

*А.А. Вечерская*

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВЫХ ТРАВМАХ**

*Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Ф.А. Горбачев, врач Т. М. Ярошик*

*Кафедра челюстно-лицевой хирургии,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Минска*

*A.A. Viacherskaya*

**TACTICS IN THE TREATMENT OF ZYGOMATICO-ORBITAL COMPLEX FRACTURES IN CASE OF CONCOMITANT CRANIOFACIAL FRACTURES**

*Tutors: associate professor F.A. Harbachou, doctor T.M. Yaroshchik*

*Department of oral and maxillofacial surgery,*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

*Minsk City Emergency Hospital, Minsk*

**Резюме.** Среди пациентов с тяжёлыми сочетанными повреждениями удельный вес травм челюстно-лицевой области составляет от 2% до 40% от всех госпитализированных в профильные отделения, 70% из них приходится на переломы скулоорбитального комплекса.

**Ключевые слова:** перелом скулоорбитального комплекса, челюстно-лицевая травма, травма средней зоны лица.

**Resume.** In patients with severe multitrauma, the proportion of maxillofacial injury ranges from 2% to 40% of all patients hospitalized in specialist wards, 70% of them are fractures of the zygomatico-orbital complex.

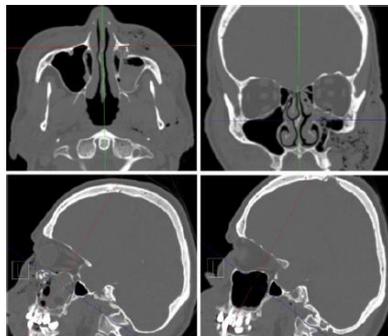
**Keywords:** fractures of zygoorbital complex, maxillofacial trauma, midfacial trauma.

**Актуальность.** Клинические проявления переломов СОК весьма многообразны, кроме того, сопутствующие тяжелые повреждения головного мозга, развитие выраженных функциональных нарушений, значительный отек и асимметрия лица маскируют ряд симптомов [1]. Важно отметить, что вопросам хирургического лечения больных с травмами средней зоны лицевого черепа посвящено немало работ, как отечественных, так и зарубежных исследователей, и клиницистов, однако, оптимальная тактика решения данной проблемы до сих пор не обозначена и требует дальнейшего изучения, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

**Цель:** определить тактику и оптимальные сроки хирургического лечения пациентов с переломами скулоорбитального комплекса при сочетанной черепно-лицевой травме.

**Материалы и методы.** Объектом исследования стали 64 пациента с основным диагнозом «Сочетанная черепно-мозговая травма (ЧМТ). Сочетанная черепно-лицевая травма (ЧЛТ). 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. Группа пациентов с переломами скулоорбитального комплекса имела статистически значимые различия по возрасту,  $p$  (достигнутый уровень значимости) = 0,042. Возраст пациентов составил от 17 до 78 лет. Наибольшее число пациентов в

возрастном диапазоне 30-39 лет (41%). Применялись следующие методы исследования: компьютерная томография головного мозга и лицевого скелета (рисунок 1), консультация узкопрофильных специалистов при необходимости (невролога/нейрохирурга, офтальмолога, оториноларинголога), общеклинические лабораторные исследования.



**Рис. 1** – Рентгенологические признаки перелома СОК со смещением фрагментов

**Результаты и их обсуждение.** Повреждение костных структур глазницы приводит к пролапсу ее содержимого, включая дислокацию глазного яблока, экстраокулярных мышц и сосудисто-нервного пучка в верхнечелюстную пазуху, что приводит к возникновению таких клинических симптомов, как диплопия, птоз, гипо- и энофтальм (рисунок 2).



**Рис. 2** – Состояние мягких тканей параорбитальной области и органа зрения после оперативного вмешательства у пациента с переломом СОК обеих сторон

Отдельное внимание было уделено изучению изменений со стороны верхнечелюстных пазух. Переломы стенок сопровождались смещением костных фрагментов в просвет пазухи и скоплением свободной крови в ее полости (рис. 3).



**Рис. 3** – КТ признаки верхнечелюстного синусита

Выбор доступа и способа остеосинтеза определялся на основании характера перелома и его локализации (Рис. 4). Сроки пребывания пациентов с переломами скулоорбитального комплекса в стационаре различались в зависимости от тяжести сочетанных повреждений. Реконструктивные вмешательства пациентам с черепно-мозговой травмой легкой степени тяжести проводились на 1-3 сутки, со средней степенью тяжести – на 4-6 сутки. Отсроченный остеосинтез пациентам с черепно-мозговыми травмами тяжелой степени тяжести был проведен на 7-9 сутки после их стабилизации по нейрохирургическому статусу. Средняя продолжительность госпитализации с черепно-мозговой травмой легкой степени тяжести – 9,3 койко-дней, со средней степенью тяжести – 12 койко-дней, с тяжелой – 15,6 койко-дней.



Рис. 4 – сканы КТ до и после остеотомии СОК

**Заключение.** Среди наиболее значимых симптомов при переломах скулоорбитального комплекса отмечаются изменение конфигурации лица за счет отека, гематомы, деформации скуловой области, ущемление прямой нижней мышцы глаза, развитие диплопии, энтофтальма, а также возникновение сенсорных нарушений в зоне иннервации II ветви тройничного нерва. Выбор фиксирующей конструкции осуществляется с учетом локализации и характера перелома, а также степени смещения отломков. Доступ в области латерального края брови прост в исполнении, дает хороший косметический результат, позволяет визуализировать скулолобный шов и верхний отдел латеральной стенки глазницы. Субцилиарный доступ обеспечивает обзор нижнеглазничного края и дна глазницы, а также возможность оценки состояния подглазничного нерва. Вестибулярный доступ позволяет визуально оценить состояние скулоальвеолярного гребня, передней и латеральной стенок верхнечелюстной пазухи, а также провести ее ревизию и санацию, выполнить фиксацию фрагментов в данной зоне. Проведение реконструктивно-восстановительных операций на ранних сроках позволяет избежать рубцово-атрофических изменений в тканях и устранить как функциональные, так и эстетические нарушения.

**Информация о внедрении результатов исследования.** По результатам настоящего исследования опубликовано 4 статьи в сборниках материалов, 2 тезиса докладов, 1 статья в журнале, получено 2 акта внедрения в лечебный процесс (УЗ «ГК БСМП» г. Минска, УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска).

### **Литература**

- 1.** Лепилин, А. В. Клинико-статистический анализ травматических повреждений челюстно-лицевой области и их осложнений по материалам работы отделения челюстно-лицевой хирургии за 2008–2012 годы / А. В. Лепилин, Г. Р. Бахтева // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – № 3. – 425–428.