

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЫ

Д. Ю. Христофорандо

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Ставрополь

Диагностика и лечение травм челюстно-лицевой области и головного мозга продолжает оставаться актуальной проблемой экстренной медицины [1,4,7,9]. За последние десять лет произошел количественный скачок травматизма населения в России. Объясняется это изменением социальных условий жизни – расслоением доходов населения, увеличением числа безработных, алкоголизацией общества; продолжающимся ростом крупных городов, увеличением количества транспортных средств, возрастающими скоростями передвижения; несоблюдением элементарных норм техники безопасности, особенно на частных предприятиях.

Частота сочетания черепно-мозговой травмы (ЧМТ) с повреждением костей лица составляет около 6-7 % от всех видов травм и обусловлена анатомической близостью мозгового и лицевого черепа. Наиболее частыми и тяжелыми являются лобно-лицевые повреждения. Черепно-лицевые повреждения часто сочетаются с повреждениями головного мозга и могут маскировать проявления черепно-мозговой травмы [2,6,8,10].

Цель исследования: изучить эпидемиологические аспекты черепно-мозговых травм в сочетании с повреждениями костей лицевого скелета.

Материал и методы. Работа основана на анализе 2604 историй болезни пострадавших с переломами костей лицевого скелета, лечившихся в отделении челюстно-лицевой хирургии Больницы скорой медицинской помощи г. Ставрополя в период с 2005 по 2009 г. В 345 (13,2 %) случаях была диагностирована сочетанная черепно-лицевая травма (ЧЛТ).

Результаты и обсуждение. Наиболее часто сочетанная ЧЛТ наблюдалась у лиц трудоспособного возраста: до 20 лет – 15,3 %, 21-30 лет – 34,9 %, 31-40 – 22,2 %, 41-50 лет – 17,7 % и в возрасте старше 50 лет – 9,9 %. Необходимо отметить, что наибольший процент пострадавших составили мужчины (82,8 %). Сочетанная черепно-лицевая травма в 89,3 % случаев имела непродолжительный характер, в 63,7 % она была бытовой, 38,1 % больных поступили в стационар в состоянии алкогольного опьянения.

Все краниофациальные повреждения костей лицевого скелета были разделены на группы по локализации. Перелом нижней челюсти был отмечен в 1837 (70,5 %) случаях; реже встречались множественные переломы костей лицевого скелета – 38 (1,5 %) случаев; переломы костей носа были выявлены в 97 (3,7 %) случаях; скуловой кости – в 395 (15,2 %) случаях; верхней челюсти – в 40 (1,5 %) случаях. Особую группу составили больные с повреждением мягких тканей лица – 277 (10,6 %) случаев. Специфика последнего вида повреждения, на наш взгляд, заключается в опасности гиподиагностики тяжести травмы,

что может приводить к ошибкам в тактике ведения больного.

Анализ показал, что частота повреждений головного мозга зависит от локализации и вида переломов костей лицевого скелета. Переломы верхней челюсти сопровождались в большинстве случаев открытой ЧМТ – у 78,5 % больных. Травмы других локализаций – в основном закрытой ЧМТ: множественными переломами костей лицевого скелета – у 66,7 % пациентов; изолированными переломами костей носа – у 48,4 %; переломами скуловой кости – у 12,3 % и нижней челюсти – у 3,4 % пострадавших. Необходимо отметить, что ЧМТ была различима по степени тяжести. Так, у 293 больных выявлено сотрясение головного мозга, а у 52 – ушиб, чаще легкой и средней степеней тяжести.

Больные с сочетанной ЧЛТ поступали в клинику в различные сроки: в течение первых суток – 54,4 %, на вторые сутки – 13,9 %, на третьи – 8,3 %; четвертые-пятые – 8 %, на шестые-седьмые – 5,9 % и в более поздние сроки – 9,5 % пострадавших. Следует отметить, что 52 пациента (15,1 %) были переведены из районных больниц края в сроки от нескольких дней до 2 и более недель после травмы. Анализ диагнозов при направлении больных показал, что при первичном осмотре ЧМТ не была выявлена у 67,2 %.

Клиническая картина сочетанной ЧЛТ складывалась из комплекса симптомов характерных для переломов костей лица и неврологических проявлений, обусловленных черепно-мозговой травмой, а также характеризовалась наличием общемозговой и очаговой симптоматики.

При поступлении в клинику больные чаще всего предъявляли жалобы на боли в области переломов, затруднение и боли при приеме пищи, реж – на головную боль и головокружение. При целенаправленном выяснении анамнеза травмы и жалоб пострадавших установлено, что потеря сознания наблюдалась у всех больных с ушибом и у 75,7 % больных с СГМ. Из общемозговых симптомов при ЧМТ чаще всего наблюдалась головная боль (32,1 %), намного реже – головокружение (38,9 %), тошнота (30 %) и рвота (26,1 %).

У больных с ушибом головного мозга при неврологическом обследовании выявлялась очаговая симптоматика: анизорефлексия (75 %), симптом Бабинского (43,2 %), ригидность затылочных мышц (50 %), симптом Кернига (33,0 %), глазодвигательные нарушения (36,4 %), анизокория (25 %). В 12 % случаев была выявлена невралгия VII и XII пар черепных нервов по центральному типу. У больных с СГМ неврологические симптомы наблюдались значительно реже и преобладали в большинстве случаев в первые сутки после травмы. Стертая, слабо выраженная неврологическая симптоматика создает большие трудности в диагностике ЧМТ и диктует применение дополнительных методов исследования.

Электроэнцефалографические (ЭЭГ) исследования, проведенные у 56 больных, показали отсутствие грубых изменений при легкой ЧМТ. Нейрофизиологическая картина проявлялась в виде дезорганизации альфаритма, низкой его амплитуды, нерегулярности, де-

Христофорандо Дмитрий Юрьевич, кандидат медицинских наук, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи, Ставрополь, тел.: 896244039383; e-mail: dima-plastic@rambler.ru.

организации при проведении функциональных проб, межполушарной асимметрии. Было отмечено, что при переломах костей лицевого скелета с вовлечением ветвей тройничного нерва нарушаются процессы адаптационной деятельности нервной системы с изменением биоэлектрической активности головного мозга [3,5].

Из 19 обследованных методом компьютерной томографии больных с различной степенью тяжести сочетанной ЧЛТ в 12 (63,2 %) случаях были выявлены контузионные очаги различной локализации, в 5 (36,8 %) – расширение желудочковой системы и асимметрия боковых желудочков.

Проведенная в 95 случаях люмбальная пункция позволяла выявить наличие крови в ликворе. Так, в 64 (67,4 %) случаях было выявлено наличие ксантохромии в ликворном содержимом, что, несомненно, переводило травму в разряд более тяжелой.

Сроки оказания специализированной помощи были различны: репозиция и фиксация отломков костей в 1-2 сутки после травмы произведены у 68,3 % больных, на 3-4 сутки – у 13,3 %, на 5-6 – у 5,7 % и в более поздние сроки – у 11,7 % пациентов. Лечение травм костей лицевого скелета проводилось сразу же или в первые часы после поступления пострадавших в клинику. При тяжелой травме, сопровождающейся шоком, вмешательства проводились на фоне противошоковой терапии.

Ортопедические методы фиксации челюстей применены у 54,8 % больных, хирургические – у 5,4 %, ортопедические в комбинации с хирургическими – у 10,4 %. Репозиция костей носа произведена у 18,6 % больных, скуловой кости – у 6 %, одновременная репозиция переломов челюстей, носа и скуловой кости – у 4,8 % пациентов.

Из ортопедических методов фиксации челюстей в период с 2005 по 2009 год (1837 больных) чаще применялись двучелюстные проволочные шины – у 200 (10,9 %) больных, редко – лабораторные шины (в основном для фиксации верхней челюсти). Из оперативных методов лечения использовался остеосинтез швом в 66 (3,6 %) случаях, остеосинтез спицей и костным полувшом одновременно – в 62 (3,1 %), спицей Киршнера – в 39 (2,1 %), минипластинами – в 48 (2,6 %) случаях; фронтомаксиллярный остеосинтез верхней челюсти по Черинятиной и Свистунову выполнен у 35 (1,9 %) и репозиция скуловой кости и дуги у 303 (16,5 %) больных. Шинирование производили под проводниковой анестезией, при остеосинтезе применяли общее обезболивание.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАНОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЫ

Д. Ю. ХРИСТОФОРАНДО

С целью изучения структуры сочетанной челюстно-лицевой травмы было проанализировано 2604 истории болезни отделения челюстно-лицевой хирургии г. Ставрополя за пять лет. Выявлено, что наибольший процент ЧЛТ приходится на молодую, трудоспособную возрастную группу с преобладанием лиц мужского пола. Черепно-лицевые повреждения часто сочетаются с различными повреждениями головного мозга и могут маскировать проявления черепно-мозговой травмы. Для обеспечения успеха лечения и сокращения сроков временной нетрудоспособности больным с сочетанной ЧЛТ необходимо проводить специализированное лечение независимо от тяжести повреждений головного мозга.

Ключевые слова: сочетанная челюстно-лицевая травма, черепно-мозговая травма

Заключение. Количество сочетанных ЧЛТ в Ставропольском крае имеет тенденцию к росту, что приводит к тяжелым последствиям. Черепно-лицевые повреждения часто сочетаются с различными повреждениями головного мозга, которые могут маскировать проявления мозговой травмы. В диагностическом плане такие больные требуют особенно тщательного, всестороннего обследования. Считаем, что для обеспечения успеха лечения пострадавших, сокращения сроков временной нетрудоспособности у больных с сочетанной ЧЛТ необходимо проводить специализированное лечение независимо от тяжести повреждения головного мозга.

Литература

1. Власов, А. М. Диагностика и лечение сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травмы: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук / А. М. Власов. – Москва, 2005. – 27 с.
2. Загубелюк, Н. К. Лечение переломов верхней челюсти: диагностика и современные методы лечения больных с переломами челюстей и воспалительными процессами челюстно-лицевой области / Н. К. Загубелюк. – М., 1973. – С. 49–59.
3. Зеньков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии / Л.Р. Зеньков. – Таганрог: Изд-во Таганрогского РТУ. – 1996. – С. 173.
4. Кабаков, Б. Д. Переломы челюстей / Б. Д. Кабаков, В. А. Малышев. – Москва, 1981. – 176 с.
5. Карпов, С. М. Нейрофизиологические аспекты детской черепно-мозговой травмы / С. М. Карпов. – Ставрополь: Изд-во СтГМА. – 2010. – С. 184.
6. Легздиня, И. Сочетанная челюстно-лицевая травма в клинике хирургической стоматологии / И. Легздиня // Актуальные вопросы теоретической и клинической медицины. – Рига: РМИ, 1983. – С. 117–118.
7. Лурье, Т. М. Основные задачи реабилитации в стоматологии / Т. М. Лурье // Актуальные вопросы реабилитации в стоматологии. Труды ЦНИИС. – М., 1986. – Т. 16. – С. 3–5.
8. Науменко, В. Г. Повреждения головного мозга при воздействии тупой силы в области лица / В. Г. Науменко, В. В. Греков // Судебная стоматология. – М. – 1975. – Вып.2. – С. 75–80.
9. Осипян, Э. М. Лечение переломов нижней челюсти методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза в комплексе с иммунотерапией / Э. М. Осипян. – Ставрополь, 1999. – С. 168.
10. Травмы челюстно-лицевой области / Под ред. проф. Н. М. Александрова. – М.: Медицина, 1986. – С. 448.

ANALYSIS OF PREVALENCE, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CRANIO-FACIAL MULTITRAUMA

KHRISTOFORANDO D. YU.

In order to study the structure of combined maxillofacial injury 2604 medical records of the Department of Maxillofacial Surgery of Stavropol over five years were analyzed. It was revealed that the highest percentage of maxillofacial injury falls on the young, working age with a predominance of males. Craniofacial injuries are often associated with different brain damage and may mask the manifestations of traumatic brain injury. To ensure the success of treatment and reduce the time of temporary disability in patients with combined maxillofacial injury it is necessary to carry out specialized treatment, regardless of the severity of brain damage.

Key words: combined maxillofacial trauma, head injury