

Полученные данные позволяют рекомендовать пациентам, ориентированным на интенсивные и силовые физические нагрузки, выполнять пластику повреждения ПКС средней порцией собственной связки надколенника. Пациентам, ориентированным на восстановление активности и уверенного управления суставами, рекомендуется выполнять пластику повреждения ПКС сухожилием длинной малоберцовой мышцы.

Реконструкция ПКС представляет собой успешное оперативное вмешательство, которое позволяет улучшить функцию коленного сустава, устранить нестабильность и вернуть пациента к активной деятельности при оптимальном выборе стратегии восстановления поврежденной связки с учетом выбора трансплантата и функциональных запросов спортсменов.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Еремин, Д. Н. Физическая реабилитация футболистов с разрывом передней крестообразной связки / Д. Н. Еремин, Е. О. Архипенкова // StudNet. – 2020. – № 3 (10). – С. 150.
2. Михалёва, К. В. Функциональное состояние коленного сустава у пациентов с изолированным повреждением передней крестообразной связки в зависимости от типа пластики / К. В. Михалёва, В. С. Волчек, О. В. Тимашков // Проблемы и перспективы развития современной медицины : сб. науч. ст. XII Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием студентов и молодых ученых, Гомель, 8 окт. 2020 г. : в 8 т. – 2020. – № 3 (10). – С. 169–171.
3. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score or International Knee Documentation Committee Subjective Knee Form: which questionnaire is most useful to monitor patients with an anterior cruciate ligament rupture in the short term? / B. L. van Meer [et al.] // Arthroscopy. – 2013. – №2 9 (4). – P. 701–715.

УДК 616.716.4-001.5-089

**Н. В. Рождаев, В. И. Туренков**

*Научный руководитель: старший преподаватель А. А. Третьяков*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА И СОПУТСТВУЮЩИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛОВОЙ КОСТИ

#### ***Введение***

Переломы костей лицевого черепа встречаются у 17–29 % взрослого населения, переломы скуловой кости составляют около 20 % [1]. Особенностью переломов скуловой кости является частое сочетание с переломами скулоорбитального, скуловерхнечелюстного и назоорбитального комплекса [2]. Лишь изредка переломы скуловой кости или костей орбиты, ввиду сложного строения висцерального черепа, малой толщины костей и наличия периферических пазух носа, являются изолированными, из-за чего возникает потребность в поиске других повреждений при осмотре пациента и для планирования его дальнейшего лечения.

Анализ частоты встречаемости переломов костей скулоорбитального комплекса позволяет получить информацию о сопутствующих патологиях, фокусируя внимание челюстно-лицевого хирурга на наиболее уязвимых и анатомически значимых локализациях [3].

#### ***Цель***

Провести сравнительный анализ частоты переломов костей скулоорбитального комплекса и сопутствующих состояний при переломах скуловой кости.

#### ***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ 80 медицинских карт пациентов с диагностированными переломами скулоорбитального комплекса, которым было проведено КТ-исследование области головы на базе учреждения «Гомельская областная клиническая боль-

ница» в период с января 2020 по декабрь 2022 года. Обработка данных проводилась в программе Microsoft Excel 2016.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В исследуемой группе перелом скуловой кости встречался в 66 случаях (82,5 %), среди которых наблюдались как тотальные переломы скуловой кости, так и изолированные повреждения дуги (71,21 %) или тела (10,6 %) скуловой кости.

Результаты анализа представлены в таблице 1.

Таблица 1– Анализ переломов скуловой кости при переломах скулоорбитального комплекса

Анализируемые данные	Локализация перелома			Всего
	перелом дуги скуловой кости	перелом тела скуловой кости	комбинация переломов дуги и тела скуловой кости	
Количество случаев	47	7	12	66
Процентное соотношение типов перелома скуловой кости	71,21 %	10,60 %	18,18 %	100 %

Из данных таблицы видно, что перелом дуги скуловой кости встречается значительно чаще, чем перелом тела скуловой кости или их комбинация.

Также был проведен анализ частоты переломов стенок орбиты: всего пациентов с повреждением целостности структуры одной или нескольких стенок – 60 (75 % от общего числа исследуемых). Зафиксировано 4 случая двустороннего повреждения симметричных стенок орбит: латеральной стенки – 1, нижней – 1, медиальной – 2.

Данные анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Соотношение переломов стенок орбиты при переломах скулоорбитального комплекса

Анализируемые данные	Локализация перелома				Всего
	латеральная стенка	нижняя стенка	медиальная стенка	верхняя стенка	
Количество случаев	56	22	12	5	60
Процентное отношение к количеству переломов орбиты	93,33 %	36,66 %	20 %	8,33 %	

В исследуемой группе с высокой частотой встречалось повреждение стенок верхнечелюстной пазухи (ВЧП) – 73 клинических случая (91,25 %), из которых 17 (23,28 %) – с двух сторон. Итого, с учетом повреждения контралатеральной стороны выявлено 90 случаев переломов одной или нескольких стенок ВЧП.

Результаты статистического анализа представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Переломы стенок верхнечелюстной пазухи (ВЧП) при переломах скулоорбитального комплекса

Анализируемые данные	Локализация перелома					
	латеральная стенка	верхняя стенка	задняя стенка	передняя стенка	нижняя стенка	медиальная стенка
Количество зафиксированных случаев перелома стенки ВЧП	44	22	24	56	5	10
Процентное отношение к количеству переломов ВЧП	48,88 %	24,44 %	26,66 %	62,22 %	5,55 %	11,11 %
Всего случаев перелома ВЧП	90					

Было отмечено большое число комбинированных переломов костей висцерального и мозгового черепа, среди которых чаще встречались переломы костей носа (33,75 %), переломы большого крыла и/или основания крыловидного отростка клиновидной кости (27,5 %) и переломы носовой перегородки.

Результаты анализа представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Прочие зафиксированные случаи комбинированных переломов костей висцерального и мозгового черепа при переломах скулоорбитального комплекса

Локализация	Количество случаев	Процентное отношение к общему количеству пациентов
Лобный отросток верхней челюсти	3	3,75 %
Нёбный отросток верхней челюсти	1	1,25 %
Альвеолярный отросток верхней челюсти	6	7,5 %
Суставной отросток верхней челюсти	5	6,25 %
Переломы большого крыла и/или основания крыловидного отростка клиновидной кости	22	27,5 %
Тело клиновидной кости	4	5 %
Наружная поверхность лобной кости	7	8,75 %
Кости носа	27	33,75 %
Носовая перегородка	16	20 %
Небная кость	5	6,25 %

Было выявлено, что для переломов скулоорбитального комплекса характерно наличие гемосинуса периферических пазух носа. Так, гемосинус ВЧП встречался в 67 (83,75 %) случаях, чуть реже заполнялись ячейки решетчатой кости – 24 (30 %) случая. Гемосинус лобной и основной пазухи выявлен в 12 (15 %) и 7 (8,75) соответственно.

Стоит отметить, что в одном случае было выявлено одностороннее заполнение гемморрагическим содержимым барабанной полости и ячеек решетчатого лабиринта.

Прочие выявленные сопутствующие состояния представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Выявленные сопутствующие состояния

Состояние	Количество выявленных случаев	Процентное соотношение к общему количеству пациентов
Эмфизема ретробульбарной клетчатки	15	18,75 %
Гематома ретробульбарной клетчатки	3	3,75 %
Пневмоцефалия	3	3,75 %
Гематома в полости черепа	6	7,5 %
Экзофтальм	4	5 %
Смещение костных отломков в полость орбиты	2	2,5 %
Смещение костных отломков в полость ВЧП	27	33,75 %

### **Выводы**

Из вышеописанных данных можно сделать вывод о том, что переломы стенок орбиты и скуловой кости являются сложными для диагностики, ввиду комплексного характера поражения и близкого расположения сложных анатомических структур. Так, частота переломов скуловой соотносится с частотой переломов стенок орбиты в 90,9 % случаев и указывает на прочную корреляционную связь данных переломов, что несет большую значимость для диагностики и лечения травм лица.

Большое диагностическое значение имеют переломы стенок периферических пазух носа, в особенности – верхнечелюстной пазухи. Стоит обращать внимание на возможные кровоизлияния, а также на смещение костных фрагментов внутрь полостей пазух и орбиты.

Дальнейшее изучение темы необходимо для совершенствования диагностики множественных повреждений при переломах скуловой кости и костей лицевого черепа, и позволит улучшить лечение данных повреждений и своевременно предотвратить возможные осложнения.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горбачев, Ф. А. Тактика лечения переломов скулоорбитального комплекса и дна орбиты при сочетанной черепно-челюстно-лицевой травме / Ф. А. Горбачев, Т. М. Ярощик, Ю. Ю. Ишангалиева // «Экстренная медицина». – 2018. – Т. 7, № 4. – С. 411–413.
2. Хирургическое лечение переломов нижнего края и нижней стенки орбиты / А. С. Ластовка [и др.] // Экстренная медицина. – 2017. – № 4 (336). – С. 430–437.
3. Сандоваль Х. Оптимизация алгоритма медицинской реабилитации больных с переломами скуло-орбитального комплекса: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: 14.01.14 – стоматология / Х. Сандоваль ; Российский университет дружбы народов . – М., 2010. – 36 с.

**УДК 616.728.2:616.728.2.3**

**К. С. Селятыцкая, В. Ю. Селятыцкий**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры В. А. Иванцов*

*Учреждение образования*

*«Гродненский государственный медицинский университет»*

*г. Гродно Республика Беларусь*

### **ОЦЕНКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РЕВИЗИОННОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ**

#### ***Введение***

В мире ежегодно выполняется около 700 тысяч операций эндопротезирования коленного сустава и около 1,5 миллионов операций эндопротезирования тазобедренного сустава. С ростом количества операций первичного эндопротезирования крупных суставов отмечается рост ревизионных вмешательств. По сложности выполнения операции и финансовым затратам ревизионное эндопротезирование превосходит первичное [1]. В ряде случаев после ревизионного эндопротезирования возникают инфекционные осложнения. Развитие инфекционного осложнения в зоне эндопротеза после ревизионного эндопротезирования крупных суставов создает наибольшие трудности при лечении пациентов и может привести к более тяжелым последствиям [2].

#### ***Цель***

1. Провести клинический и микробиологический анализ ревизионной артропластики после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов.
2. Провести анализ инфекционных осложнений с изучением бактериальной флоры после ревизионного эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов.

#### ***Материал и методы исследования***

Изучены 85 медицинских карт стационарных пациентов, которые находились на лечении в травматологических отделениях № 1, № 2 и № 3 УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» в период с января 2017 г. по декабрь 2022 г., которым было выполнено ревизионное эндопротезирование коленного и тазобедренного сустава.