

---

Таким образом, неспорообразующие анаэробные бактерии играют важную, а часто и ведущую этиологическую роль в развитии ОГВП ЧЛЮ, что непременно должно учитываться при назначении таким больным рациональной этиотропной химиотерапии.

#### **Выводы**

1. Анаэробная (особенно газовая) инфекция мирного времени является реальностью, с которой практическая стоматология может столкнуться в самых неожиданных случаях, не будучи готовой к этому ни материально, ни организационно, ни морально.

2. Решающее значение в спасении жизни больного имеют немедленные меры и правильно выбранная тактика лечения.

#### **Литература**

1. Губин М.А., Харитонов Ю.М., Киков Р.Н., Местные клинические особенности проявления неклостридиальной анаэробной инфекции у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи // Стоматология-2005: Материалы 7-го Всерос. науч. форума. – М., 2005. – С. 86-87.

2. Колесов А.П., Столбовой А.В., Кочеровец В.И. Анаэробные инфекции в хирургии. – Л., 1989. – 160 с.

3. Левенец А.А., Чунов А.А. Одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2006. – №3. – С. 27-30.

4. Мустафаев М.Ш., Нагоев Б.С., Шогенова А.Р. Комплексное лечение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области // Фундаментальные исследования. – 2004. – №2. – С. 78-79.

5. Робустова Т.Г. Хроническая эндогенная интоксикация при одонтогенных воспалительных заболеваниях // Материалы 10-й Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб, 2005. – С. 155-156.

#### **RESUME**

In given clause in dynamics of treatment the role anaerobe microorganisms in development of pyoinflammatory diseases maxillofacial areas in stationary conditions is investigated.

After the lead researches it is established, that at presence anaerobe microorganisms development of inflammatory diseases in the given areas have fulminant character.

In this connection the clinic of pyoinflammatory diseases is accompanied by a high intoxication of an organism, distribution be sour- necrotic process on some anatomic areas of the person which are complicated a septic condition. Results are higher than the researches lead by us have shown, that ontogenous anaerobe pyoinflammatory diseases of maxillofacial area demand complex treatment and duly rendering of highly skilled in common urgent surgical help of the surgeon - stomatologist. It in turn results in the prompt recovery without complications.

### **ПЕРЕЛОМ СТЕНОК ОРБИТЫ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА**

Ш.А. Боймурадов, М.А. Халматова

Ташкентская медицинская академия.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Сочетанное повреждение челюстно-лицевой области остается одной из актуальных проблем челюстно-лицевой травматологии. Сочетанная травма челюстно-лицевой области требует оказания совместной медицинской помощи несколькими специалистами. Травма верхней и средних зон лица часто сопровождается с травмой глазницы, околоносовых пазух [2,4,7]. Они трудно диагностируется, при несвоевременной диагностике и оказанной помощи приводят к вторичным дефектам и деформациям. Повреждения стенок орбиты могут стать причиной рубцовых изменений в клетчатке глазницы, глазных мышц, стойкой

диплопии, ущемления глазного нерва, стойкой асимметрии глаз; снижение или потеря зрения являются причиной частой инвалидности [4-6].

Повреждения стенок орбиты при сочетанных травмах средней зоны лица составляет от 20 до 80%, чаще, до 90% повреждается нижняя и внутренняя стенка глазницы [1,3,5].

#### **Цель исследования**

Оценка характера повреждения стенок орбиты при сочетанных травмах костей лица.

#### **Материал и методы**

Под нашим наблюдением во 2-й клинике Ташкентской медицинской академии в 2011-2014 гг. находились 76 больных с травмой верхней и средней зоны лица, из них 67% составляли мужчины, 33% женщины, в возрасте от 19 до 48 лет. У 36% больных была бытовая травма, у 38% автотравма, у 12% спортивная травма, у 14 кататравма.

#### **Методы исследования**

Больные были осмотрены нейрохирургом, реаниматологом, челюстно-лицевым хирургом, оториноларингологом и офтальмологом. Обращали внимание на клиническую картину повреждения орбиты и функциональные нарушения зрения. Клиническими признаками повреждения орбиты служили наличие отека и гематомы мягких тканей вокруг орбиты, асимметрия орбиты, экзофтальм или энофтальм, эмфизема век и глазницы, смещение глазного яблока, нарушение его подвижности, развитие диплопии, птоз подкожной эмфиземы окологлазничной ткани, узкая глазничная щель.

Функциональные нарушения зрения установлены офтальмологами в виде снижения остроты зрения, повреждения мышц глазного яблока, изменения оптических сред глаза, сетчатки и зрительного нерва. Проводили рентгенологическое исследование и мультиспиральную компьютерную томографию орбиты. У 56% обследованных выявлены поражения нижней стенки орбиты, у 23% медиальной стенки, у 12% латеральной, у 9% больных латеральной стенки орбиты.

В зависимости от общего состояния больные были разделены на 2 группы. Тяжесть общего состояния больных определяли по шкале Глазго. 1-ю группу составили 33 больных, общее состояние которых было оценено как тяжелое или крайне тяжелое. Во 2-ю группу включены 43 больных в состоянии средней степени тяжести.

Данные о характере выполненных оперативных вмешательств представлены в таблице.

Таблица

Распределение пострадавших в зависимости от характера оперативного вмешательства

Характер операции	Количество операций
Репозиция скуловой кости (в течение 1-5 суток)	23
Открытая репозиция скуловой кости (в течение 1-3 суток)	7
Открытый остеосинтез верхней челюсти (в течение 1-3 суток)	5
Репозиция костей носа (в первые сутки)	41
Всего	76

Для профилактики орбитальных осложнений в послеоперационном периоде больные получали антибактериальную терапию.

#### **Результаты и обсуждение**

Больным с повреждением структур головного мозга с первых суток проводились реанимационные мероприятия. Репозицию и фиксацию костных отломков осуществляли на 5-6-е сутки, после улучшения общего состояния, но в послеоперационном периоде улучшения остроты зрения и желаемого косметического эффекта мы не добились. Оперативным вмешательством достигнуто восстановление контура орбиты. У 19% больных этой группы отмечалось снижение зрения, полная потеря зрения наступила у 3%.

---

Асимметричное положение глазных яблок в орбите сохранялось у 22% больных.

При средней степени тяжести в первые сутки снижение остроты зрения наблюдалось у 28% больных. Всем им проводили репозицию и фиксацию костных отломков. После лечения при выписке низкая острота зрения отмечалась только у 5% больных. Асимметричное положение глазных яблок в орбите этой группы имело место у 8,2% больных. Надо отметить, что нарушение остроты зрения как в 1-й, так и во 2-й группе было у больных с повреждением нижней и медиальной стенок орбиты.

Таким образом, при тяжёлых сочетанных повреждениях стенок орбиты у 5% больных отмечается потеря зрения. При сочетанных травмах чаще поражается нижняя и медиальная стенки орбиты. К осложнениям, таким как экзофтальм, эндофтальм, смещение глазного яблока, нарушение его подвижности, развитие диплопии, птоз, деформации лица, снижение или потеря зрения чаще всего приводят переломы нижней и медиальной стенки орбиты.

#### **Литература**

1. Акадже А., Гунько В.И. Проблемы медицинской реабилитации больных с переломами скулоорбитального комплекса // *Стоматология*. – 2004. – №1. – С. 65-69.

2. Ипполитов И.В., Рабухина Н.А., Колескина С.С. Сравнительная клинко-рентгенологическая оценка методов остеосинтеза при лечении больных с посттравматическими дефектами и деформациями костей верхней и средней зон лица // *Стоматология*. – 2003. – №1. – С. 2326.

3. Шамсутдинов А.Г., Рабухина Н.А. и др. Клинико-рентгенологический анализ результатов устранения дефектов и деформаций костей лицевого черепа с использованием современных фрагментов // *Стоматология*. – 2002. – №3. – С. 28-32.

4. Brasileirio B.F., Passeri L A. Epidemiological analysis of maxillofacial fractures in Brazil: a 5year prospective study // *Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod.* – 2006. – Vol. 102. – P. 28-34.

5. Metzinger S.E., Guerra AB, Garcia REG: Frontal sinus fractures: management guidelines // *Facial Plast. Surg.* – 2005. – Vol. 21, №3. – P. 199-206.

6. Pham A.M., Strong E.B. Endoscopic management of facial fractures // *Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg.* – 2006. – Vol. 14. – P. 234-241.

7. Steiger J.D., Chiu A.G., Francis D.O., Palmer J.N. Endoscopic assisted reduction of anterior table frontal sinus fractures // *Laryngoscope*. – 2006. – Vol. 16. – P. 1936-1939.

#### **РЕЗЮМЕ**

Дана оценка характера повреждения стенок орбиты при сочетанных травмах костей лица. При тяжёлых сочетанных повреждениях стенок орбиты у 5% больных отмечается потеря зрения. При сочетанных травмах чаще поражается нижняя и медиальная стенки орбиты. К осложнениям, таким как экзофтальм, эндофтальм, смещение глазного яблока, нарушение его подвижности, развитие диплопии, птоз, деформации лица, снижение или потеря зрения чаще всего приводят переломы нижней и медиальной стенки орбиты.

#### **SUMMARY**

In this article provides an assessment of the nature of damage to the walls of the orbit in combined injuries of the facial bones. The analysis showed that, in severe combined injuries of the orbit in 5% patients have loss a vision. In combined trauma often affects the lower and medial orbital wall than other parts of it. Fractures of the lower and medial orbital wall more often leads to complications such as exophthalmos, enophthalmos, the displacement of the eyeball, the violation of its mobility, the development of diplopia, ptosis, facial deformation, reduction or loss a vision.