

Оптимизация оказания своевременной помощи больным с сочетанными травмами костей средней зоны лица и черепа

Ешиев А. М., Сабилов С. А., Мурзаibraимов А.К.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница, Республика Кыргызстан

Аннотация. В статье рассматривается проблема оказания своевременной помощи больным с сочетанными травмами костей лица и черепа. Анализ литературы и собственные клинические наблюдения показывают, что необходимо разработать методы ранней репозиции костных отломков с минимальными воздействиями на головной мозг (хирургический и анестезиологический). А также создание специальных бригад врачей в составе нейрохирург, травматолог, челюстно-лицевой хирург, окулист и реаниматолог, которые занимаются оказанием специализированной и последовательной помощи больным с черепно-лицевой травмой. Разработка алгоритма обследования больных при переломах костей средней зоны лица, черепа и оптимального периода оперативного лечения.

Лечение больных с сочетанными травмами костей лица и черепа до сих пор остается не полностью решенной и весьма актуальной проблемой, значимость которой определяется как возрастающим числом травм этой локализации, так и частотой неудовлетворительных результатов лечения [1, 2, 3]. После таких сочетанных травм возникают различные посттравматические дефекты и деформации лица. При оказании первой помощи таким больным, одной из основных задач врачей является оказания реанимационной помощи и репозиция, фиксация костных отломков [3, 5]. Очень большое количество публикаций по вопросам лечения больных с посттравматическими дефектами и деформациями лица приносит новые сведения о сложности и многообразии сочетанных челюстно-лицевых и черепно-мозговых повреждений. Основной причиной сочетанных травм является рост количества транспортных средств, употребления алкоголя за рулем, высокая скорость на дорогах, увеличение роста производственных травм. Параллельно отмечается рост количества бытовых травм [4, 5, 6, 7].

Однако, при таких сочетанных травмах возникает проблема оказания последовательной медицинской помощи, так как в этом случае травма головного мозга превалирует. Внимание специалистов привлекает восстановление и стабилизация функции жизненно-важных органов, естественно, восстановление анатомии и косметики лица остается на втором плане. По этой причине либо репозиция и фиксация костных отломков костей лица остается на поздние сроки, либо вовсе не проводится. Перелом скулоорбитального комплекса занимает первое место среди переломов средней зоны лица. Частота повреждения скулоорбитального комплекса среди костей всего лицевого скелета составляет от 14 до 25% [8, 9, 10]. В нашей клинике был проведен анализ историй болезней больных, получивших стационарное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы с 2008 до 2018 года с диагнозом перелом скуловой кости и дуги со смещением у 176 пациентов, и составила 24%. Повреждения скулоорбитального комплекса [11].

Надо отметить, что в последнее время отмечается более тяжелый характер повреждений, такие

больные с сочетанными травмами госпитализируются в ближайшие лечебные учреждения. Во многих лечебных учреждениях отсутствуют челюстно-лицевые хирурги, поэтому помощь не оказывается. Пациенты этой группы составляют, в основном, лица трудоспособного возраста, поэтому результаты неудовлетворительного лечения и их осложнения приводят к потере трудоспособности пациентов. По нашим исследованиям, возраст больных варьировался от 15 до 68 лет, 168 (95,5%) - мужского пола. Из общего числа 8 (4,5%) пациентов женского пола получили травму в результате автотранспортных происшествий. Следует, что основная масса пострадавших были в работоспособном возрасте от 21 до 40 лет у 129 пациентов и составили 73,3%. Остальные от 41 и выше 61-летнего возраста - всего 47 пациентов и составили 26,7% из общего числа. Таким образом, пострадавшие этой группы составляют, в основном, лица трудоспособного возраста [11].

Даже анализ результатов лечения острой травмы в многопрофильных лечебных учреждениях свидетельствует о неудовлетворительной реабилитации этих пациентов. Многие специалисты считают, что репозиция и фиксация переломов лицевых костей при сочетанных травмах приводит к дополнительной травме, поэтому они предпочитают отложить репозицию и фиксацию на поздние сроки, т. е. после улучшения общего состояния больных. В конце 90 г. большинство хирургов придерживались тактики оказания специализированной помощи на 7-10 сутки после травмы, учитывая восстановление ауторегуляции мозгового кровообращения и нарушение нейрогенной модуляции тканевого кровотока, или ограничивались лишь консервативной терапией. К сожалению, к этому сроку отмечается образования первичной фиброзной спайки, что приводит к неудовлетворительному косметическому эффекту.

В наших исследованиях отмечено увеличение количества сочетанных черепно-лицевых травм, ежегодный прирост составляет от 10 до 15 %. Известно, что особенностью сочетанной черепно-лицевой травмы (СЧЛТ) является взаимное отягощение и расстройство жизненно важных функций организма при этих повреждениях.

Сложность выбора метода репозиции и фиксации отломков лицевых костей связана, прежде всего, с тяжелым общим состоянием больного из-за сопутствующей травмы черепа и головного мозга. При этом необходимо отметить, несвоевременное репонирование отломков костей лицевого скелета ухудшает течение сочетанной черепно-мозговой травмы и способствует развитию посттравматических осложнений со стороны лицевой костей (в виде нагноение ран, остеомиелиты, замедленная консолидация, формирование посттравматических деформаций) и со стороны головного мозга. Результат специализированной помощи при комбинированной и сочетанной травме в значительной степени зависит не только от профессиональной подготовки врачей, но и от соблюдения принципов единой тактики в лечении таких больных, где требуется совместная работа специалистов различных профилей – травматолога, нейрохирурга, реаниматолога и других специалистов [3].

В то же время другие специалисты утверждали, что репозиция и фиксация лицевых костей в ранних сроках после травмы не создает другие проблемы, наоборот, приводит к хорошему косметическому эффекту. При этом сроки оказания специализированной помощи ставились в зависимости от степени черепно-мозговой травмы: ранние вмешательства, в первые 2-е суток, рекомендовались только лишь при легких черепно-мозговых травмах сотрясении головного мозга, ушиб головного мозга легкой степени тяжести, в более тяжелых случаях ушибах головного мозга средней степени тяжести без грубыми нарушением сознания ШКГ 10-12баллов и психики больного специализированное лечения откладывали на срок от 7 до 12 дней или в соответствии с фазами травматической повреждении головного мозга при тяжелых травмах головного мозга.

В настоящее время все ученые считают, что оказание специализированной помощи больным с сочетанными челюстно-лицевыми и черепно-мозговыми травмами целесообразно проводить в первые сутки после травмы [8, 4]. Однако, представление о ранних сроках хирургического лечения у разных авторов существенно различается. По мнению одних, это первые 7-10 суток с момента травмы. По мнению других, - до 2 недель. Причем, как они полагают, что операцию надо делать на 14 сутки, т.е., когда начинается процесс остеофиксации. К этому моменту общее состояние больных улучшится, отеки и гематома уменьшится, появится возможность оценить функции глаз, а рубцевание тканей еще не приобретает необратимый характер. Третьи считают, что лечение надо начинать не позднее 24 часов, т.е. до появления отека, организации кровяных сгустков и развития инфекции. Четвертые полагают, что проведение операции считают целесообразным через 12-48 часов. В этом сроке уменьшается риск развития гематомы мягких тканей. Пятые рекомендуют проводить операцию в течение 36 часов. Так как репозиция и фиксация костных отломков в более позднем сроке вызывают осложнения в 4 раза чаще.

По мнению J. M. Descrozailles, P. Seguin и соавт., операцию можно проводит через 1-6 дней после травмы [17, 18]. Ch. Meyer и соавт. [20] считает, что оптимальным сроком проведения операции является от 12 часов до 15 дней.

По нашему мнению, объем лечебных мероприятий, а также их последовательность во многом определялись клиническим состоянием больного, наличием сопутствующих заболеваний и сочетанных травм, выраженностью признаков черепно-мозговой травмы и его осложнений. Нами проведен анализ историй болезни 32 больных, находившихся на лечении в челюстно-лицевой хирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы, с травматическим повреждением верхней челюсти. Мы разобрали случаи только изолированных переломов верхней челюсти, переломы кости носа и скуловой дуги, не подвергались анализу. Мужчин было 26, женщин-6, и по возрасту распределены следующим образом: от 16 до 20 лет- 3 человек, от 21 до 30 лет-15 человек, от 31 до 40 лет -9 человек, от 41 до 50 лет, также 3 человек, от 51 и старше - 2. У 11 больных состояние было средней степени тяжести, где установлен диагноз перелом верхней челюсти по Ле-Фор III (нижний тип), проведена экстренная госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии и в тот же час наложена шина Тигерштедта или Васильева с интермаксиллярной тягой. Особо тяжелые больные (21 человек) были сразу переведены в реанимационное отделение, у них сопутствовали черепно-мозговые травмы, переломы основания черепа, шок I - II степени, контузия глаза на определенной стороне. Таким больным проведено лечение совместными усилиями других специалистов (реаниматолог, нейрохирург, окулист и др.), по улучшению общего состояния через 3-5 суток уже проводилось лечение переломов верхней челюсти. Из 21 тяжелых больных переломов верхней челюсти Ле-Фор I (верхний тип) были у 7 больных, переломы верхней челюсти Ле-Фор II (средний тип) - у 14 больных. При тяжелых травмах головного мозга больные поступили в отделение нейрохирургии, после стабилизации состояния переведены в отделение ЧЛХ для дальнейшего оперативного лечения. В других случаях после поступления в отделение ЧЛХ на 1,3 сутки были консультированы нейрохирургом. Необходимо отметить, что сбор анамнеза у пострадавших при поступлении, как правило, был затруднен по причине психоэмоционального возбуждения при алкогольном опьянении пациентов, а также при нарушении сознания у пациентов с черепно-мозговой травмой. Особое внимание при осмотре нейрохирурга уделялось факту потери сознания, которое отмечалось в 97% случаев пациентов [4, 5].

Проблема усложняется, когда сочетанная травма лицевых костей и костей черепа сопровождается с дефектами костей. Во-первых, больные находятся в глубоком коматозном состоянии, поэтому проводить какие-либо длительные оперативные вмешательства при таком состоянии не желательно, так как дополнительное хирургическое агрессия на больного усугубляется тяжести больного так как

стоит вопрос о жизни пострадавшего. В некоторых случаях больные после таких сочетанных черепно-мозговых травм становятся инвалидами, вплоть до вегетативного состояния, вследствие повреждений глубоких структур головного мозга и нуждаются в постоянной посторонней помощи и социальной адаптации. В таких случаях косметические операции больным не целесообразны, кроме скулоорбитального перелома с целью сохранения функции органов зрения. Во-вторых, отсутствуют четкие последовательные рекомендации восстановления костных дефектов в остром периоде.

Перелом верхней челюсти и вдавленный перелом скулоорбитального комплекса в 35% случаев сопровождается тяжелыми травмами головного мозга. Больные с такими тяжелыми травмами находятся в реанимационных койках, при таких травмах активное оперативное вмешательство откладывается на поздние сроки после травмы или проводится в соответствии с травматическими фазами. При переломах скулоорбитального комплекса патологические изменения, развивающиеся в окружающих глаза тканевых структурах, оказывают разрушающее действие на функции органа зрения и являются причиной инвалидизации больных. Обычно, используемые для диагностики методы исследования не всегда отвечают современным требованиям. В некоторых больницах отсутствуют специалисты – челюстно-лицевые хирурги, организация консультаций, решение перевода больного с одного медицинского учреждения занимает большое время, иногда такие больные находятся в нетранспортабельном состоянии. Отсутствуют четкие и последовательные рекомендации в действиях врачей разных профилей при политравмах. Перелом костей носа часто сопровождается сотрясением головного мозга, врачи первые часы после травмы репозицию и переднюю тампонаду не проводят из-за противопоказаний к тампонаде, в итоге число больных с посттравматическими дефектами и деформациями увеличивается. Не прекращающейся в отечественной и зарубежной литературе поток публикаций по вопросам лечения больных с посттравматическим дефектами и деформациями костей лица, приносит все новые сведения о сложности и многообразии проявления данной патологии [2, 3, 13, 14, 15, 16, 20].

При лечении травм лица многие авторы предлагают применение различных репонирующих аппаратов внеротовой конструкции [1, 12, 16, 19, 21]. Челюстно-лицевые хирурги часто сталкиваются с проблемой фиксации костных отломков скуловой кости и дуги, когда раздробленные мелкие костные отломки вдавливаются в полость верхнечелюстной

пазухи или в подвисочную область. Применение репонирующих внеротовых аппаратов при таких переломах не дает желаемого эффекта, они лишь удерживают костные отломки временно. После снятия таких аппаратов костные отломки возвращаются на прежнее положение. Для решения этой проблемы многие авторы предлагают применение открытого способа хирургического лечения.

В последние годы появились данные о применении металлических пластин и мини пластин для фиксации костных отломков. По мнению многих авторов, этот вид фиксации является самым надёжным, так как он обеспечивает прочную фиксацию костных отломков визуально. Недостатком метода является то, что разрезы проводятся в мягких тканях лица в области перелома, после чего остаются рубцы на лице. Также один из недостатков метода – это снятие пластин через определенное время, что требует дополнительные хирургические вмешательства.

Таким образом, анализ литературы показывает, что лечение переломов верхней и средней зоны лица остается сложной задачей современной челюстно-лицевой хирургии. Создание специальных бригад врачей (нейрохирург, травматолог, челюстно-лицевой хирург и окулист), которые занимаются оказанием последовательной помощи больным с черепно-лицевой травмой, в Ошской межобластной многопрофильной клинической больнице круглосуточно работает неотложная медицинская помощь, достигнуты хорошие результаты лечения этих больных.

В последние годы, с ростом числа пациентов, желающих исправить эстетические недостатки лица, отмечено увеличение специалистов и медицинских учреждений, предлагающих свои услуги. Эти услуги требуют дополнительных финансовых затрат. Посттравматическое обезображивание лицевого скелета приводит не только к психическим травмам пациентов, но и создает медико-социальную проблему, поскольку потеря трудоспособности пациентов отражается на производстве.

Затронутая проблема ставит очень сложную задачу перед нейрохирургами, челюстно-лицевыми хирургами, создание четких и последовательных мероприятий при политравмах. Разработка алгоритма обследований, ранней репозиции и фиксации переломов костей верхней и средней зоны лица при сочетанных челюстно-лицевых и черепно-мозговых травмах или организовать совместные операции (при наличии эпи-субдуральной, внутримозговой гематомы и др.) является основной проблемой лицевых хирургов и нейрохирургов.

Литература:

1. Азарченко К. Я. Сравнительная оценка методов хирургического лечения переломов скулоорбитального комплекса; дис... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 1998.-24с.
2. Акадже А, Гунько В. И. Проблемы медицинской реабилитации больных с переломами скулоорбитального комплекса. // Стоматология. -2004. - №1. -С. 65-69.
3. Виноградова Н. Г. Оптимизация хирургической тактики у пострадавших с цереброфациальной травмой; дис... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2015.-52с.

4. Ешиев, А. М. Организация помощи больным с сочетанной черепно-лицевой травмой в условиях Ошской межобластной объединенной многопрофильной клинической больницы / А. М. Ешиев, Р. А. Уматалиев. – [Текст]: непосредственный // Медицина: вызовы сегодняшнего дня : материалы II Междунар. науч. конф. (г. Москва, декабрь 2013 г.). – Т. 0. – Москва: Буки-Веди, 2013. – С. 21-25.
5. Ешиев, А. М. Зависимость тактики лечения сочетанных черепно-мозговых травм и переломов скуловой кости от характера травмы / А. М. Ешиев, А. К. Мурзаibraимов // Евразийская Научное Объединение. – №6 (64), 2020 – С. 46-48.
6. Гунько В. И., Акадже А. Алгоритмы медицинской реабилитации больных с переломами скулоорбитального комплекса. Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов, 5-я. Санкт-Петербург, 2000. – С. 48-50.
7. Иващенко Н. И., Иващенко А. Н. Некоторые показатели статистики осложнений травм челюстно-лицевой области у больных юношеского возраста: Сборник научных работ, посвященной 40-летию ЦНИИС. М 2002: 31-38.
8. Ипполитов В. П., 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. 23-26.
9. Кузнецов И. А. Оптимизации диагностики и хирургического лечения больных с посттравматическими деформациями скулоглазничной области после оскольчатых переломов: дис...канд. мед. наук., М.: 2000. – 22с.
10. Лимберг Ал. А., Муштакова Т. В., Данилевич М. О. и др. Специализированная помощь пострадавшим с сочетанной челюстно-лицевой травмой в Санкт-Петербурге: организация, алгоритмы лечения, исходы. // Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов, 5-я Санкт-Петербург, 2000. – С. 80-84.
11. Малышев В. А., Иорданишвили А. К. Новый способ компрессионного остеосинтеза. Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии: // Сборник научных работ. Санкт-Петербург, 2000. – С. 83-85.
12. Мурзаibraимов А. К. Ретроспективное изучение причин возникновения перелома скуловой кости и дуги / А. К. Мурзаibraимов, А. М. Ешиев // Журнал Наука, Образование и культура №2 (36), 2019. – С. 29-32.
13. Христофорандо Д. Ю., Карпов С. М., Шарипов Е. М. Черепно-лицевая травма, структура, диагностика, лечения. г. Ставропол, 2011. – 245с.
14. Шамсутдинов А. Г., Рабухина Н. А. и др. Клинический-рентгенологический анализ результатов устранения дефектов и деформаций костей лицевого черепа с использованием современных фрагментов. // Стоматология. – 2002. – №3. – С. 28-32.
15. Camuzard J. F., Vaile G., Santini J., Demard F. Utilisation de la voie conjonctivale en chirurgie plastique orbito- palpebrale. Rev Stomatol Chir Maxillofac 1999; 91: 3: 223-227.
16. Carr R. M., Mathog R. H. Early and delayed repair of orbitozigomatic complex fractures. J Oral and maxillofac surg 2007; 55; 3: 253-258.
17. Descrozaillies J. M., Sapaner M., Nouri K. Examen d'un traumatisme facial / Stomatologie-odontologie 2004; 22-068-05; 19.
18. Laxenaire A., Levy J., Blanchard P. et al. Complications des implants de silastic utilises en reparation orbitaire. Rev Stomatol chir Maxillofac 1999; 98: 1: 96-99.
19. Le Faou T., Kratinova D. Reconstruction du plancher orbitaire fracture par des materiels autologues. Rev Stomatol chir Maxillofac 2007; 98: 4: 240-242.
20. Meyer Ch., Groos N., Sabatier H., Wilk A. Sequelles a long terme des fractures du plancher de L'orbite operees. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2008; 99: 3: 149-154.
21. Poli. R., Dodart L., Boutault F. et al. Reconstruction du plancher de L'orbite par cupule resorbable de polydi-oxanone (PDS). Rev Stomatol Chir Maxillofac 2005; 96: 3: 113-116.