

Вечерская А. А., Ховхлянец В. И.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Ковалевич К. М.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Минска

Актуальность. Удельный вес травм черепа и челюстно-лицевой области составляет от 2% до 40% среди всех госпитализированных в профильные отделения. Среди пациентов с тяжёлыми сочетанными повреждениями травма средней зоны лица встречается у 16%, причём 70% из них приходится на переломы скулоорбитального комплекса.

Цель: оценить результаты выбора тактики оперативного лечения пациентов с переломами скулоорбитального комплекса в зависимости от сроков проведения хирургического вмешательства.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 64 пациента с основным диагнозом «Сочетанная черепно-мозговая травма. Перелом скулоорбитального комплекса». Исследование выполнено на базе травматологического отделения №1 (сочетанных повреждений) УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска за период 2016-2018 гг. Возраст пациентов составил от 17 до 78 лет, из них мужчин – 46 человек (72%), женщин – 18 человек (28%). Соотношение пациентов по половому признаку 1:2,55. Наибольшее число пациентов в возрастном диапазоне 30-39 лет (41%). Применялись следующие методы исследования: КТ головного мозга и лицевого скелета, консультация узкопрофильных специалистов при необходимости (невролога/нейрохирурга, офтальмолога, оториноларинголога), общеклинические лабораторные исследования. Данные анализировались при помощи статистической программы Statistics 8.0.

Результаты и их обсуждение. В подавляющем большинстве случаев травмы получены в результате дорожно-транспортных происшествий – 41 человек (64%). Остальными причинами переломов являлись: бытовая травма – 14 человек (22%), падение с высоты – 8 человек (12,5%), спортивная травма – 1 человек (1,5%). Для оперативного лечения вышеуказанной группы пациентов применялся способ накостного остеосинтеза с использованием титановых микро- и минипластин. Сроки выполнения остеосинтеза составляли от 1 до 9 дней и определялись тяжестью состояния пациентов. Оперативное лечение пациентов с черепно-мозговой травмой легкой степени тяжести проводилось на 1-3 сутки, средней степени тяжести – на 4-6 сутки, тяжелой степени – 7-9 сутки. Выбор доступа и способа остеосинтеза определялся в зависимости от характера перелома и его локализации. При определении точек фиксации одним из основных параметров являются сроки проведения репозиции. Для выполнения открытой репозиции на ранних сроках (1-3 день после получения травмы) достаточным является проведение остеосинтеза в одной точке, чаще – в области скулоальвеолярного гребня. При хирургическом вмешательстве в более поздние сроки (4-9 сутки) возникала необходимость использования двух или трех точек фиксации.

Выводы. Выбор тактики оперативного лечения пациентов с переломами скулоорбитального комплекса находится в прямой зависимости от сроков проведения репозиции. При выполнении реконструктивно-восстановительных операций в ранние сроки после полученной травмы отмечается более благоприятный исход с возможностью устранения не только функциональных, но и эстетических нарушений. Отсроченное хирургическое лечение позднее 9 суток с момента получения травмы затрудняет проведение репозиции костных отломков и их стабильной фиксации вследствие лизиса краев кости, потере анатомических ориентиров сопоставления отломков и развивающихся в последствии рубцово-атрофических изменений поврежденных мягких тканей.