

# ОСОБЕННОСТИ ФИКСАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛО- ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В ОБЛАСТИ ЛАТЕРАЛЬНОГО И НИЖНЕГО КРАЕВ ОРБИТЫ

ВЕЛИТЧЕНКО А.Н., АССИСТЕНТ

ЛАСТОВКА А.С., Д.М.Н., ПРОФЕССОР

ПАВЛОВ О.М., К.М.Н., ДОЦЕНТ

КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

УО «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

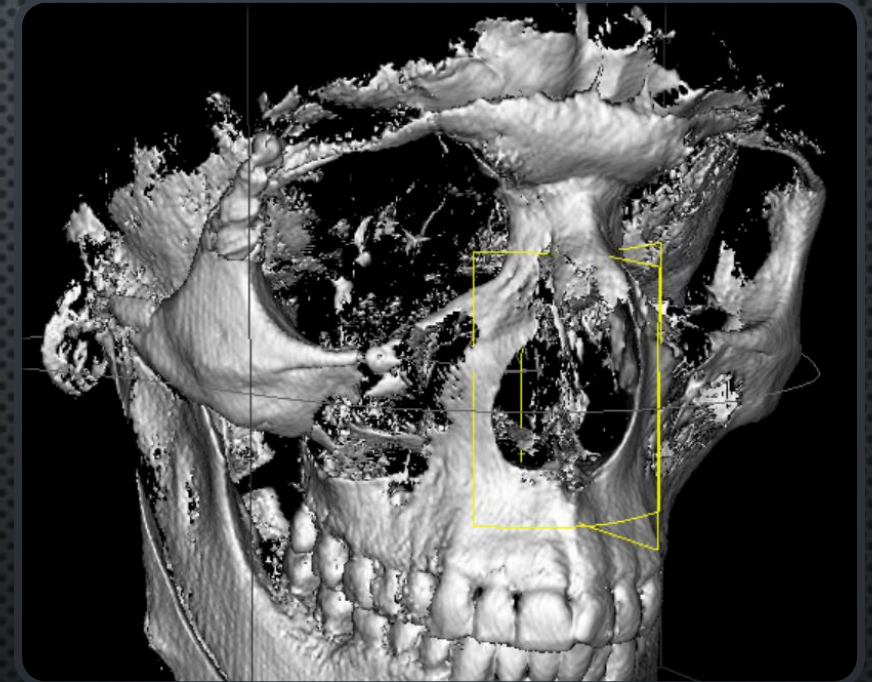
- **ЦЕЛЬ:** МИНИМИЗИРОВАТЬ ОПЕРАЦИОННУЮ ТРАВМУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА.
- **ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ:** 22 ПАЦИЕНТА С ПЕРЕЛОМАМИ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА.

# ТОЧКИ ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Из переломов костей средней зоны лица, требующих открытой репозиции и остеосинтеза, наиболее часто встречаются переломы скуло-орбитального комплекса — 22 пациента (68,75%).

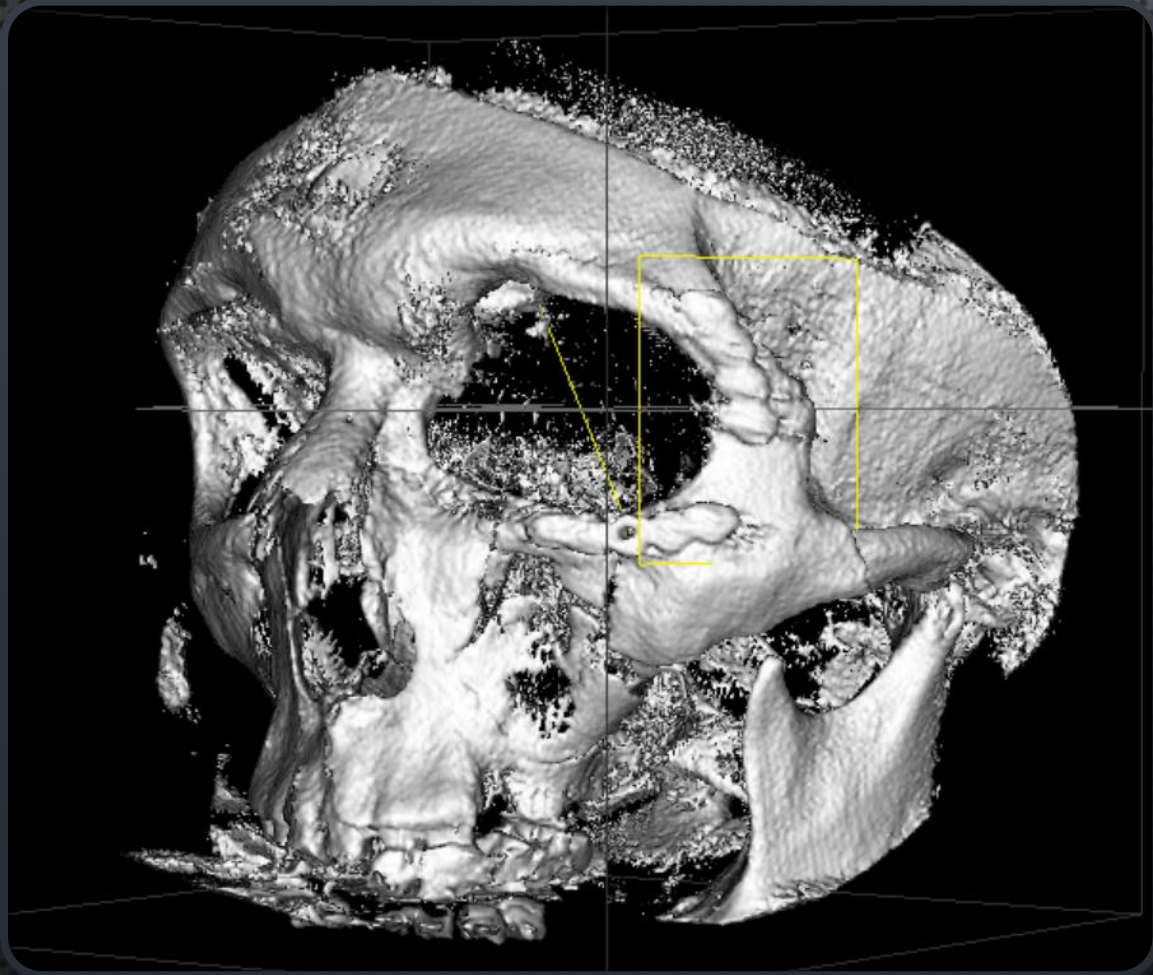
21 пациенту (95,45%) с переломами скуло-орбитального комплекса требовалась фиксация переломов в одной точке — по скулолобному шву. Проведение такого оперативного вмешательства приводило к удовлетворительному положению и фиксации костных осколков в области нижнего края орбиты.

Только одному пациенту (4,55%) требовалось проведение открытой репозиции и фиксации перелома по нижнему краю орбиты в дополнение к точке фиксации по скулолобному шву.

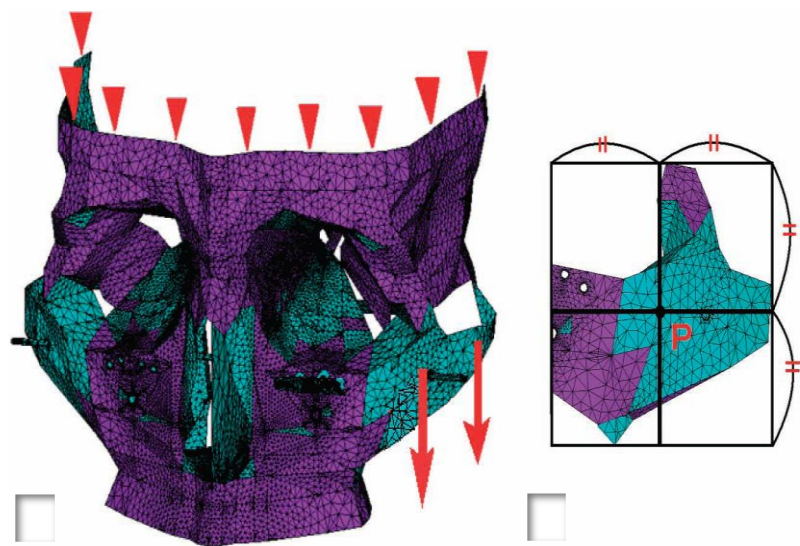


# ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЖЕСТКОЙ ФИКСАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ

- Для обеспечения жесткой фиксации по скулолобному шву использовалась титановая мини-пластина С-образной (полулунной) формы толщиной 1 мм, имеющая 4 отверстия для фиксации шурупами. Расстояние между фиксирующими отверстиями в центральной части (над линией перелома) составляло 2 мм.
- Использование металлоконструкции без пролетов в области линии перелома, фиксируемой на 2 шурупа на каждом костном отломке позволяет увеличить жесткость фиксации и предотвратить вторичное смещение.



- В ОБЛАСТИ НИЖНЕГО КРАЯ ОРБИТЫ ИСПОЛЬЗОВАЛАСЬ ТИТАНОВАЯ МИНИ-ПЛАСТИНА С-ОБРАЗНОЙ ФОРМЫ, ИМЕЮЩАЯ 5 ОТВЕРСТИЙ. КОЛИЧЕСТВО ОТВЕРСТИЙ В МИНИ-ПЛАСТИНЕ (ДЛИНА МИНИ-ПЛАСТИНЫ) В ДАННОЙ ТОЧКЕ ЗАВИСИТ ОТ СТЕПЕНИ РАЗДРОБЛЕННОСТИ НИЖНЕ-ЛАТЕРАЛЬНОГО КРАЯ ОРБИТЫ И МОЖЕТ СОСТАВЛЯТЬ ОТ 4 ДО 7 ОТВЕРСТИЙ.



У ВСЕХ 22 ПАЦИЕНТОВ (100%) ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТСУТСТВОВАЛО ВТОРИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ.

НАШИ ДАННЫЕ СОГЛАСУЮТСЯ С ДАННЫМИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Т. NAGASAO<sup>1</sup>, В КОТОРОМ ДОКАЗАНО, ЧТО СКУЛОЛОБНЫЙ ШОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНОЙ ТОЧКОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА.

# ВЫВОДЫ

В подавляющем большинстве (95,45%) пациентам с переломами скуло-орбитального комплекса требуется проведение открытой репозиции и остеосинтеза только в одной точке – по скулолобному шву. Дополнительная точка фиксации в области нижнего края орбиты необходима только при отсутствии удовлетворительного положения костных осколков в области нижнего края орбиты при проведении закрытой репозиции.

Фиксация перелома скуло-орбитального комплекса по скулолобному шву позволяет минимизировать операционную травму, устранить риск повреждения корней зубов, сохранить костный контур верхнечелюстного синуса, что позволяет сократить сроки лечения пациентов.

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**