

УДК:616.716.8+617.52]-001.5/67-08

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



О.М.Умаров¹, А.А.Жилонов²

¹Ферганский филиал
Республиканского научного
центра экстренной
медицинской помощи,
²Ташкентский
государственный
стоматологический
институт

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 [2,3,5,6,8,10,13-15,17,19].

В последние годы частота травм значительно увеличилась вследствие бурного развития промышленности, строительства, транспорта, что подчеркивает социально-экономическую значимость этой проблемы [1,4,7,9,11,12,16,18,20].

Цель исследования

Ретроспективный анализ результатов лечения больных с сочетанной травмой челюстно-лицевой области с помощью объективной оценки тяжести травмы и определение частоты развития осложнений в зависимости от тактики лечения.

Материал и методы

Нами проведен сплошной ретроспективный анализ результатов лечения 3911 пациентов Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за 2001-2010 гг. Была произведена выкопировка архивного материала пострадавших с сочетанной травмой челюстно-лицевой области. Первичным учетным материалом служила «Карта стационарных больных» (ф. №003/у).

Сравнительный анализ лечения тяжелых сочетанных травм челюстно-лицевой области проводился на двух массивах. Первый массив (ретроспективный) – 2606 пострадавших, в рамках которого проанализированы возможности выполнения остеосинтеза перелома костей челюстно-лицевой области с минимальным риском для пострадавших, исходя из традиционных градаций тяжести состояния: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое и терминальное.

Второй массив (собственные клинические наблюдения) – 1305 пострадавших, у которых лечебная тактика в отношении переломов строилась на основании объективной оценки тяжести травм и уровня компенсации состояния

пострадавших: компенсированное, субкомпенсированное и декомпенсированное.

Результаты и обсуждение

В обоих массивах преобладание в общей структуре переломов костей верхней челюсти определило высокий удельный вес погружного способа остеосинтеза, который в ретроспективном массиве применялся в 69,8%, в массиве собственных клинических наблюдений как самостоятельный способ оперативного лечения – в 46,8% случаев, в сочетании с другими способами при множественных переломах – в 28,3%. Вторым по частоте применения в обоих массивах был внеочаговый способ остеосинтеза, что, с одной стороны, обусловлено общепризнанной его малотравматичностью, а с другой, – быстротой оперативного лечения. Внеочаговый черескостный остеосинтез спицей Киршнера использовался в рассматриваемых массивах соответственно в 20,3 и 9,8% случаев. Таким образом, в массиве собственных клинических наблюдений малотравматичные методы внеочагового остеосинтеза использовались в 2 раза чаще.

Данные о сроках выполнения остеосинтеза в сравниваемых массивах представлены в таблице 1.

Таблица 1 Сроки выполнения остеосинтеза в сравниваемых массивах данных, %

Сроки выполнения остеосинтеза	Ретроспективный анализ	Собственные наблюдения
При поступлении	18,8	8,5*
2-3 сут	19,8	46,1*

Примечание. * – $p < 0,05$ различия между группами.

Количество произведенных операций остеосинтеза, приходившихся на одного пострадавшего, составило $1,2 \pm 0,03$ в ретроспективном массиве и $1,4 \pm 0,06$ – в массиве собственных клинических наблюдений. Обращает на себя внимание тот факт, что в ретроспективном массиве средний срок выполнения остеосинтеза был достоверно выше, чем в массиве собственных клинических наблюдений – соответственно $8,2 \pm 0,7$ и $5,1 \pm 0,5$.

Сравнение распределения пострадавших по срокам выполнения остеосинтеза показало, что в массиве собственных наблюдений, в котором лечебная тактика строилась с учетом уровня компенсации состояния пострадавших, большинство (46,1%) были прооперированы в течение 2-3-х суток после травмы – наиболее благоприятном периоде относительной стабилизации жизненно важных функций, а в ретроспективном массиве пик хирургической активности (38,6%) приходился на 4-10-е сутки – период максимальной вероятности развития осложнений.

В ретроспективном массиве более чем в 2 раза был выше удельный вес пострадавших, у которых остеосинтез не выполнялся при поступлении в клинику, а проводилось ортопедическое лечение (иммобилизация на зубными шинами). У этих пострадавших отмечалась самая высокая (30,5%) частота осложненного течения травматической болезни, в том числе и с летальным исходом (6,4%). Это объясняется неадекватным выбором метода лечения, не позволяющего создать жесткую фиксацию отломков, что утяжеляет тяжесть состояния пациентов. При анализе примененных способов фиксации обращает на себя внимание высокий удельный вес внеочаговых способов остеосинтеза (76,3%), который характеризуется малой травматичностью.

В массиве собственных наблюдений остеосинтез при поступлении пострадавших в клинику выполнялся в 88,5% случаев, причем малотравматичными методами внеочагового остеосинтеза.

Таким образом, использование методики оценки степени компенсации позволило оптимизировать сроки выполнения остеосинтеза, что обеспечило более раннее по сравнению с ретроспективным массивом сроки выполнения остеосинтеза (2-3 и сут) и уменьшение удельного веса операций, выполняемых в необоснованно ранние или поздние сроки.

В ретроспективном массиве летальность составила 6,3%, а в массиве собственных наблюдений – 4,2%. Осложнений в ретроспективном массиве наблюдались в 30,5% случаев, а в массиве собственных наблюдений – почти в 2 раза ниже – 20,3%. Среднее количество койко-дней в сравниваемых массивах составляло соответственно $53,2 \pm 3,2$ и $34,8 \pm 1,9$, а длительность пребывания в отделении интенсивной терапии – $6,9 \pm 0,4$ и $4,2 \pm 0,7$ суток (табл. 2).

Таблица 2 Ближайшие исходы лечения и сроки нетрудоспособности и интенсивной терапии

Показатель	Ретроспективный анализ	Клинические наблюдения
Летальность, %	6,3	4,2*
Количество осложнений, %	30,5	20,3*
Количество пневмоний, %	12,7	10,4*
Количество гнойно-воспалительных осложнений, %	10,5	4,0*
Средний срок лечения в клинике, сут	$53,2 \pm 3,2$	$34,8 \pm 1,9^*$
Длительность интенсивной терапии, сут	$6,9 \pm 0,4$	$4,2 \pm 0,7^*$

Примечание. * – $p < 0,05$ различия между группами.

Таким образом, применение обоснованной хирургической тактики позволило на 3,4% снизить летальность, почти в 2 раза – количество осложнений и более чем в 1,5 раза – количество койко-дней и длительность пребывания больного в отделении интенсивной терапии.

Частота развития пневмоний и гнойно-воспалительных осложнений в ретроспективном массиве составила 12,7 и 10,4%, а в массиве собственных наблюдений – 10,5 и 4,0%. Таким образом, применение обоснованной хирургической тактики привело к снижению частоты развития пневмоний почти на 3%, а гнойно-воспалительных осложнений – в 3,2 раза.

Подводя итог сравнительного анализа, можно сделать вывод, что применение обоснованной хирургической тактики позволяет снизить летальность на 3,2%, частоту развития осложнений – в 1,5 раза, частоту развития пневмоний – в 2 раза, а частоту развития гнойно-воспалительных осложнений – в 3,4 раза, сократить количество койко-дней и длительность пребывания в отделении интенсивной терапии – в 2 раза.

Заключение

При лечении пострадавших с сочетанной челюстно-лицевой травмой с применением объективной оценки тяжести травмы при выборе тактики оперативного лечения частота развития осложнений составила 20,3%, а летальность – 4,2%. Средний срок наступления летальных исходов – $7,3 \pm 2,3$ суток.

Литература

1. Бобылев Н.Г. Чрескостный внеочаговый остеосинтез при переломах мышцевого отростка нижней челюсти аппаратами нашей конструкции: Дис. ... канд. мед.

наук. – Омск, 1995. – 118 с.

2. Васильев А.В., Козлов В.А. Пути поиска выбора метода лечения переломов мышцевого отростка нижней челюсти // *Клин. имплантол. и стоматол.* – 2001. – №1-2. – С. 91-95.
3. Коган М.Р., Богатов В.В. Способ лечения переломов челюстей с применением временных внутрикостных имплантатов // *Стоматология.* – 2004. – №2. – С. 23-25.
4. Левин Д.В. Лабораторно-экспериментальное обоснование исследования резорбируемых пластин для остеосинтеза при переломах челюстных костей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 23 с.
5. Панкратов А.С., Робустова Т.Г. К вопросу о классификации переломов нижней челюсти // *Стоматология.* – 2001. – №2. – С. 29-32.
6. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. – В 2-х тт. – М.: Медицина, 2000. – Т. 1. – 776 с.
7. Сысоятин С.П. Эндоскопические технологии в челюстно-лицевой хирургии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2002. – 34 с.
8. Трунин Д.А. Совершенствование системы оказания помощи больным с травмой челюстно-лицевой области // *Актуальные вопросы в стоматологической практике: Межрегион. сб. тез. докл. и статей, посв. 35-летию создания стоматологического факультета; Под ред. проф. И.М. Федяева.* – Самара: СамГМУ, 2001. – С. 124-126.
9. Ansari M. Maxillofacial fractures in Hamedan province, Iran: a retrospective study // *J. Craniomaxillofac. Surg.* – 2004. – Vol.32, №1. – P. 28-34.
10. Bhatt V., Langford R. Removal of miniplates in maxillofacial surgery: University Hospital Birmingham experience // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2003. – Vol. 61, №5. – P. 553-556.
11. Boudrieau R. Miniplate reconstruction of severely comminuted maxillary fractures in two dogs // *Vet. Surg.* – 2004. – Vol. 33, №2. – P. 154-163.
12. Califano L., Garcia G., Zupi A., De Maria G. Morbidity by planning in maxillofacial surgery // *Minerva Stomatol.* – 2002. – Vol. 51, №6. – P. 241-245.
13. Cusmano F., Pedrazzini M., Uccelli M. et al. Spiral CT in maxillo-facial trauma // *Acta Bioved. Ateneo Parmense.* – 2000. – Vol. 71, №6. – P. 291-298.
14. Ellis E., Reddy L. Status of the internal orbit after reduction of zygomaxillary complex fractures // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2004. – Vol. 62, №3. – P. 275-283.
15. Gassner R., Tuli T., Hachl O. et al. Cranio-maxillofacial trauma: a 10 years review of 9,543 cases with 21,067 injuries // *J. Craniomaxillofac. Surg.* – 2003. – Vol. 31, №1. – P. 51-61.
16. Hohliedner M., Hinterhoelzl A., Ulmer H. et al. Maxillofacial fractures masking traumatic contralateral hemorrhage // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2004. – Vol. 33, №4. – P. 389-395.
17. Jarupoonphol V. Surgical treatment of the Le Fort fractures in Ban Pong Hospital: two decades of experience // *J. Med. Assoc. Thai.* – 2001. – Vol. 84, №11. – P. 1541-1549.
18. Kirkpatrick D., Gandhi R., Van J. Sickle's Infections associated with locking plates: a retrospective review // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2003. – Vol. 61, №4. – P. 462-466.
19. Mosbah M., Oloyede D., Koppel D. et al. Miniplate removal in trauma and orthognathic surgery – a retrospective study // *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2003. – Vol. 32, №2. – P. 148-151.
20. Nan X., Fan Y., Li R., Wu Z. Clinical application of three-dimensional spiral CT in the complex maxillofacial fractures // *Hua Xi Qiang Yi Xue Za Zhi.* – 2001. – Vol. 19, №6. – P. 372-374.

Резюме

При лечении пострадавших с сочетанной челюстно-лицевой травмой с применением объективной оценки тяжести травмы при выборе тактики оперативного лечения частота развития осложнений составила 20,3%, а летальность – 4,2%. Средний срок наступления летальных исходов равнялся $7,3 \pm 2,3$ суток.

Резюмеси

Юз-жағ сохаси қўшма жароҳатлари билан оғриган беморларни даволашда жароҳатнинг оғирлик даражасини объектив баҳолаган холда оператив даво тактикасини танланганда асоратларни юзага келиш учраши 20,3% ни, ўлим холатлари – 4,2% ни таъкил этади. Ўлим холатлари кузатилишининг уртача муддати $7,3 \pm 2,3$ суткага тенглади.

Summary

Treatment of patients with associated oral and maxillofacial injury with an objective assessment of the severity of injury in the choice of surgical treatment tactic, rate of complications was 20.3% and the mortality rate – 4.2%. Average time of death was $7,3 \pm 2,3$ days.