

Таблица 1

Распределение пациентов с ЧМТ и травмой челюстно-лицевой области по полу и характеру повреждения

Пол	Характер повреждения			Всего (%)
	ушибы м/тк (%)	раны м/тк (%)	переломы костей лицевого черепа (%)	
муж.	82,0	83,3	86,6	83,0
жен.	18,0	16,7	13,4	17,0
Всего	60,7	24,6	14,7	100,0

ных) от всех пострадавших с ЧМТ, госпитализированных в НХО.

Среди 439 пациентов, у которых ЧМТ сочеталась с челюстно-лицевой травмой (ЧЛТ), значительно преобладали мужчины (84,5 %) работоспособного возраста (18–30 лет). На первом месте среди причин получения таких сочетанных ЧМТ были избиения (67,7 %), на втором ДТП (28,8 %). Гораздо реже имели место несчастные случаи (3 %), суицид (0,25 %), спортивная травма (0,25 %). В структуре ЧЛТ переломы челюстей и травматическая экстракция зубов составили 25,0 %, переломы костей носа — 12,3 % (16,7 % — открытые, 83,3 % — закрытые).

Оказание помощи пациентам с челюстно-лицевыми повреждениями при ЧМТ имеет ряд особенностей, значение которых особенно велико при тяжелой ЧМТ и ЧМТ средней тяжести:

1) трудности диагностики характера ЧЛТ у пациентов с глубоким расстройством сознания (сопор, кома);

2) сложность оказания помощи (ПХО ран лица, шинирование челюстей и т.д.) больным, находящимся в психомоторном возбуждении;

3) опасность обильных кровотечений в полости рта и полости носа, присутствие в полости рта инородных предметов, отломков костей и зубов у больных с расстройством сознания в первые часы после поступления;

4) опасность шинирования и фиксации челюстей у пациентов с позывами на рвоту, что нередко имеет место при ЧМТ.

Для решения этих вопросов необходимо в стационаре, осуществляющем прием пациентов с нейротравмой, обязательное присутствие в составе дежурной бригады врачей челюстно-лицевого хирурга, ЛОР и окулиста. Их совместная работа с нейрохирургом и анестезиологом особенно полезна в первые часы после поступления пациента как для диагностики, так и для лечения. Указанные специалисты на значительно более высоком качественном уровне могут выполнять такие вмешательства, как передняя и задняя тампонада носоглотки, ПХО обширных ран лица, репозицию скуловых костей, вправление вывиха нижней челюсти, а в случаях массивных челюстно-лицевых повреждений — трахеостомию. Ряд этих операций является жизнеспасующим. Пациентам с переломами челюстей при ЧМТ рекомендуется воздержаться от шинирования челюстей в первые 2–3 суток во избежание аспирации рвотными массами и асфиксии. При необходимости, можно провести шинирование челюстей без их фиксации друг к другу. Учитывая то, что совместная работа нейрохирурга, челюстно-лицевого хирурга, окулиста и ЛОР очень важна и при дальнейшем наблюдении за больными в стационаре, нельзя недооценивать значение такой организации работы.

Ю.Ф. Ермолаев, С.И. Петров, П.А. Петров, Э.В. Середа, А.Х. Джумабаев

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)
Областная клиническая больница (Иркутск)

Сочетанные повреждения челюстно-лицевой области, черепа и мозга относятся к сложной открытой черепно-мозговой травме, что часто требует совместного лечения нейрохирурга, офтальмолога, отоларинголога и челюстно-лицевого хирурга. Нередко в таких случаях могут возникать ранние или поздние осложнения, профилактикой

которых является полноценная диагностика и хирургическая обработка, правильно выбранная тактика ведения больного. Больные этой группы должны проходить лечение в нейрохирургических отделениях или нейрохирург должен быть «вызван на себя» в стационар, где нет такого специалиста.

По материалам нейрохирургического отделения ГОКБ г. Иркутска ежегодно поступает 8–10 больных с такой сочетанной травмой. Все они имели повреждения передних отделов мозга с развитием тяжелых нарушений, в том числе и структур дизэнцефальной области. Практически во всех случаях отмечалась пневмоцефалия разной степени выраженности, редко с клапанным механизмом, приводящая к компрессии мозга и требующая хирургической коррекции. Так страдание витальных функций по одному или нескольким показателям в остром периоде наблюдалось у 57 % травмированных. В отдельных случаях отмечены явления стойкого несахарного диабета с выделением до 3–5 л мочи, несмотря на проводимую корректирующую терапию (минирин, адиуретин). Повреждение глазного яблока встретилось в 13 %. Назоликворея отмечалась у 68 % пострадавших. Основная их доля была за счет повреждения горизонтальной пластинки решетчатой кости, меньшая — имела отношение к лобной пазухе. У большей части пострадавших (75 %) ликворея прекращалась в течение 5–7 дней самостоятельно или после инфузии кислорода субарахноидально и разгрузочной люмбальной пункции, назначения диакарба и возвышенного положения головы до угла 25–30°. Последнее входит в комплекс лечебных мероприятий по снижению внутричерепного давления. В тех случаях, когда отмечался локальный отек мозга, как ответная реакция на его ушиб, ликворный свищ «прикрывался», и каких-либо инструментальных методов лечения не требовалось. Бесспорно, профилактикой ликвореи и последующих воспалительных осложнений является тщательная первичная хирургическая обработка ран. При этом необходимо удалить свободно лежащие костные отломки, другие возможные инородные тела, очаги ушиба, особенно контузионные зоны 3 и 4 видов. Подобололочные гематомы в этой зоне встречаются реже и не достигают больших размеров. Особенно тщательно обрабатывается поврежденная твердая мозговая оболочка. Раньше эти дефекты «прикрывались» мышцей или лоскутом апоневроза, взятого из бедра с использованием клеевых (медицинских) композиций. Не всегда это приводило к успеху. В определенной части случаев возникала необходимость в отсроченной или повторной операции по закрытию ликворного свища. В последний год нами применяется тахокомб. Желательно двухслойное покрытие им дефекта ТМО, так как это обеспечивает более герметичное состояние оболочечных структур. Кроме этого для целей герметизации лобной и решетчатой пазух при первичной хирургической обработке (лобный доступ) выкраивается лоскут надкостницы в виде фартука. Это позволяет «прикрыть» основание передней черепной ямы. В случаях массивных повреждений лобной доли, явных загрязнениях или длительности необработанной раны более 3–5 ч устанавливалась приточно-отточная система с антисептиками на несколько суток. Глазное яблоко при его нежизнеспособности удалялось. Во всех

случаях назначалась антибактериальная терапия со сменой препарата через 10 дней. При упорной ликвореи у ряда пострадавших использовался постоянный люмбальный дренаж для управляемого сброса спинномозговой жидкости.

На основании наших наблюдений выделено две клинические группы. Первая — это пострадавшие, получившие повреждения в лобно-орбитальной области при ДТП, падении с высоты или при нанесении травмы более массивными ранящими предметами (топор, бита и др.). При этом имеются многооскольчатые вдавленные переломы лобной кости с распространением их на базальные и парабазальные структуры, нередко переломы лицевого скелета (Фор-1, Фор-2, Фор-3, скуловой кости, костей носа). Повреждается твердая мозговая оболочка, имеются распространенные ушибы лобных долей. Состояние больных почти всегда тяжелое. Вторая клиническая группа больных имела проникающие ранения через орбиту предметом с ограниченной площадью воздействия (ножи, гвозди, проволока, детские пластмассовые пики, сучки и др.). В таких случаях возникают иные характеристики, которые зависят от направления движения ранящего снаряда и глубины его проникновения. При этом глазное яблоко может оставаться неповрежденным. Нами выделено два возможных варианта в этой группе в зависимости от направления повреждающего снаряда. Первое — через крышу орбиты (передняя черепная ямка) с раневым каналом в лобной доле, иногда с вовлечением переднего рога бокового желудочка. При медиальном направлении может повреждаться мозолистое тело, ветви передней мозговой артерии с формированием кровоизлияний (гематом) атипичной локализации. В одном наблюдении пострадали структуры, формирующие III желудочек с развитием тяжелой дизэнцефальной симптоматики. При втором варианте ранящий предмет может попасть в верхнюю глазничную щель и среднюю черепную ямку. При этом может пострадать группа глазодвигательных нервов, возможно ранение крупных сосудистых образований (кавернозный синус, внутренняя сонная артерия).

Таким образом, выделение двух клинических групп и двух вариантов проникающих ранений через орбиту определяет хирургическую тактику, позволяет объяснить механизмы различных клинических проявлений травмы, прогнозировать возможные осложнения и предупреждать их. При хирургической обработке может использоваться как метод костно-пластического лобного подхода, так и прямое удаление многооскольчатого перелома с обработкой других тканей. Однако следует всегда стремиться к тканесберегающим операциям, использованию местных тканей (надкостница) для герметизации основания передней черепной ямы. Повреждения этой области наиболее часто сопровождаются ликвореей и пневмоцефалией, воспалительными осложнениями как оболочечно-мозговыми, так и придаточных пазух. Это требует активной противовоспалительной терапии.