

There was a deviation in the occlusal balance of the right and left sides of the dentition in 77.2% of athletes and 34.5% in the control group. There is a lengthening of the time to achieve multiple contacts in the main group by 63% (Fig. 2).

Conclusion:

1. As a result of the study, it was established that 75% of athletes had dental diseases that lead to a change in the state of general health, and following a decline in the quality of life and sports performance.

2. Examination of athletes on the program "Hamburg Testing" showed that "dysfunction of the chewing apparatus" in the group of athletes is found 4.6 times more often.

3. According to T-scan III, occlusion disorders are characteristic of all athletes in 100% of cases.

4. Pronounced disorders in the occlusive-articulation parameters of the dentition of athletes require the development of new methods of treatment and prophylactic correction and a differential approach to the provision of dental care to this population.

List of references:

1. Babaev E.E. Correction of dental status disorders in professional athletes / E.E. Babaev, F.R. Safaraliev // Problems of Dentistry. – 2014. - № 1. – P. 19–25.

2. Kaplan D.I. Medico-social basis for the formation of dental health of young people / D.I. Kaplan, V.I. Grinin // Dentist. - 2008. – P. 5-16.

3. WHO. Oral health fact sheet Nr 318: World Health Organization; April 2012 [cited 2016 01–05]. Available from: www.who.int/newsroom.

УДК 617.52; 617.76

**Абдулкеримов Т.Х., Мандра Ю.В., Герасименко В.И., Цех Д.В.,
Саматов Н.Р.**

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПЕРЕЛОМОВ СТЕНОК ОРБИТ

Кафедра терапевтической стоматологии и пропедевтики
стоматологических заболеваний

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Abdulkerimov T. Kh., Mandra J. V., Gerasimenko V. I., Tsekh D. V.,
Samatov N. R.**

FREQUENCY OF THE ORBITAL WALLS FRACTURES

Department of therapeutic and preclinical dentistry

Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: tabdulkerimov05@gmail.com

Аннотация. В статье рассмотрены вопросы особенностей анатомического строения глазниц, а также эпидемиологии орбитальной травмы на основании статистических данных нейрохирургического отделения ЦГКБ №23 г. Екатеринбурга за 2017 год.

Annotation. The article deals with issues of anatomical construction of orbit and orbital trauma epidemiology based on statistics of neurosurgical department of Central city clinical hospital №23, Yekaterinburg, for 2017.

Ключевые слова. Орбита, реконструктивная хирургия, перелом, черепно-челюстно-лицевая хирургия, сочетанная травма.

Key words. Orbit, reconstructive surgery, fracture, craniomaxillofacial surgery, combined trauma.

Введение

Переломы костей средней зоны лицевого скелета с вовлечением стенок орбит встречаются достаточно часто. По данным К. Kunz , более, чем в 40% всех переломов челюстно-лицевой области повреждаются края орбит и/или внутренние их стенки, демонстрируя различную конфигурацию зон повреждения[3]. Повреждения скуло-орбитального, назо-орбито-этмоидального комплексов и их сочетания демонстрируют многообразие переломов краев и внутренних стенок орбит от простых до сложных оскольчатых[1]. При простых переломах наиболее часто встречаются «взрывные» или же blow-out переломы с вовлечением только одной области (стенки) орбиты. Несмотря на это, необходимо помнить, что глазница является комплексной 3D-структурой, требующей прецизионной реконструкции посттравматических ее повреждений.

Цель исследования – определение распространенности переломов орбит в структуре изолированных и сочетанных с черепно-мозговой травмой переломов костей лицевого скелета.

Материалы и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ медицинской документации 190 больных мужского и женского пола в возрасте от 18 до 65 лет с изолированной и сочетанной травмой челюстно-лицевой области, госпитализированных в нейрохирургическое отделение ЦГКБ №23 г. Екатеринбург. Полученные статистические данные были обработаны с помощью программного пакета MicrosoftOfficeExcel 2010.

Результаты исследования и их обсуждение

Достаточно обширная распространенность орбитальных переломов обусловлена, в первую очередь, особенностями анатомического строения этой области. Глазница представляет собой пирамидальное замкнутое пространство, образованное семью костями:

Латеральная стенка образована большим крылом клиновидной кости и глазничной поверхностью скуловой кости. Обе эти кости являются достаточно массивными, причем любой перелом латеральной стенки будет сопровождаться вовлечением скулового компонента;

Медиальная стенка состоит из слезной кости и глазничной пластинка решетчатой кости. Последняя образует так называемую «бумажную пластинку» и может быть легко повреждена при воздействии средней величины силы;

Нижняя стенка орбиты (дно) представлена верхней челюстью и глазничным отростком небной кости в дистальных отделах. Нижняя стенка орбиты является достаточно хрупкой структурой, не имеющей усиления смежными костными структурами как, например, медиальная стенка орбиты, что обуславливает превалирующее число переломов именно дна глазницы среди остальных ее стенок:

- верхняя стенка орбиты (крыша) выполнена глазничной поверхностью лобной кости и малым крылом клиновидной кости в дистальных отделах,
- апикальная часть орбиты является местом выхода зрительного нерва, поэтому является филогенетически массивной структурой, образованной малым крылом клиновидной кости.

Между составляющими костями имеются анатомические пространства, в которых проходят важные анатомические структуры:

- между латеральной и верхней стенками верхняя глазничная щель соединяет между собой полость глазницы и среднюю черепную ямку,
- на границе нижней и латеральной стенок орбит расположена нижняя глазничная щель, соединяющая полость глазницы с крыловидно-небной и подвисочной ямками.

S-образная форма дна орбиты является ключевым фактором позиционирования глазного яблока, поэтому при переломах нижней стенки крайне важно максимально восстановить ее форму, что обеспечит оптимальное положение глазного яблока. Помимо этого в области нижней стенки орбиты проходит подглазничный нерв, что также требует особого внимания при выполнении оперативных вмешательств в данной области.

Наружный край орбиты является массивной структурой, состоящей из лобной, скуловой костей и верхней челюсти и является стратегически важной точкой при проведении остеосинтеза оскольчатых переломов [2].

В силу особенностей анатомического строения, а также функциональной и эстетической значимости указанной области, переломы костей средней зоны лицевого скелета, в частности, глазницы, эпидемиология травматических повреждений данной локализации представляет особый интерес.

В ходе исследования был выполнен ретроспективный анализ историй болезней 190 пациентов мужского и женского пола, возрастной категории от 18 до 65 лет, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении центральной городской клинической больницы № с изолированными и сочетанными травматическими повреждениями костей лицевого скелета, в частности с повреждениями костных структур орбит за период с 01.01.2017 по 31.12.2017 г.

В выборку вошли пациенты с изолированными переломами нижней стенки, медиальной стенки орбиты, переломами нижних стенок орбит в

сочетании с переломами скуло-орбитального комплекса, стенок орбит и передней черепной ямки, переломами стенок орбит и верхней, нижней челюстей. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Локализация переломов	Количество пациентов
Нижняя стенка орбиты	68
Медиальная стенка орбиты	19
Нижняя стенка орбиты + скуло-орбитальный комплекс	59
Нижняя стенка орбиты + нижняя челюсть	20
Стенки орбит + верхняя челюсть	20
Стенки орбит + передняя черепная ямка	4

Из полученных результатов следует, что наиболее распространенным вариантом орбитальной травмы является изолированный перелом нижней стенки орбиты (68 случаев), а также сочетание перелома нижней стенки орбиты и скуло-орбитального комплекса (59 случаев). Реже всего встречались сочетанные переломы стенок орбит и передней черепной ямки (4 случая).

Выводы:

1. Учитывая наличие особенностей анатомического строения, а также ввиду эстетической значимости данной зоны, правильное и своевременное лечение переломов стенок орбит имеет важное значение в комплексной реабилитации пациентов с травматическими повреждениями костей средней зоны лицевого скелета;

2. В соответствии с данными проведенного ретроспективного исследования, наиболее часто встречаются изолированные переломы нижних стенок орбит, а также сочетание перелома нижней стенки орбиты и скуло-орбитального комплекса;

3. Наименьшую частоту встречаемости показали сочетанные с повреждениями передней черепной ямки переломы стенок орбит.

Список литературы:

1. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева // М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 928 с.

2. Brennan P. Maxillofacial surgery, 3-rd edition / P. Brennan, H. Schliephake, G.E. Ghali, L. Cascarini. – St. Louis: Elsevier, 2017. – 1562 p.

3. Ehrenfeld M. Principles of interal fixation of the Craniomaxillofacial skeleton. Trauma and orthognathic surgery / M. Ehrenfeld, P. Manson J. Prein. – Zurich: Thieme, 2012. – 395 p.

УДК 616.27-002.3

**Абель Е.Э., Дрегалкина А.А.
ОДОНТОГЕННЫЙ МЕДИАСТИНИТ**