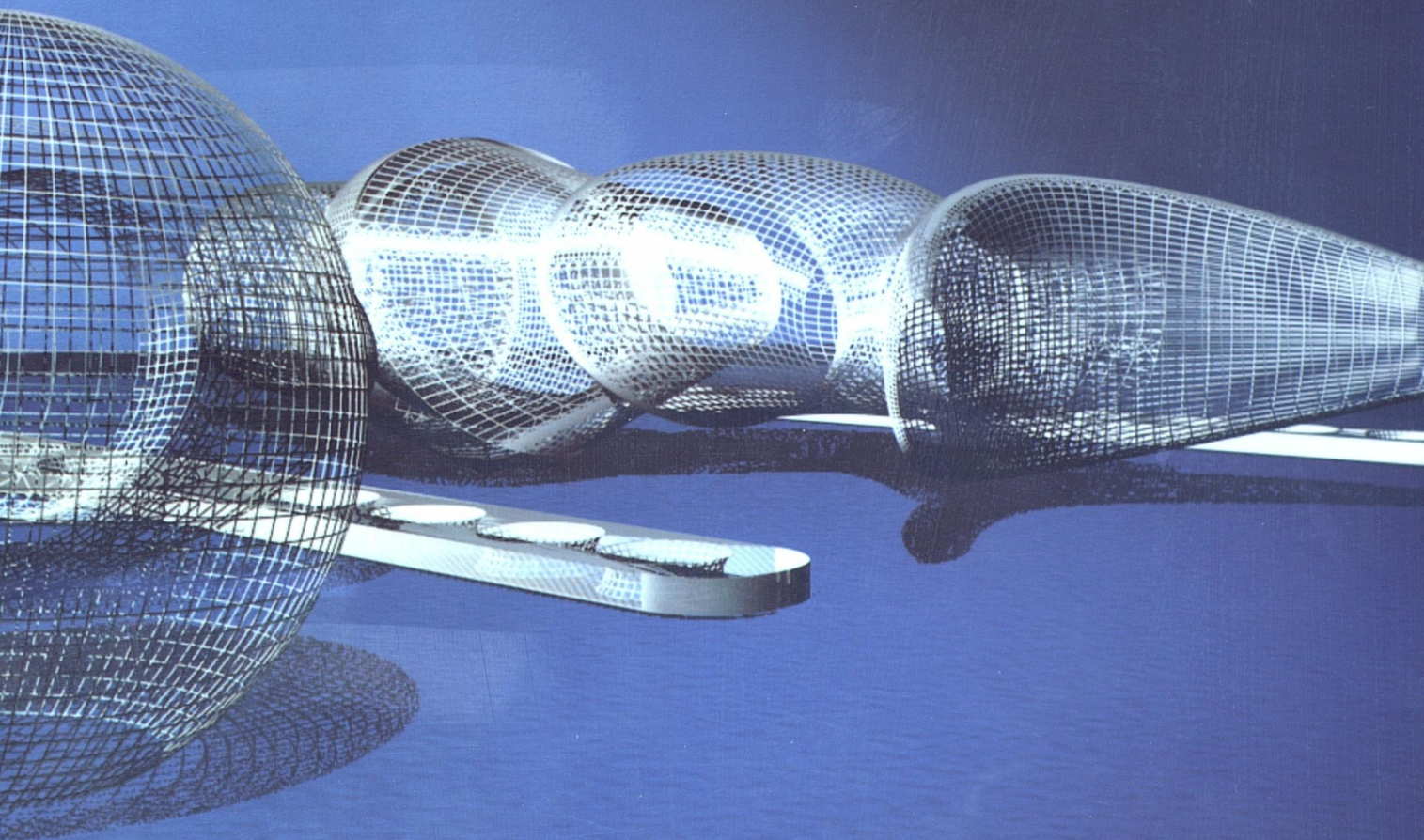


ISSN 1684-9280

Травматология ЖЭНЕ Ортопедия

Специальный выпуск



2/2003

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОЛИТРАВМЫ. СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ.

УДК 616.831+616.716.8 - 001-036

СОЧЕТАННАЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ТРАВМА (СОСТОЯНИЕ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ)

Т.У. БАТЫРОВ

НИИ травматологии и ортопедии, Астана

Мақалада республикадағы бет-жақ аймағы бірлескен жарақаты бар науқастарға медициналық көмектің жағдайы сарапталып, көптеген кемістіктер айқындалған. Ауруханаға дейінгі мерзімдегі медициналық көмек тек 21,8% да көретілген, сапасы төмен, көбіне дұрыс жүргізілмеген. Осылардың салдарынан жарақаттылар асқынуға ілігіп ауруханада ұзақ емделуге мәжүбір болған. Мақалада автор бас-бет-жақ қосалқы жарақаттанғандарға медициналық көмектің уақытында көрсетілуі, дұрыс диагностика қойылып, барлық ауруханаларда біркелкі түсінікті жіктеу қолданылғанға байланысты екеніне мезгиді. Автор барлық мамандарға түсінікті аббриаватура ретінде қысқартылған, қосалқы жарақат жағдайын айқын көрсететін, жұмыс жіктелуін ұсынып, оны медициналық құжаттарға алгоритм ретінде қолдануға болатынын көрсетеді. Жарақаттылар толыққанды үздіксіз емделетін біртұтас кешенді реабилитациялық жүйе құру керектігін көрсеткен.

In the article the authors focuses on the purpose to create a theoretic model of organisation a unified complex system of rehabilitation of the patients with combined maxillo-facial traumas.

Сочетанная челюстно-лицевая травма занимает довольно высокий удельный вес в структуре травм, при этом наиболее часто встречаются челюстно-лицевые и черепно-мозговые травмы. По данным литературы она наблюдается от 5,1- 6,3 до 52,9% [2,6,7]. При этом отмечается высокая летальность - 5,8% -25,4%(3) При повреждении лицевого скелета (при переломах скуловой кости и верхней челюсти - 100%), как правило, повреждаются ЛОР органы и глаза. Вместе с тем, в структуре сочетанной черепно-лицевой травмы значительный процент составляют переломы нижней челюсти 11,7-44,6 % [4]. Эти обстоятельства требуют комплексное обследование и раннюю консультацию смежных специалистов всех пострадавших с челюстно-лицевой травмой (ЧЛТ) и оказание комплексной медицинской помощи уже на уровне организации 1-ой врачебной помощи (ЦРБ, ССМП, поликлиник).

Цель: Создать в Республике теоретическую модель организации единой комплексной системы реабилитации больных с сочетанной челюстно-лицевой травмой.

Поскольку в Казахстане преобладают населенные пункты с низкой плотностью, отдаленные на большие

расстояния от крупных специализированных клиник нейрохирургии и челюстно-лицевой хирургии, оптимальным путем организации медицинской помощи при сочетанных челюстно-лицевых и черепно-мозговых травмах, на этом периоде социально-экономического развития республики, является этапное лечение.

Однако, разрозненность медицинских учреждений, как по административным, так и по территориальным признакам, недостаточное обеспечение сельских больниц врачами стоматологами-хирургами, приводят к неадекватной и неполноценной медицинской помощи больным в первые сутки после травмы. Многие врачи сельских больниц, и, некоторых городских больниц, станции скорой помощи, поликлиник не оказывают адекватную помощь. По - видимому, они не совсем осведомлены об особенностях диагностики и неотложной помощи при переломах костей лицевого скелета, а, также, и при сочетанной и множественной травме челюстно-лицевой области. В качестве примера можно привести данные исследований за 5 лет отделения челюстно-лицевой травматологии НИИ ТО, в котором лечились больные из сельских и городских регионов (таб.1)

Таблица 1

Распределение больных с травмой костей лицевого скелета в приемном отделении РГКП "НИИ ТО" в зависимости от вида направившего лечебного учреждения.

№/№	Лечебно-профилактические учреждения	Удельный вес%
1	Стоматологическая поликлиника	1,9
2	Служба скорой и неотложной помощи	46,7
3.	Общая соматическая поликлиника	0,1
4.	Городские больницы	0,2
5.	Травматологический пункт	17,5
6.	Санчасти	1,7
7.	Областная больница (МРБ)	1,7
8.	Районные больницы	1,2
9.	Участковые больницы	0,7
10.	Врачебные амбулатории	0,2
11.	Прочие лечебно-профилактические учреждения	0,3
12.	Без направления	27,8
1-12		100

Таблица 2

Анализ качества оказанной догоспитальной медицинской помощи больным с повреждениями костей лицевого скелета.
(по данным экспертной проверки историй болезней больных отделения челюстно-лицевой травматологии НИИ ТО)

Виды помощи	Удельный вес в % от 100
1. <i>Доврачебная помощь</i>	2,3
а) остановка кровотечения	1,0
б) обработка раны	1,0
в) наложение пращевидной повязки	0,1
г) транспортировка	0,1
д) введение ПСС и СА	0,1
2. <i>Первая врачебная помощь</i>	6,3
а) остановка кровотечения	1,0
б) предупреждение шока	0,4
в) предупреждение асфиксии	0,5
г) транспортная иммобилизация	0,2
д) транспортировка	2,0
е) введение ПСС и СА	0,6
Ж) обезболивание	1,6
3. <i>Квалифицированная помощь</i>	13,0
а) остановка кровотечения	3,0
б) предупреждение шока	1,3
в) предупреждение асфиксии	1,7
г) транспортная иммобилизация	4,2
д) транспортировка	0,1
е) введение ПСС и СА	0,7
Ж) обезболивание	2,0
<i>Все виды догоспитальной помощи</i>	21,8

Таблица 3

Удельный вес различных причин осложнений у больных с переломами костей лицевого скелета на этапах медицинской помощи

Причины осложнений	Удельный вес (в % к итогу)
Несвоевременное обращение больных к врачу	5,0
Поздние сроки оказания специализированной помощи	6,6
Ошибки в диагностике на догоспитальном этапе	2,5
Ошибки в диагностике в стационаре	1,7
Ошибки в лечебных мероприятиях в стационаре	5,0
Недостаточная или методически необоснованная иммобилизация	3,3
Недостаточная квалификация врача-стоматолога на догоспитальном этапе помощи	1,7
Недостаточная квалификация врачебного персонала стационара	0,8
Нарушение режима больным (в стационаре)	11,7
Больному не проведена санация полости рта	8,3
У больного в линии перелома оставлены зубы	
А) травматически поврежденные	8,3
Б) пораженные кариесом и т.п.	4,2
В) интактные зубы	17,7
Отказ больного от удаления зуба	4,2
От госпитализации	12,2
Неизвестно	7,7
Всего:	100

Как видно из данных таблиц 1-3 удельный вес и качество догоспитальной медицинской помощи больным с травмами челюстно-лицевой области очень низкий и неадекватный.

Из всех поступивших в НИИ ТО больных с сочетанной черепно-лицевой травмой у подавляющего числа пострадавших отмечалась закрытая черепно-мозговая травма (92,8%), а открытая - наблюдалась в 7,2%. Тактика догоспитальной медицинской помощи этим больным оставалась без изменений, т.е. самой минимальной.

Профиль госпитализации и адекватной хирургической помощи больным определялся соотношением тяжести челюстно-лицевого и сочетанного повреждений. В нейрохирургическое отделение госпитализировались больные со средней и тяжелой черепно-мозговой травмой и различной степенью тяжести челюстно-лицевой травмы. В отделение челюстно-лицевой травматологии поступали, как правило, пострадавшие с легкой черепно-мозговой травмой и челюстно-лицевыми повреждениями различной тяжести.

Во всех случаях радикальные оперативные вмешательства на лицевом скелете проводились после стабилизации общего состояния пострадавшего, связанного с черепно-мозговой травмой. Тактика выжидания была вынужденной, хотя ПХО ран мягких тканей лица, временная иммобилизация отломков челюстей проводились в первые сутки.

В определении тяжести состояния пострадавшего с сочетанной челюстно-лицевой травмой используется, в основном, классификация, определяющая состояние черепно-мозговых повреждений и лицевых костей. Часто в первичных медицинских документах не указываются состояние орбиты, верхнечелюстной пазухи, носа. А между тем, в последующих этапах реабилитации обнаруживаются отдаленные осложнения со стороны орбиты и носа,

верхнечелюстной пазухи. "Своевременная диагностика переломов скулоорбитального комплекса остается актуальной задачей современной травматологии- повреждения этой зоны в 37% наблюдений приводят к нарушению функции зрительного анализатора, развитию диплопии, нарушениям носового дыхания, кожной чувствительности, слезоотделению, ограничению открывания рта, эстетическим недостаткам. Принятое в клинике рентгенологическое исследование этой группы пациентов не всегда дает объективную оценку состояния глубоких отделов глазницы..." [1]. Правильная диагностика должна отражать все повреждения сочетанной травмы и отражаться в медицинской документации краткой понятной единой терминологией.

Мы предлагаем вначале создать понятную для всех врачей и приемлемую во всех звеньях здравоохранения (от СВА до НИИ) республики рабочую классификацию сочетанной челюстно-лицевой травмы, по которой можно четко дифференцировать состояние пострадавшего и на момент оказания помощи привлечь специалистов.

Учитывая сложность организации медицинской помощи больным сочетанной челюстно-лицевой и черепной травмой и дополняя упрощенной сокращенной аббревиатурой (ОРОТ- орофациальная травма, ОТОТ-оториноларингологическая травма, ОФТАТ-офтальмологическая травма) мы предлагаем однотипную систему рабочей классификации СЧЛЧТ при организации медицинской помощи и сокращенную форму заполнения медицинской документации во всех лечебных учреждениях республики. Легкую степень травмы, мы предлагаем отметить в медицинской документации буквой "Л" и знаком "+" ("Л+"). Среднюю степень - "С++". Тяжелую степень - "Т+++". Представляем примеры обозначения сочетанных челюстно-лицевых травм различной степени и

черепно-мозговых травм легкой степени-первая кластерная группа (1КГ), по Корж, [5]. Тогда рабочая классификация и определения "адреса", медицинской помощи при сочетанных челюстно-лицевых травмах следующие:

-ОРОТ Л+ЧМТ 1 КГ, (орофациальная и черепно-мозговая травма легкой степени)- организацию медицинской помощи проводит челюстно-лицевой хирург или хирург стоматолог ; консультация невропатолога (нейрохирурга).

-ОТОТ Л+, ЧМТ 1 КГ, (оториноларингологическая и черепно-мозговая травма легкой степени) организацию медицинской помощи проводит ЛОР врач; консультация невропатолога (нейрохирурга).

-ОФАТ Л+; ЧМТ 1КГ, (офтальмологическая и черепно-мозговая травма легкой степени)-организацию медицинской помощи проводит офтальмолог; консультация невропатолога (нейрохирурга).

-ОРОТС++, ОТОТЛ+ или ОФАТЛ+; ЧМТ 1КГ, (орофациальная травма средней степени, оториноларингологическая и (или) офтальмологическая легкой степени тяжести, черепно-мозговая травма легкой степени тяжести). Организацию медицинской помощи проводит челюстно-лицевой хирург; консультация ЛОР врача или офтальмолога и обязательно невропатолога (нейрохирурга).

-ОТОТС++, ОРОТЛ+ или ОФАТЛ+; ЧМТ,1КГ (оториноларингологическая травма средней степени, орофациальная и (или) офтальмологическая легкой степени тяжести, черепно-мозговая травма легкой степени). Организацию медицинской помощи проводит ЛОР врач с привлечением челюстно-лицевого хирурга или хирурга стоматолога, офтальмолога, невропатолога (нейрохирурга).

-ОФАТ С++, ОРОТЛ+; ОТОТЛ+; ЧМТ, 1КГ, (офтальмологическая травма средней степени, орофациальная и (или) оториноларингологическая, черепно-мозговая легкой степени тяжести). Организацию медицинской помощи проводит офтальмолог; консультация хирурга стоматолога или челюстно-лицевого хирурга, невропатолога (нейрохирурга), ЛОР врача.

-ОРОТТ+++; ОТОТС++; ОТОТЛ+; ОФАТС+; ОФАТЛ+; ЧМТ, 1КГ (орофациальная травма тяжелой степени и оториноларингологическая средней степени или легкой степени, офтальмологическая средней степени или легкой степени, обе нозологии травм-оториноларингологическая и офтальмологическая - средней или легкой степени тяжести). Организацию медицинской помощи проводит челюстно-лицевой хирург, в процессе лечения участвует офтальмолог или ЛОР врач при средней степени их патологии, или их консультация при легкой степени повреждений этих органов, консультация невропатолога (нейрохирурга).

-ОТОТТ+++; ОРОТС++, ОРОТЛ+, ОФАТС++, ОФАТЛ+; ЧМТ, 1КГ (оториноларингологическая травма тяжелая; орофациальная и (или) офтальмологическая травма средней степени, или одна из них легкой степени, орофациальная и (или) офтальмологическая травма легкой степени). Организацию медицинской помощи проводит ЛОР врач с привлечением в лечебный процесс челюстно-лицевого хирурга или офтальмолога при средней степени тяжести повреждения органов их нозологии, или консультацией их при легкой степени повреждения этих органов, также консультация невропатолога (нейрохирурга).

- ОФАТТ+++; ОРОТС++, ОРОТЛ+, ОТОТС++, ОТОТЛ+; ЧМТ, 1КГ (офтальмологическая травма тяжелая; орофациальная и (или) оториноларингологическая средней степени или одна из них легкой степени; орофациальная и (или) оториноларингологическая легкой степени). Организацию медицинской помощи проводит офтальмолог с привлечением в лечебный процесс челюстно-лицевого хирурга или ЛОР врача при средней степени, и их консультацией при легкой степени повреждения органов их нозологии и консультация невропатолога (нейрохирурга).

Предложенная рабочая классификация СЧЛЧТ очень проста, раскрывает суть и состояние травмы, короткая, понятная всем специалистам любого уровня медицинской помощи.

Следующий этап классификации должен учитывать тяжесть черепно-мозговой травмы средней и тяжелой степени. На каждой из этих степеней черепно-мозговой травмы можно применять вышеуказанный принцип. В более распространенных случаях сочетанности повреждений, при политравме, также можно применять принцип этой классификации, который будет отражать состояние травм других локализаций.

Универсальность предложенной модификации классификации очевидна. В последующем по этой модификации можно составить компьютерную программу для телемедицины и применять алгоритм диагностики и лечения таких больных.

Нами совместно с кафедрой хирургической стоматологии Каз. НМУ им С.А. Асфендиярова проводится научно-исследовательская работа по разработке научно-методологического подхода единой комплексной медицинской реабилитации больных с сочетанными челюстно-лицевыми травмами в республике с применением миниинвазивных методов хирургического лечения на ранних стадиях. На сегодняшний день разрабатываются стандарты диагностики и лечения больных при сочетанных челюстно-лицевых травмах на различных уровнях медицинской помощи, разработаны и применяются новые щадящие методы остеосинтеза челюстей, проводится научно-статистический сбор материала в областях республики по специально разработанной анкете истории болезней, готовится к выпуску методическая рекомендация для врачей.

ВЫВОДЫ:

1. Сочетанная челюстно-лицевая травма занимает высокий удельный вес среди травм, при этом часто наблюдаются осложнения и летальные исходы.
2. В приемное отделение НИИ ТО больные с травмой костей лица в 46,7% случаях доставляются службой скорой помощи, в 17,5%- направляются травмпунктом и в 28,8% -обрабатываются сами. Очень мало направлений из других ЛПУ.
3. Очень низкий и неадекватный удельный вес догоспитальной медицинской помощи, больным с травмами костей лицевого скелета, в том числе и при сочетанной челюстно-лицевой травме.
4. Частота осложнений травм костей лицевого скелета также зависит от своевременности оказания 1 врачебной и квалифицированной медицинской помощи.
5. Более рациональной является организация этапной медицинской помощи больным с сочетанными травмами челюстно-лицевой области.

6. Упрощенная рабочая классификации сочетанной челюстно-лицевой травмы вполне приемлема для всех уровней медицинской помощи в республике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азарченко К.Я. Диагностика переломов скулоорбитального комплекса. //Материалы V международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов// Москва, 1999 г. С- 112стр.

2. Вансванов М.И. Сочетанная черепно-лицевая травма: Диагностика, клиника, лечение. Автореф. Дисс. канд. мед. наук Алматы, 2001-24с.

3. Титова А.Т., Лимберг А.А. Сочетанная травма челюстно-лицевой области. //Травмы челюстно-лицевой области// М. Медицина, 1986. С- 196-203.

4. Курмангалиев З.Х. Клиника и лечение сочетанных черепно-лицевых травм. Автореф. Дисс. канд. мед. наук. Киев, 1988-21с.

5. Корж Г.М., Коротких Н.Г., Мустафин М.И., и соавт. Оптимизация диагностического подхода при острой механической черепно-челюстно-лицевой травме. Интернет, 2002.

6. Уразалин Ж.Б., Мирзабеков О.М., Сабденалиев А.М. Челюстно-лицевая хирургия в Казахстане сегодня: Материалы Конгресса (III съезд стоматологов Казахстана).- Алматы, 2003., С.1-13.

7. Федотов С.Н., Кошелев В.Н. Специализированная медицинская помощь при сочетанных и множественных переломах костей лица у жителей европейского севера. //Специализированная помощь пострадавшим с повреждениями лица при сочетанной травме: организация, лечебная тактика, реабилитации// - Санкт-Петербург, 1991.-С.53-56.