

Вечерская А. А., Ярощик Т. М.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ И НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Дудич О. Н.,

канд. мед. наук, доц. Горбачев Ф. А.

*Кафедра офтальмологии, кафедра челюстно-лицевой хирургии
Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минск*

Актуальность. Актуальность исследования определяется ростом травматизма черепно-лицевой области, отсутствием скоординированных действий смежных специалистов, что в последствии приводит к неудовлетворительным результатам лечения.

Цель: повышение эффективности лечения застарелых и неправильно сросшихся переломов костей краниофациальной области.

Материалы и методы. В исследование включено 69 пациентов с застарелыми и неправильно сросшимися переломами мозгового и/или лицевого отдела черепа, распространяющимися на структуры глазницы, находившихся на лечении в УЗ «ГК БСМП» г. Минска в период с 2016 по 2020 гг. Все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 60 (87%) пациентов, при планировании лечения которых использовались результаты МСКТ. Устранение посттравматических дефектов и деформаций костных структур проводилось с применением стандартных либо выкроенных интраоперационно титановых имплантатов. Вторую группу составили 9 (13%) пациентов, для лечения которых применялись индивидуальные имплантаты, изготавливаемые с помощью разработанной специалистами БГУИР, совместно с сотрудниками БелМАПО и БГМУ, технологии трехмерной реконструкции костных дефектов средней зоны лица на основе выходных файлов МСКТ. Показаниями к хирургическому лечению у всех пациентов являлись наличие стойких функциональных расстройств и выраженных косметических дефектов.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде на основании данных МСКТ у 53 (88%) пациентов первой группы зафиксировано удовлетворительное положение костных отломков, полное перекрытие имплантатом костного дефекта структур глазницы – у 21 (35%) пациента. Клинически значимый гипопфтальм и энофтальм сохранялся у 47 (78%) пациентов. Диплопия в течение 6 месяцев после операции отмечалась у 54 (90%) исследуемых. У пациентов второй группы удовлетворительное положение костных отломков достигнуто в 8 (88%) случаях. Полное перекрытие имплантатом костного дефекта структур глазницы наблюдалось у 9 (100 %) пациентов, что привело к устранению клинически значимого энофтальма и гипопфтальма у 8 (88%) исследуемых. У пациента с посттравматическим дефектом височной и лобной костей, переходящим на верхнюю стенку глазницы, отмечалось полное восстановление размерно-геометрических параметров реконструируемой области, устранение птоза и двоения, которое сохранялось после операции, выполненной ранее по экстренным показаниям.

Выводы. Устранение посттравматических дефектов и деформаций краниофациальной области, учитывая сложность ее анатомо-топографических взаимоотношений, а также высокий риск развития интра- и послеоперационных осложнений, требует междисциплинарного подхода с привлечением специалистов разных медицинских специальностей (челюстно-лицевых хирургов, офтальмологов, нейрохирургов, оториноларингологов). Разработанная в Республике Беларусь технология трехмерной реконструкции позволяет получить виртуальную модель черепа пациента с зонами повреждений, дает возможность планировать оперативное вмешательство и участвовать в моделировании индивидуального имплантата, точно соответствующего размерам и форме дефекта, что улучшает результаты оперативного лечения пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями костей черепно-лицевой зоны.