

В сравнении пациентов горной и равнинной местности (рис. 2) установлено, что у равнинных больных -50%, -50%, -37,5% состава камней приходится соответственно на долю урата, апатита, вевеллита, иные соотношения (-36,4%, -54,5%, -45,5%) наблюдаются у горных больных. Таким образом, у пациентов горной местности преобладает кальций-фосфатный и кальций-оксалатный нефролитиаз, а у равнинных больных – кальций-фосфатный и уратный. Камни, содержащие соли магния, встречаются только у пациентов горной местности.

Что же касается химического состава резидуальных конкрементов (рис. 3), то выявлено, что большинство остаточных камней – это апатит (88,9%) и вевеллит (55,6%), а также выявлена значительная роль струвита, хотя изначально соли магния были представлены в наименьшей концентрации. Относительная доля остаточных камней из мочевой кислоты наименее выражена – 11,1%, что свидетельствует о наиболее лучших результатах хирургического лечения уратного нефролитиаза.

Обсуждение

РФА конкрементов позволяет наиболее точно идентифицировать кристаллическую составляющую почечных камней. Это немаловажно в определении условий, при которых возможен литогенез, профилактике и прогнозировании рецидива нефролитиаза.

У большинства больных в моче образуются смешанные по составу в различных пропорциях камни (полиминеральные), они сопровождаются параллельно протекающими обменными нарушениями и нередко присоединившимися инфекционными процессами.

При рецидивном КН характерно значительное увеличение числа фосфатов и оксалатов кальция, поэтому знание химического состава первичных мочевых камней дает возможность прогнозировать риски рецидива заболевания, составить план лечения, эффективный для профилактики мочекаменной болезни у каждого пациента.

Основной химический состав резидуальных конкрементов – апатит и вевеллит, а наиболее лучший результат ПНЛ достигается при наличии мочевой кислоты. Так как изначально у пациентов горной местности преобладают апатит и вевеллит, а у больных с равнины – апатит и урат, то у пациентов горной мест-

ности риск наличия резидуальных конкрементов выше по сравнению с равнинными больными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абоян И. А., Скар В. А., Павлов С. В. Опыт исследования состава 1000 мочевых конкрементов с использованием рентгенофазного анализа // Саратовский научно-медицинский журнал (приложение). – 2011. – Том 7. № 2. – С. 103.
2. Бешлиев Д. А., Крендель Б. М., Константинова О. В., Ткаченко Ю. Н. Частота рецидивов камнеобразования после ДЛТ // В кн.: Материалы пленума правления Российского общества урологов (Сочи, 28–30 апреля, 2003). – М., 2003. – С. 74–75.
3. Дзеранов Н. К., Бешлиев Д. А. Лечение мочекаменной болезни – комплексная урологическая проблема // Consilium medicum: приложение // Урология. – 2003. – С. 18–22.
4. Дзеранов Н. К., Яненко Э. К. Оперативное лечение коралловидного нефролитиаза // Урология. – 2004. – № 1. – С. 34–38.
5. Зенков С. С., Мартнов А. Г. Ошибки, опасности, осложнения перкутанной нефроуретеролитотомии и их профилактика // Урол. и нефрол. – 2000. – № 1. – С. 31–36.
6. Казаченко А. В., Дзеранов Н. К., Яненко Э. К. и др. Анализ оперативных методов лечения коралловидного нефролитиаза // В кн.: Материалы пленума правления Российского общества урологов (Сочи, 28–30 апреля 2003 г.). – М., 2003. – С. 153–154.
7. Калинин С. Ю., Гусакова Д. А., Камалов А. А. Мочекаменная болезнь у мужчин с метаболическим синдромом, патогенетический подход к лечению // Саратовский научно-медицинский журнал (приложение). – 2011. – № 2. Том 7. – С. 45–46.
8. De Andrade A. S., de Silva A. M., Jalles L. M., Lopes M. F., de Brito T. N., de Pedrosa L. F. Relation between diet protein and calciuria in children and adolescents with nephrolithiasis // Acta cir. bras. – 2005. – № 20. Suppl 1. – P. 242–246.
9. Di Silverio F., Gallucci M., Alpi G. Staghorn calculi of the kidney: classification and therapy // Br. j. urol. – 1995. – № 65 (5). – P. 449–452.
10. Meng M., Stoller M. L., Wolf J. S. et al. A comparison of anatomic nephrolithotomy and percutaneous nephrolithotomy with and without extracorporeal shock wave lithotripsy for management of patients with staghorn calculi // J. urol. (Baltimore). – 2006. – № 145. – P. 710.
11. Spinnak J. P., DeBaz B. P., Green H. Y., Resnick M. I. Complex struvite calculi treated by primary extracorporeal shock wave lithotripsy and chemolysis with hemiacidum irrigation // J. urol. – 1988. – № 140. – P. 1356.

Поступила 05.07.2011

Д. Ю. ХРИСТОФОРАНДО¹, С. М. КАРПОВ², Е. М. ШАРИПОВ¹

ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВАЯ ТРАВМА, СТРУКТУРА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

¹ Отделение челюстно-лицевой хирургии МУЗ ГКБ скорой медицинской помощи, Россия, 355044, г. Ставрополь, ул. Тухачевского, 17. E-mail: Dima-plastic@rambler.ru;

² кафедра неврологии СГГМА,

Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310. E-mail: karpov25@rambler.ru

Диагностика и лечение травм челюстно-лицевой области в сочетании с травмой головного мозга продолжают оставаться актуальной проблемой. Были проанализированы 2604 истории болезней больных с травмой челюстно-лицевой области в г. Ставрополе за пять лет. Отмечено, что черепно-лицевые повреждения часто сочетаются с повреждениями головного мозга и могут маскировать проявления черепно-мозговой травмы. Для обеспечения успеха лечения пострадавших с сочетанной ЧЛТ необходимо проводить специализированное лечение с учетом повреждения головного мозга.

Ключевые слова: черепно-лицевая травма, черепно-мозговая травма.

CRANIOFACIAL TRAUMA, FRAME, DIAGNOSTICS, TREATMENT

¹Branch of maxillofacial surgery MUE, CCH The first help,
Russia, 355044, Stavropol, street Tuchachevskiy, 17. E-mail: Dima-plastic@rambler.ru;

²faculties of a neurology StSMA,
Russia, 355017, Stavropol, street Mira, 310. E-mail: karpov25@rambler.ru

Diagnostics and treatment of traumas of maxillofacial area in a combination to a trauma of a brain continues to remain an actual problem. 2604 histories of illnesses of patients with a trauma of maxillofacial area in a Stavropol for five years have been analyses. It is noted, that craniofacial damages are often combined with damages of a brain and can mask displays of a craniocerebral trauma. For maintenance of success of treatment of victims with CFT it is necessary to spend specialized treatment, in view of damage of a brain.

Key words: a craniofacial trauma, a craniocerebral trauma.

Введение

За последние десять лет произошел количественный скачок травматизма населения России. Это может быть объяснено прежде всего ростом крупных городов, увеличением количества транспортных средств, возрастающими скоростями передвижения и изменяющимися социальными условиями жизни (увеличение числа безработных, алкоголизация и криминализация общества). На этом фоне увеличивается и число травм челюстно-лицевой области (ТЧЛО). В этой связи диагностика и лечение ТЧЛО в сочетании с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) продолжают оставаться актуальной проблемой экстренной медицины [1, 5, 7, 9]. Черепно-лицевые повреждения, сочетающиеся с различными повреждениями головного мозга, могут маскировать проявления черепно-мозговой травмы [3, 6, 8, 10].

Цель исследования – изучить структуру ТЧЛО в сочетании с ЧМТ в г. Ставрополе за пять лет, подходы диагностики, лечения.

Материалы и методы

Настоящая работа основана на анализе 2604 историй болезни пострадавших с переломами костей лицевого скелета, лечившихся в отделении челюстно-лицевой хирургии МУЗ «ГКБ СМП г. Ставрополя» в период с 2005 по 2009 г. В 345 (13,2%) случаях была диагностирована черепно-лицевая травма (ЧЛТ), к которой были отнесены больные с повреждением костей лицевого скелета в сочетании с черепно-мозговой травмой легкой степени.

Результаты и обсуждение

Наиболее часто ТЧЛО наблюдалась у лиц самого трудоспособного возраста: до 20 лет – 15,3%, 21–30 лет – 34,9%, 31–40 – 22,2% и 41–50 лет – 17,7%, старше 50 лет – 9,9%. Следует заметить, что наибольший процент ЧЛТ приходится на молодой, трудоспособный возраст. Традиционно (82,8%) это мужчины. В 89,3% случаев ТЧЛО имела производственный характер, в 63,7% – бытовой. В 38,1% случаев больные поступили в стационар в состоянии алкогольного опьянения.

Все больные с повреждениями костей лицевого скелета были разделены на группы по локализации травмы. Так, перелом нижней челюсти был отмечен в 1837 (70,5%) случаях; реже – 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. На наш взгляд, специфичность данной группы заключается в опасности гиподиагностики тяжести мозговой травмы, что неизбежно может привести к ошибкам в тактике ведения больного.

Анализ историй болезни 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 с закрытой ЧМТ: множественные переломы костей лицевого скелета – у 66,7% пациентов, изолированные переломы костей носа – у 48,4%, скуловой кости – у 12,3%, нижней челюсти – у 3,4% пострадавших. Было отмечено, что ЧМТ различима по степени тяжести и времени исчезновения неврологического дефицита. Так, в 293 случаях больным было установлено сотрясение головного мозга, а в 52 – ушиб легкой и средней степени.

Трудности клинической диагностики также обусловлены сроками поступления больных с ТЧЛО. Так, в течение первых суток было отмечено 54,4% поступлений, на вторые – 13,9%, третьи – 8,3%, четвертые-пятые – 8%, шестые-седьмые – 5,9%, 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 из направлений больных показал, что при первичном осмотре ЧМТ не была установлена у 67,2% из них.

Клиническая картина сочетанной ЧЛТ складывалась из комплекса симптомов, характерных для переломов костей лица, и неврологических проявлений, обусловленных черепно-мозговой травмой, с 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. Характерной особенностью ЧЛТ были редкие жалобы на головную боль или головокружение. Акцент всех жалоб был на болевые ощущения в местах челюстно-лицевой травмы. При целенаправленном выяснении анамнеза травмы и жалоб пострадавших установили, что потеря сознания наблюдалась у всех больных с ушибом головного мозга легкой степени и у 75,7% больных с сотрясением головного мозга (СГМ). Из общемозговых симптомов при ЧМТ чаще всего наблюдалась головная боль (77,9%), намного реже – головокружение (38,9%), тошнота (30%) и рвота (26,1%). Анализ неврологиче-

ского осмотра позволил отметить, что у больных с СГМ неврологическая симптоматика была крайне стерта и проявлялась в большинстве случаев лишь в первые сутки после травмы, что создает большие сложности в диагностике ЧМТ и диктует использование дополнительных методов исследования.

Электроэнцефалографические (ЭЭГ) исследования – наиболее доступный метод в оценке функционального состояния ЦНС [2, 4]. Проведенные у 56 больных исследования показали, что при ЧЛТ с легкой ЧМТ не было выявлено значимых изменений. Нейрофизиологическая картина проявлялась в виде дезорганизации альфа-ритма, низкой его амплитуды, нерегулярности, дезорганизации 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.

Наиболее доступным и информативным методом диагностики тяжести черепно-мозговой травмы является КТ головного мозга. Из 19 обследованных больных с различной степенью тяжести сочетанной ЧЛТ в 12 (63,2%) случаях были выявлены контузионные очаги различной локализации, в 5 (36,8%) случаях – расширение желудочковой системы и асимметрии боковых желудочков.

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

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

Из ортопедических методов фиксации челюстей в период с 2005 по 2009 год (1837 больных) чаще применялись двучелюстные проволочные шины – 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 полушвом одновременно – в 62 (3,1%), спицей Киршнера – в 39 (2,1%), мини-пластинами – в 48 (2,6%), фронтомаксиллярный остеосинтез верхней челюсти по Черинятиной и Свистунову – в 35 (1,9%) и репозиция скуловой кости и дуги – в 303 (16,5%) случаях. Шинирование производили под проводниковой анестезией, при остеосинтезе применяли общее обезболивание.

На современном этапе отмечен рост больных с ТЧЛО в Ставропольском крае, что приводит к тяжелым последствиям, делая это серьезной проблемой социального плана. ТЧЛО часто сочетается с различными повреждениями головного мозга и, в свою очередь, может маскировать проявления мозговой травмы. Данное обстоятельство диктует проведение более кропотливого диагностического поиска. Результаты анализа позволяют утверждать, что для обеспечения лечебного успеха пострадавших и сокращения сроков временной нетрудоспособности больных с ЧЛТ необходимо проводить специализированное лечение, с учетом тяжести повреждения головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев В. В. Травматология челюстно-лицевой области. – М.: изд. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – С. 256.
2. Зеньков Л. Р. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии. – Таганрог: изд-во Таганрогского РТУ, 1996. – С. 173.
3. Загубелюк Н. К. Лечение переломов верхней челюсти: диагностика и современные методы лечения больных с переломами челюстей и воспалительными процессами челюстно-лицевой области. – М., 1973. – С. 49–59.
4. Карпов С. М. Нейрофизиологические аспекты детской черепно-мозговой травмы. – Ставрополь: изд-во СтГМА, 2010. – С. 184.
5. Кабаков Б. Д., Малышев В. А. Переломы челюстей. – М., 1981. – С. 176.
6. Лездидия И. Сочетанная челюстно-лицевая травма в клинике хирургической стоматологии. Актуальные вопросы теоретической и клинической медицины. – Рига: РМИ, 1983. – С. 117–118.
7. Лурье Т. М. Основные задачи реабилитации в стоматологии // Актуальные вопросы реабилитации в стоматологии. Труды ЦНИИС. – М., 1986. – Т. 16. – С. 3–5.
8. Науменко В. Г., Греков В. В. Повреждения головного мозга при воздействии тупой силы в области лица // Судебная стоматология. – Вып. 2. – М., 1975. – С. 75–80.
9. Осипян Э. М. Лечение переломов нижней челюсти методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза в комплексе с иммунотерапией. – Ставрополь: изд. СГМА, 1999. – С. 168.
10. Травмы челюстно-лицевой области / Под ред. проф. Н. М. Александрова. – М.: Медицина, 1986. – С. 448.

Поступила 31.05.2011

А. К. ЦАЛЛАГОВ, И. М. РАСУЛОВ, О. Т. ТАУТИЕВ

КОНТРОЛЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ИХ СТРОЕНИЯ АППАРАТОМ «МИОСТИМ»

Кафедра ортопедической стоматологии ФПДО

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава»,
Россия, 127473, г. Москва, ул. Вучетича, 9а. Тел. 8 (495) 611-29-35