

© К.П. Головки, Д.Ю. Мадай, 2012
УДК 616.714-001.5-089

Головки К.П., Мадай Д.Ю.

РЕАЛИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ МНОГОЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛЫМИ СОЧЕТАНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: черепно-лицевые повреждения, многоэтапное хирургическое лечение.

Сочетанные травмы челюстно-лицевой области (СТ ЧЛО) занимают особое место среди травматических повреждений скелета человека, вследствие функциональных и косметических особенностей. Упущенное на начальных этапах лечения время приводит к тяжелым инфекционным осложнениям и стойким, трудно устранимым посттравматическим деформациям лица, а нередко и к летальному исходу.

Цель исследования: решение проблемы улучшения результатов лечения у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой челюстно-лицевой области путем разработки многоэтапного хирургического лечения (МХЛ) данной категории пострадавших.

Материал исследования: 583 пострадавших с СТ ЧЛО, находившихся на лечении в клинике военной хирургии с 1988 г. по 2011 г. Массив ретроспективного анализа – включал 298 пострадавших, массив проспективного анализа 285 пострадавших. Во втором массиве проводилось изучение возможностей использования комплексного многоэтапного хирургического лечения.

Преимуществом данной тактики является реализация оптимального объема диагностических и лечебных мероприятий в динамике развития патологического процесса, на фоне разработки и внедрения эндовидеохирургических технологий, новых малоинвазивных вариантов внеочагового остеосинтеза, использования биодеградирующих и биоинертных реконструктивных материалов.

Многоэтапное хирургическое лечение (МХЛ) тяжелых черепно-лицевых повреждений, состоит из следующих этапов:

I этап – устранение жизнеугрожающих последствий травмы. Оперативное вмешательство следует рассматривать как неотложное и проводить параллельно противошоковым мероприятиям интенсивной терапии. Проводится в противошоковой операционной (первые 12 часов после травмы).

Задачи этапа: устранение асфиксии; остановка наружного и внутриротового кровотечения; исчерпывающая диагностика повреждений; устранение компрессии головного мозга; временная фиксация переломов

преимущественно ортопедическими методами; создание условий для проведения интенсивной терапии.

II этап хирургической реанимации (интенсивной терапии, профилактики и лечения осложнений). Проводится в отделении реанимации и интенсивной терапии. Успех данного этапа зависит от слаженной работы врача реаниматолога и челюстно-лицевого хирурга.

Задачи этапа: стабилизация состояния пострадавшего, предотвращение развития осложнений и лечение развившихся осложнений.

1–3 сутки – инфузионно-трансфузионная терапия; длительная ИВЛ аппаратами III-го поколения; антибактериальная терапия по деэскалационному типу.

4–7 сутки – малоинвазивный внеочаговый стержневой остеосинтез переломов костей средней зоны лица; ранняя санация околоносовых пазух; проведение энтеральных зондов через ротовую полость (грушевидный синус), либо постановка гастростомы; направленная антибактериальная терапия (с учетом результатов посевов); подготовка пострадавшего к окончательному варианту реконструктивного вмешательства на лицевом скелете.

III – реконструктивный этап МХЛ. Этап реализуется путем выполнения ранних одномоментных реконструктивно-восстановительных операций с применением эндовидеохирургической техники, биодеградирующих и реконструктивных биоинертных материалов.

Задачи этапа: окончательная стабилизация переломов; устранение косметических дефектов мягких тканей; восстановление прикуса; раннее восстановление функции жевания.

Выводы. Таким образом, применение тактики МХЛ у пострадавших с СТ ЧЛО, привело: к 2-кратному снижению количества гнойно-септических осложнений (10,5 до 4,1%); позволило снизить летальность с 6,4 до 4,0%; в 1,8 раза (с $6,9 \pm 0,4$ до $4,1 \pm 0,7$ сут.) сократило длительность пребывания в ОРИТ; добиться удовлетворительных функциональных результатов лечения; избежать повторных вмешательств для устранения посттравматических деформаций лица.

Golovko K.P., Maday D.Yu. **Implementation procedures multistage surgical treatment in patients with heavy combined injuries maxillofacial.** Military Medical Academy. S.M. Kirov in St. Petersburg.

Keywords: craniofacial injuries, multistage surgical treatment.

Автор-корреспондент:

Головкин Константин Петрович, кафедра военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева 6; тел (раб). 8 (812) 292-33-54; e-mail: zhabin.anatolij@yandex.ru

© С.А. Гончаренко, 2012
УДК 616.212.2-001.5-089(075.8)

Гончаренко С. А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

ФБУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

Ключевые слова: средняя зона лица, травмы, хирургическое лечение.

Выбор способа хирургического лечения травматических повреждений костей средней зоны лица является важнейшим этапом комплексного лечения больных. От этого зависят сроки лечения, отсутствие или уменьшение количества и тяжести осложнений и функциональных нарушений.

Вариантов хирургического лечения таких повреждений множество, и все они имеют свои положительные и отрицательные моменты. Показанием к применению того или иного способа операции является характер разрушения костной ткани. Так при крупнооскольчатых переломах (различные варианты переломов верхней челюсти), когда имеется только смещение и расхождение отломков, они легко поддаются репозиции ручным способом, возможно применение шинирующих аппаратов. Если же переломы мелкооскольчатые, смещение отломков значительное или стояние их после репозиции нестабильное, то применяются варианты открытой репозиции отломков, ревизия верхнечелюстных пазух и металоостеосинтез титановыми мини- и микропластинами «Конмет» как внутри, так и внеротовым способами. Такая же тактика и в отношении переломов скуловых костей. При переломах костей носа, в основном, применяются различные способы эндоназальной репозиции отломков. В зависимости от стабильности их стояния принимается решение о необходимости применения вариантов внешней фиксации и иммобилизации отломков.

До 2003 г. хирургическое лечение таких повреждений в отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии 1477 ВМКГ заключалось в закрытой репозиции отломков и иммобилизация их ортопедическими способами, как при крупнооскольчатых так и при мелкооскольчатых переломах. В случаях переломов скуловых костей со смещением отломков и нестабильной их фиксацией применялась операция максиллотомии с тугой тампонадой верхнечелюстной пазухи с целью иммобилизации репонируемых отломков до образования первичных элементов костной мозоли. При этом не исключалась возможность развития инфекционно-воспа-

лительных осложнений; вторичного смещения отломков вследствие рубцеобразования, нарушалась аэрация верхнечелюстных пазух, отсутствовала возможность точного сопоставления отломков.

С 2003 по 2011 гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии находилось на лечении 147 больных с травматическими повреждениями костей средней зоны лица, в том числе: 72 – переломы верхней челюсти; 47 – переломы скуловых костей; 23 – переломы костей носа; 5 – переломы передней стенки лобной пазухи. В 2003 г. в отделении внедрена и применяется методика открытой репозиции отломков и металоостеосинтез титановыми мини-, и микропластинами или сетками «Конмет», которая была применена в 93 случаях переломов костей средней зоны лица, в том числе: 33 – при переломах верхней челюсти; 52 – при переломах скуловых костей; 5 – при переломах передней стенки лобной пазухи; 3 – при переломах костей носа. Хирургические доступы как внеротовые, так и внутриротовые, а в случаях операций при повреждениях передней стенки лобной пазухи применялись доступы как по надбровной дуге, в области переносицы, так и трансвенечные. Первые два доступа – в случаях травматических повреждений покровных тканей в проекции переломов, в случаях же отсутствия повреждений кожи и подлежащих тканей – трансвенечный. Все операции открытой репозиции проводились под общей анестезией по эндотрахеальной методике.

В ходе анализа исходов и послеоперационных осложнений выявлены следующие преимущества применённого в отделении ЧЛХ и стоматологии методе открытой репозиции отломков костей средней зоны лица и металоостеосинтезе:

- 1). Производится исчерпывающая ревизия зон переломов с удалением нежизнеспособных мелких костных отломков, размозжённых тканей, устраняется интерпозиция мягких тканей, что является профилактикой инфекционно-воспалительных осложнений;
- 2). В случаях открытой репозиции отломков удаётся добиться оптимального их сопоставления;