

УДК 616.716-001-007.2-08-089

Нажмиддинов Б.Б.

Кафедра детская стоматология

Андижанский государственный медицинский институт

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ

Резюме: В силу топографических и анатомических особенностей клинические проявления поражений средней зоны лица очень разнообразны и сложны. Существует серьезный прогноз для общего состояния организма. В то же время основная задача планирования диагностики и лечения таких пострадавших состоит в том, чтобы в каждом отдельном случае получить четкое представление о повреждении костной и мягкотканной структуры лица. Необходимые меры жизнеобеспечения, выявление и прогнозирование различных последствий травм. Могут быть случаи позднего обращения к врачу с уже запущенными осложнениями. Важна комплексная обработка и оптимальное программирование создания отдельных устройств.

Метод стереолитографии значительно расширяет возможности современной костной пластики и помогает внедрять в практику новые виды имплантатов.

Данная статья состоит из изучения основ лечения с оценкой функционального состояния печени у пациентов с большим количеством травм лица.

Ключевые слова: травма средней зоны лица, статистика, комплексное обследование, хирургическое лечение, деформации, осложнения.

Nazhmidinov B.B.

Department of Pediatric Dentistry Andijan State Medical Institute

FEATURES OF TREATMENT OF COMBINED FACIAL BONE INJURY TAKING INTO ACCOUNT THE FUNCTIONAL STATE OF THE LIVER

Resume: Due to the topographic and anatomical features, the clinical manifestations of lesions of the middle zone of the face are very diverse and complex. There is a serious prognosis for the general condition of the body. At the same time, the main task of planning the diagnosis and treatment of such victims is to get a clear picture of the damage to the bone and soft tissue structure of the face in each individual case. Necessary life support measures, identification and prediction of various consequences of injuries. There may be cases of late access to a doctor with already running complications. Complex processing and optimal programming of the creation of individual devices is important.

The stereolithography method significantly expands the possibilities of modern bone grafting and helps to introduce new types of implants into practice.

This article consists of studying the basics of treatment with an assessment of the functional state of the liver in patients with a large number of facial injuries.

Keywords: trauma of the middle zone of the face, statistics, comprehensive examination, surgical treatment, deformities, complications.

Актуальность. В общей структуре травматизма сочетанные повреждения средней зоны лица составляют до 50-70% [3]. Актуальной общемедицинской проблемой остается лечение пациентов с повреждениями челюстно-лицевой области. Доля переломов средней зоны лица, среди переломов лицевого скелета варьирует от 19 до 40% и нередко сопровождаются массивными разрушениями, а по распространенности занимают второе место, уступая только переломам нижней челюсти [1].

По данным российских авторов ежегодно регистрируется 12-15 млн. травм, основная их масса повреждений приходится на опорно-двигательный аппарат (80%), удельный вес переломов костей челюстнолицевой области колеблется от 2,5 до 8% по данным различных авторов [4].

В связи с топографическими и анатомо-функциональными особенностями расположения и взаимодействия с другими отделами черепа, повреждения средней зоны чаще всего носят множественный и сочетанный характер, что и является показанием к комплексному подходу лечения данного вида повреждений [5].

Верхней границей средней зоны лицевого скелета является условная линия, проведенная от лобноскулового шва с одной стороны до лобноскулового шва противоположной стороны, проходящая через лобноносовой и лобноверхнечелюстные швы, а нижней границей-окклюзионная плоскость верхней челюсти. При одновременном повреждении костей носа, решётчатой кости и других костей средней зоны лица эти повреждения объединяются диагнозом травмы средней зоны лица [6].

Сочетанные и множественные повреждения челюстно-лицевой области относятся к наиболее тяжелым видам травм, а их клинические проявления обусловлены развитием синдрома взаимного отягощения, который усугубляет течение болезни и приводит к значительному увеличению осложнений. Как правило, при сочетанных травмах повреждения костей лица выявляют несвоевременно. На фоне же черепномозговых повреждений особенно тяжело протекает сочетанная травма лица.

Среди актуальных проблем современной хирургии, травматологии, челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии и других хирургических дисциплин проблема диагностики и лечения сочетанных травм занимает важное место. Это объясняется постоянно увеличивающейся частотой

сочетанной травмы челюстно-лицевой области, трудностями диагностики и лечения этой категории пострадавших, высоким процентом летальных исходов и неудовлетворительных результатов лечения [3].

Сочетанные травмы челюстно-лицевой области занимают особое место среди травматических повреждений скелета человека вследствие функциональных и косметических особенностей. В последние годы значительно увеличилась частота травматизма вследствие бурного развития промышленности, строительства, транспорта, что подчеркивает социально-экономическую значимость проблемы [4].

В настоящее время глубоко изучены вопросы патогенеза сочетанных травм. Однако недостаточно ясным остается вопрос о непосредственном вкладе сочетанной травмы челюстно-лицевой области в развитие синдрома эндогенной интоксикации, являющегося патогенетической основой травматической болезни.

Цель исследования. Оказание специализированной помощи пациентам с оценкой функционального состояния печени заключается в изучении причин развития посттравматических деформаций в средней зоне лица с целью улучшения и предотвращения осложнений.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 45 больных с механическими повреждениями средней зоны лица, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Полтавской областной клинической больницы и 1 больной с посттравматической деформацией средней зоны лица.

Результаты исследования. При исследовании клинического материала нами выявлен ряд причин развития посттравматических деформаций: - плохая диагностика данного вида повреждений на догоспитальном этапе; - недостаточная подготовка врачей медицинского профиля, скорой медицинской помощи, травматологических пунктов, стоматологических поликлиник; - отсутствие необходимого объема знаний

и навыков по черепно-лицевой травматологии у врачей, отсутствие необходимого диагностического и лечебным оборудований в ряде клиник, медикаментов, устаревшее диагностическое оборудование, отсутствие транспланационных материалов; - позднее поступление пострадавших и позднее оказание как первой, так и специализированной медицинской помощи; -выбор лечебной тактики; - невозможность получения комплексного лечения из-за отсутствия в лечебном учреждении специалистов достаточной квалификации и специализации, лечение не в профильных стационарах, где повреждениям челюстно-лицевой области не уделялось внимания.

Выбор комплекса лечебных мероприятий определялся индивидуальными особенностями пострадавшей с учётом данных общего и местного статуса. Лечение складывалось из нескольких этапов: операция под общим обезболиванием - кровавая репозиция отломков с их последующей фиксацией к головной шапочке; перед оперативным вмешательством был изготовлен внутри- и внеротовой аппарат с целью постоянного вытяжения фронтального фрагмента; изготовлена маска лица, отиски с челюстей; отлиты модели челюстей с фиксацией в положении центральной окклюзии; внутриротовая конструкция накладывалась на верхнюю челюсть с постоянной проверкой подвижности фрагмента верхней челюсти в послеоперационном периоде и сила вытяжения.

В группе тяжелораненых заболеваемость пневмонией достигла от 4,3% до 13,4%, а в группе тяжелораненых - 57,1%. С увеличением тяжести травм отмечалось значительное увеличение частоты гнойно-инфекционных осложнений. Летальность не наблюдалась среди пострадавших с общим весом до 5,9 балла, смертность у пострадавших с общим весом травм от 6,0 до 12,0 баллов достигла 6,4%.

При этом виде травмы наилучшие результаты лечения при комбинированной травме лицом к лицу достигаются при определении

показателей хирургической фиксации трещин путем оценки тяжести состояния пострадавших по шкалам "vpx-SP" и "VPX-SG".

При этом компенсированное состояние является оптимальным и оценивается по шкале "VPX-SP" от 12 до 20 баллов, а по шкале "VPX-SG" - в диапазоне 16-32 баллов. В субкомпенсированном состоянии (21-31 балл по шкале "VPX-SP" и 33-40 баллов по шкале "VPX—SG") необходима подготовка к предоперационной реанимации и послеоперационной интенсивной терапии.

В результате средняя продолжительность остеосинтеза составила 8,2 + 0,7 дня. Осложнения при такой тактике лечения составили 30,53%, а летальность - 6,4%. Травмы лицевой части с учетом функционального состояния печени, частоты осложнений, характера смерти и травматической болезни зависят от общей тяжести травм.

Декомпенсированное состояние пострадавших (более 31 балла по шкале "VPX-SP" и более 40 баллов по шкале "VPX—SG") является показанием против проведения отсроченных и плановых оперативных вмешательств; в этих случаях фиксация трещин проводится в случаях жизненно важная и крайняя необходимость. срочные инструкции. Остеосинтез является надежным методом лечения сочетанной травмы лица, устраниющим источник эндотоксикоза, вызванного гнойно-воспалительными осложнениями.

Вывод. Клинические рекомендации предназначены для использования в работе руководителей органов здравоохранения Республики Узбекистан при подготовке нормативных актов, главных врачей медицинских учреждений, травматологических пунктов (отделений), ортопедов-травматологов, хирургов, нейрохирургов, других хирургических специалистов, реаниматологов, анестезиологов и т. д. для оценки функционального состояния печени у лиц, страдающих различными травмами лицевой части, подлежащих лечению при

политравмах, а также для использования в учебном процессе. Ключевые слова: политравма; множественная, сочетанная травма; травматическая болезнь; Организация медицинской помощи; протоколы лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бельченко В. А. Реконструкция верхней и средней зон лица у больных с посттравматическими деформациями и дефектами лицевого скелета с использованием аутотрансплантатов мембранозного происхождения и металлоконструкций из титана : дис. ... д. мед. н.: специальность 14.00.21 «Стоматология» / В.А.Бельченко // - М., 1996. - 463 с.
2. Еолчиян С. А. Краниофациальная травма / С.А. Еолчиян, А.А. Потапов, Ф.А. Ван Дам [и др.] // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. - М., 2002. - С. 313-364.
3. Кашлян В.А. Лечение и реабилитация детей с сочетанными переломами скулоглазничного комплекса : дис. ... к. мед. н. : специальность 14.00.21 «Стоматология» / В.А. Кашлян // - М., 2004. - 138 с.
4. Рогинский В.В. Реабилитация детей с сочетанной травмой лица и других областей / В.В. Рогинский, А. А. Седых, Н.Н. Коринская [и др.] // - М., 1999. - С. 123.
5. Рыбальченко Г.Н. Клиническая характеристика, диагностика и лечение больных с травмой средней зоны лицевого черепа : дис. ... к. мед. н. : специальность 14.00.21 «Стоматология» / Г.Н. Рыбальченко // - М., 2000. - 134 с.
6. Трунин Д. А. Травмы средней зоны лица : монография / Д. А. Трунин // -М., 2001. - 163 с.