић И. Хируршко лечење blowout прелома пода очне дупље код деце. Војносанит Прегл 2015; 72(9): 841–844.
 6. Јовановић М. Механичке повреде ока: учесталост, структура и могућност превенције. Српски Архив за целокупно лекарство, 134; 2006; 1–2: 11–12.
 7. Мицић Н, Стојковић В, Ристов А, Живковић М, Златановић М. „Blow-out“ фрактура пода и медијалног зида орбите. Четврти конгрес српске трауматолошке асоцијације са међународним учешћем, Врњачка Бања, 2015.
 8. Јовановић М, Медаревић А, Кнежевић М, Крстић В. Механичке повреде ока код деце узраста до 15 година лечене на Очној клиници у Београду – учесталост, узрок настајања и мере превенције. Српски Архив за целокупно лекарство, 2013; 141: 9–10.
 9. Табаковић С, Виденовић Г, Мирковић М, Крстић Д. Реконструкција дефекта орбиталног пода симфизним графтом. Praxis medicina, 2008; 36(1–2): 127–128.
 10. Бабић Р, Станковић-Бабић Г, Златановић Г, Вишњић З, Ђорђевић-Јоцић Ј, Томашевић Б. Прилог познавању радиолошке слике прелома пода орбите. Acta medica Medianae 2006; 45(4): 43–45.
 11. Гундурова РА, Кашников ВВ. Поврежденија глаз в чрезвычайних ситуацијах. Новосибирск, ООО Принтинг, 2002.
 12. Мачванин Ђ, Колар М. Спортске повреде код деце и адолесцената. Први српски конгрес спортских наука, зборник сажетака, Београд, 2003; 144.

Контакт: Винка Репец, Дом здравља Житиште, ИЛР 16, 23210 Житиште, телефон 023 821010, e-mail oko@dzzitiste.rs