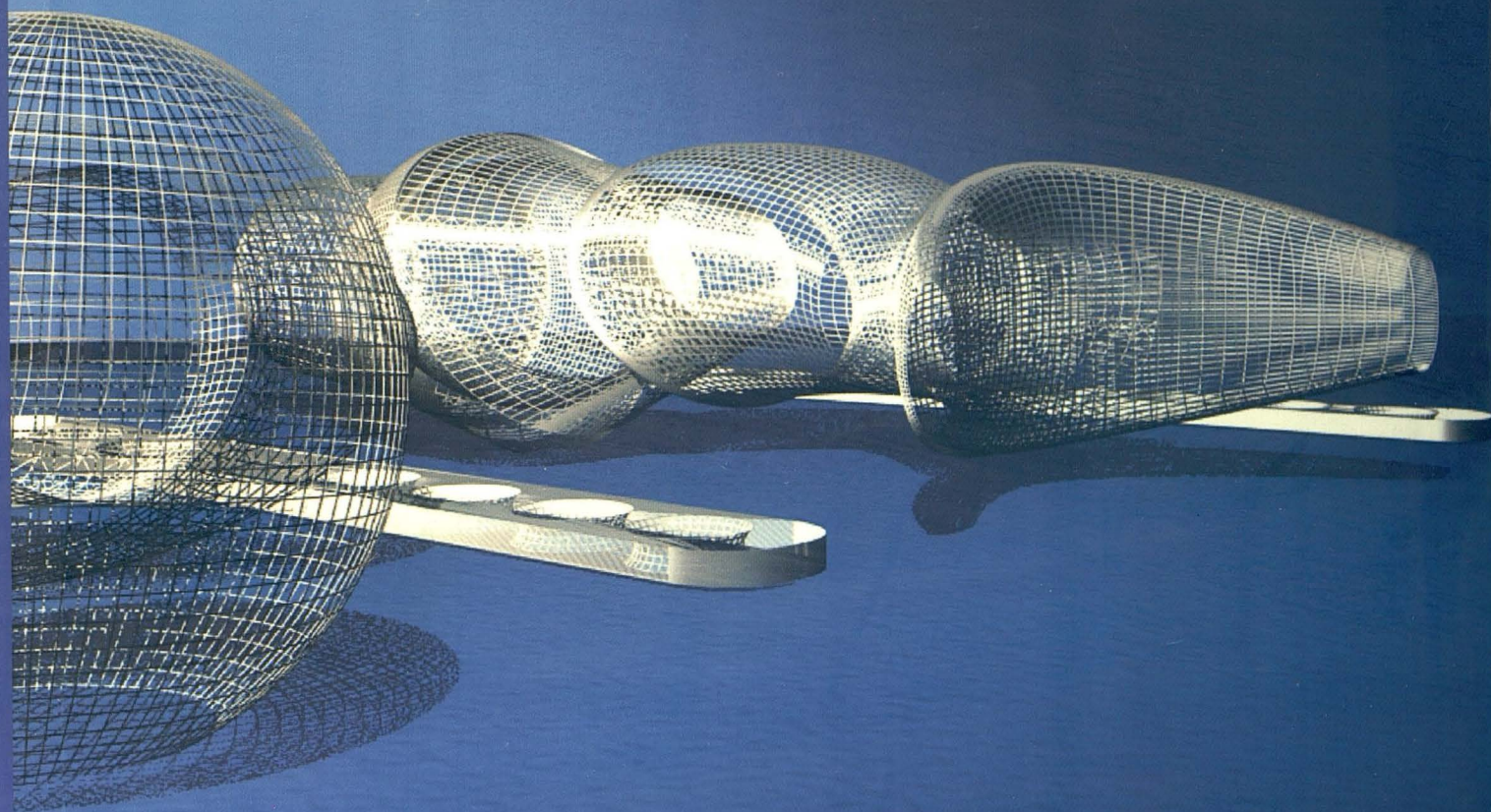


# Травматология ЖӘНЕ Ортопедия



1/2002

ТРАВМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ ОРТОПЕДИЯ



# СОЧЕТАННАЯ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВАЯ ТРАВМА (К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ)

Т.У. БАТЫРОВ, М.И. ВАНСВАНОВ, Д.Е. АБИЛЬДИН

Акмолинская государственная медицинская академия

Казахский национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Для правильного определения диагностической и лечебной тактики при сочетанных черепно-челюстно-лицевых травмах (СЧЧЛТ) очень важным является согласованная работа всех специалистов по одной принятой для клиники классификации. К сожалению, среди клиницистов на сегодняшний день нет единой классификации сочетанных черепно-челюстно-лицевых травм. Мы, в порядке обсуждения, ниже приводим несколько, как нам кажется, приемлемую для таких случаев, классификаций, по которым работают многие врачи- клиницисты

**Цель работы.** Показать модифицированный упрощенный вариант классификации СЧЧЛТ для организации медицинской помощи и заполнения медицинской документации больным по алгоритму.

**Результаты и обсуждения.** Нисколько не отрицая существующие другие классификации сочетанных черепно-челюстно-лицевых травм, мы ниже приводим часто используемые формы классификации. Одни авторы различают основные четыре группы [2]:

- нетяжелая черепно-мозговая травма и нетяжелые внечерепные повреждения;
- нетяжелая черепно-мозговая травма и тяжелые внечерепные повреждения;
- тяжелая черепно-мозговая травма и нетяжелые внечерепные повреждения;
- тяжелая черепно-мозговая травма и тяжелые внечерепные повреждения.

При всей очевидности рационального подхода к оценке соотношения степени тяжести черепно-мозговой и челюстно-лицевой травмы, авторы, рассматривая СЧМТ, не охватывали весь диапазон повреждений челюстно-лицевой области и не учитывали особенностей их последствий с точки зрения полифункциональных нарушений. Исследования последнего десятилетия указывают на изменение трактовки степени тяжести многих лицевых повреждений. В частности, при некоторых повреждениях костей лицевого скелета определенные в ряд нетяжелой травмы, требуются достаточно серьезное оперативное вмешательство, такие как: перелом суставного отростка нижней челюсти, односторонние переломы нижней челюсти на фоне полной или частичной адентии и со значительным смещением отломков [3,6].

На основании изучения и экспертного анализа истории болезней больных с СЧЧМТ, мы взяли на себя смелость уточнить характеристику челюстно-лицевых повреждений по степени тяжести в следующей трактовке:

-легкая ЧМТ - сотрясение и ушиб головного мозга легкой степени;

-тяжелая ЧМТ - ушибы головного мозга средней, тяжелой степени, сдавление головного мозга;

К легким челюстно-лицевым повреждениям относят одно-, двусторонние переломы нижней челюсти без или с незначительным смещением, удельный вес которых составили 15 (1,25%) и 91 (7,56%) соответственно, и травмы зубов 171 (14,21%).

К тяжелым челюстно-лицевым повреждениям относят односторонние переломы нижней челюсти в области суставного отростка - 43 (3,57%) с вывихом суставной головки, двусторонние переломы нижней челюсти с выраженной интерпозицией мягких тканей между костными фрагментами 146 (12,14%), многооскольчатые переломы нижней челюсти 29 (2,5%).

В патогенезе черепно-мозговых повреждений расстройства функций вегетативной нервной системы занимают ведущее место [1]. Поэтому, как считают Н.М. Маджидов и соавт. (1980), В.В. Посохов и соавт. (1983) и др., применение различных вегетативных проб для более объективной оценки состояния пострадавших является обоснованным. Одним из простых и доступных дополнительных методов исследования состояния вегетативной нервной системы, при ЧМТ является определение асимметрии АД (справа и слева) и изменения температуры тела. По мнению В.М. Котеневой (1966), В.Д. Деменко (1970) и др., выявление асимметрии АД имеет важное значение для установления нарушения регуляции сосудистого тонуса, который зависит от патологического состояния вегетативно-сосудистых центров. В работах многих невропатологов (Е.Г. Рябкова 1965, И.Н. Горбач 1978 и др.) показано, что асимметричность АД имеет место почти у половины больных с ЧМТ.

Для выявления изменений функций ЦНС вследствие черепно-мозговой травмы, мы применяли комплекс методов исследования высших психических функций, включающих следующие этапы: 1. Исследование движений и действий; 2. Изучение слухового гнозиса; 3. Исследование памяти; 4. Мышления.

С использованием комплексного нейропсихологического тестирования пострадавших с сочетанной черепно-лицевой травмой, и с учетом принципа учета локализации внечерепных повреждений, а также соотношении черепно-мозгового и челюстно-лицевых повреждений степени их тяжести, мы модифицировали рабочую классификацию, предложенную Григорьевым (1977) в такой трактовке:

-легкая черепно-мозговая травма (ЧМТ) и легкие челюстно-лицевые повреждения;

-легкая ЧМТ и тяжелые челюстно-лицевые повреждения;

-тяжелая ЧМТ и легкие челюстно-лицевые повреждения;

-тяжелая ЧМТ и тяжелые челюстно-лицевые повреждения.

Очень полезным для клиницистов многопрофильных больниц, НИИ травматологии и ортопедии, как нам кажется, является знание рабочей классификационной матрицы острой механической сочетанной черепно-челюстно-лицевой травмы, предложенной Г.М.Корж, Н.Г. Коротких, М.И. Мустафиным с соавт. (2001). Авторы проанализировали и систематизировали «маршруты» диагностики больных при острых механических черепно-челюстно-лицевых травмах с участием заинтересованных специалистов и провели экспертную оценку медицинской помощи. Согласно этой классификации выделяются три кластерные группы (КГ), в основу которых заложена степень тяжести черепно-мозговой травмы (ЧМТ): 1 КГ- ЧМТ легкой степени - сотрясение головного мозга и ушиб головного мозга легкой степени; 2 КГ-ЧМТ средней степени тяжести - ушиб головного мозга средней степени тяжести; 3 КГ- ЧМТ тяжелой степени, сдавление головного мозга. В каждой кластерной группе выделяются подгруппы легкой (Л), средней (С), тяжелой (Т) степени тяжести челюстно-лицевой травмы (ЧЛТ). В подгруппу легкой степени ЧЛТ соотнесены орофациальная травма легкой (Л +) степени, оториноларингологическая травма легкой (Л +) степени, офтальмологическая травма легкой (Л+) степени. В подгруппу средней степени тяжести ЧЛТ соотнесены орофациальная травма Л/С+; оториноларингологическая травма Л/С + ; офтальмологическая травма Л/С + степеней. В подгруппу тяжелой ЧЛТ соотнесены орофациальная травма Л/С/Т+; оториноларингологическая травма Л/С/Т + ; офтальмологическая травма Л/С/Т+ степеней.

Таким образом, в каждой из 3-х степеней ЧМТ КГ определены 9 разновидностей ЧЛТ, предопределяющие тактику дифференциальной диагностики и лечения пострадавших с сочетанной черепно-челюстно-лицевой механической травмой.

Учитывая сложность организации медицинской помощи и дополняя сокращенными аббревиатурами (ОРТ- орофациальная травма, ОТТ-оториноларингологическая травма, ОФТ-офтальмологическая травма), мы предлагаем применять однотипную систему классификации СЧЧЛТ как алгоритм при организации медицинской помощи и сокращенную форму заполнения медицинской документации в ЛПУ:

1. ОРТ Л+ ; ЧМТ1 КГ, (орофациальная и черепно-мозговая травма легкой степени)- организацией медицинской помощи занимается челюстно-лицевой хирург или хирург стоматолог ; консультация невропатолога.

2. ОТТ Л+, ЧМТ 1 КГ, (оториноларингологическая и черепно-мозговая травма легкой степени) организацией медицинской помощи занимается ЛОР врач; консультация невропатолога.

3. ОФТ Л+; ЧМТ 1КГ, (офтальмологическая и черепно-мозговая травма легкой степени)- организацией медицинской помощи занимается офтальмолог; консультация невропатолога.

4. ОРТС++, ОТТЛ+ или ОФТЛ+; ЧМТ 1КГ, (орофациальная травма средней, оториноларингологическая и (или) офтальмологическая легкой степени тяжести; черепно-мозговая травма легкой степени тяжести). Организацией медицинской помощи занимается челюстно-лицевой хирург; консультация ЛОР врача или офтальмолог и обязательно невропатолога.

5. ОТТС+, ОРТЛ+ или ОФТЛ+; ЧМТ,1КГ (оториноларингологическая травма средней степени; орофациальная и (или) офтальмологическая легкой степени тяжести; черепно-мозговая травма легкой степени). Организацией медицинской помощи занимается ЛОР врач с привлечением челюстно-лицевого хирурга или хирурга стоматолога, офтальмолога, невропатолога.

6. ОФТ С++, ОРТЛ+; ОТТЛ+; ЧМТ 1КГ, (офтальмологическая травма средней степени; орофациальная и (или) оториноларингологическая, черепно-мозговая легкой степени тяжести). Организацией медицинской помощи занимается офтальмолог; консультация хирурга стоматолога или челюстно-лицевого хирурга, невропатолога, ЛОР врача.

7. ОРТТ+++; ОТТС++; ОТТЛ+; ОФТС+; ОФТЛ+; 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). Организацией медицинской помощи занимается челюстно-лицевой хирург, в процессе лечения участвует офтальмолог или ЛОР врач при средней степени их патологии, или их консультация при легкой степени повреждении этих органов, консультация невропатолога.

8. ОТТТ+++; ОРТС++, ОРТЛ+, ОФТС++, ОФТЛ+, ЧМТ1КГ (оториноларингологическая травма тяжелая; орофациальная и (или) офтальмологическая травма средней степени, или одна из них легкой степени, орофациальная и (или) офтальмологическая травма легкой степени). Организацией медицинской помощи занимается ЛОР врач с участием челюстно-лицевого хирурга или офтальмолога при средней степени тяжести повреждения органов по их нозологии, или консультацией их при легкой степени повреждения этих органов.

9. ОФТТ+++; ОРТС++, ОРТЛ+, ОТТС++, ОТТЛ+, ЧМТ1КГ(офтальмологическая травма тяжелая; орофациальная и (или) оториноларингологическая средней степени или один из них легкой степени; орофациальная и (или) оториноларингологическая легкой степени). Организацией медицинской помощи занимается офтальмолог с участием в лечении челюстно-лицевого хирурга или ЛОР врача при средней степени, и консультацией ими при легкой степени повреждении органов их нозологии.

При диагностике черепно-мозговой травмы средней степени тяжести (2КГ) и тяжелой степени (2КГ) у больных с сочетанной черепно-лицевой травмой организацией медицинской помощи занимается нейрохирург (нейрохирург) с привлечением к процессу лечения или консультацией врачей других специальностей (челюстно-лицевой хирург или хирург стоматолог, ЛОР врач, офтальмолог)

## ВЫВОДЫ

1. Постановка вопроса о введении единой классификации сочетанных черепно-лицевых травм и оптимального его решения, с целью применения ее в многопрофильных больницах и НИИ ТО с одной стороны, и, применения ее в условиях отдаленных друг от друга специализированных клиник (нейротравматологии или нейрохирургии, челюстно-лицевой хирургии, оториноларингологии, офтальмологии) с другой стороны, для республики Казахстан является актуальной и ждет своего разрешения.

2. Предложенные наши оба варианта модификации классификации СЧЧЛТ могут применяться успешно в различных по организации (многопрофильные и специализированные) ЛПУ республики.

## ЛИТЕРАТУРА

1 Гельфанд В.В., Маламуд М.Д. Застылая черепно-

## **ТРАВМАТОЛОГИЯ ЖЭНЕ ОРТОПЕДИЯ 1/2002**

мозговая травма// Кишинев: Штиинца.-1986.-276 с.

2. Григорьев М.Г., Звонков Н.А., Лихтерман Л.Б., Фраерман А.И. Сочетанная черепно-мозговая травма / Под редакцией М.Г. Григорьева. Горький: Волго-Вятское книжное издательство.

3. Иващенко Н.М. Остеосинтез в лечении тяжелых сочетанных черепно-лицевых травм у юношей // Специализированная помощь пострадавшим с повреждениями лица при сочетанной травме: организация, лечебная тактика, реабилитация.- Санкт-Петербург, 1991.-С.67-72.

4. Корзис Г.М., Коротких Н.Г., Мустафин М.И. Оптимизация диагностического подхода при острой механической травме. Прикладные информационные аспекты медицины

(Стоматология) . Интернет, 2002.

5. Курмангалиев З.К. Клиника и лечение сочетанных черепно-лицевых травм: Автореферат дисс.. канд.мед.наук. Киев, 1988.-21 с.

6. Поленичкин В.К. Специализированное лечение сочетанных и множественных переломов костей лицевого черепа // Специализированная помощь пострадавшим с повреждениями лица при сочетанной травме: организация, лечебная тактика, реабилитация. - Санкт-Петербург, 1991.- С.26-29.

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