

Травматология

ЖӘНЕ

Ортопедия

# СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ В КАЗАХСТАНЕ

Н.Д. БАТПЕНОВ<sup>1</sup>, Ж.Б. УРАЗАЛИН<sup>2</sup>, Т.У. БАТЫРОВ<sup>1</sup>, Х.М. МУХАМЕТЖАНОВ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

<sup>2</sup>Казахский национальный медицинский университет им С.А.Асфендиярова, Алматы

Республика көлемінде жарақаттылар санының 31,2% ББЖЖ және бет-жақ аймағының жарақаттары ішінде 37,7% жарақат асқынулары анықталған. Госпитальдендіруге дейінгі кезеңдегі 21,8% медициналық алғашқы көмектің, оның ішінде 15% маманданды көмектің, өте төменгі дәрежеде, сәйкестірілмегені анықталды. ББЖЖ кешенді оңалтуда (жарақаттанған уақыттан бастап толық айыққанға шейін) біркелкі жүйелі телемедицинада қолданылатын бағдар жасалған.

It is revealed, that combinative the maxillofacial trauma borrows (occupies) high densities among traumas of maxillofacial area - 31,2 %, complications of traumas maxillofaciale - 37,7 %. Very low and inadequate densities rendered pre-hospital (21,8 %) and, including, the qualified medical aid (15 %). The program of uniform system of complex rehabilitation of patients with CMFT for a telemedicine, from the moment of reception of a trauma up to rehabilitation is developed.

Проведенный нами анализ показал, что травмы костей лица зачастую сочетаются с травмами других органов и систем различной сложности и тяжести. По данным «Анкет истории болезни» общий удельный вес сочетанных челюстно-лицевых травм среди всех травм челюстно-лицевой области варьировал от 25% до 100% случаев наблюдений, причем, чаще наблюдалась черепно-челюстно-лицевая сочетанная травма. Черепно-мозговая травма была различной степени тяжести:

- закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ) в форме сотрясения головного мозга (СГМ) при переломах верхнечелюстного комплекса наблюдалась до 100%; при переломах скуловой кости (дуги) - от 25 до 78%; при переломах нижней челюсти до 30,1%;

- ушибы легкой степени наблюдали у 5-8% больных, пролеченных в отделении челюстно-лицевой хирургии.

Переломы костей лицевого скелета сочетались в 30% с травмами орбиты, наиболее чаще эти сочетания наблюдались при переломах верхней челюсти по типу ФОР-2 и ФОР-3. Причем при этих видах переломов, как правило, всегда нарушалась целостность костной стенки орбиты в 2-3 местах. Эти повреждения не всегда диагностировались вовремя, т.к. для более точной диагностики нужно было проводить компьютерную томографию, что не всегда было возможным. По данным наших исследований при таких переломах в 90% случаев наблюдалась неполная диагностика повреждений костей орбиты.

При переломах скуловой кости также в 37,8% отмечалась неполная диагностика повреждений костей орбиты. Традиционно принятая методика рентгенограмм не позволила обнаружить повреждения «глубоких» костей орбиты. При всех переломах верхнечелюстной кости и скуловой дуги наблюдались травмы мягких тканей орбиты и глаз: кровоизлияния в конъюнктиву, гематомы орбиты, контузия и ушибы глаз, ухудшение зрения и т.д., на которые не всегда обращалось должное внимание со стороны медицинских работников первичного звена здравоохранения.

Травмы ЛОР органов в основном возникают при переломах верхней челюсти и скуловой дуги. По нашим данным повреждения гайморовой пазухи и носа при переломах костей лицевого скелета наблюдались в 30% случаев. Диагностика их на догоспитальном этапе медицинской помощи проводится не в полном объеме. Ошибки диагно-

стики наблюдаются когда пострадавший не осмотрен врачом оториноларингологом и не проведена полноценная рентгенологическая диагностика.

При анализе историй болезни больных с переломами костей лицевого скелета в 50-80% случаях выявлены поражения мягких тканей полости рта. Это были разрывы слизистой альвеолярного отростка челюстей в области перелома и травмы зубов, ушибленно-рваные раны слизистой щеки, губ, неба и языка. Наиболее часто подверглась повреждению слизистая альвеолярного отростка в области перелома челюсти и травмы зубов. Однако, при первичной врачебной помощи оказывалась помощь только при кровотечениях из ран языка и губ.

Осложнения челюстно-лицевой травмы в среднем наблюдаются у 38% от всех пролеченных в стационаре больных. Основные причины осложнений - несвоевременная адекватная квалифицированная медицинская помощь, многие больные (23,8%) поступали в специализированный стационар на 3-4 сутки от момента получения травмы. При обращении к врачам районных больниц не проводилось полноценное обследование, из-за отсутствия хирургов-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов диагностика травм челюстно-лицевой области была неполноценной, что явилось причиной осложнений. Всем нуждающимся в медицинской помощи больным с сочетанной челюстно-лицевой травмой она проводилась в 21,8% случаях, а качество этой помощи было очень низким. Больные транспортировались в областные центры без сопровождения медицинского работника и без медицинского транспорта, страдала медицинская документация, в которой неправильно и неполно отражены диагностика и проведенные неотложные мероприятия.

Разрозненность медицинских учреждений республики, как по административному, так и по территориальному признакам работы обуславливают неадекватную и неполноценную медицинскую помощь больным в первые сутки после травмы. Особенно страдает помощь со стороны врачей стоматологического профиля, к которым относятся челюстно-лицевые хирурги и хирурги-стоматологи, из-за недостаточного обеспечения этими специалистами сельских, районных и городских больниц. Многие врачи сельских больниц, и даже некоторых городских станций скорой помощи не совсем осведомлены об особенностях

диагностики и неотложной помощи при переломах костей лицевого скелета. И эта погрешность негативно проявляется при диагностике и неотложной помощи больным с сочетанной и множественной травмой челюстно-лицевой области. Поэтому очень актуальными являются разработка и создание программы единой непрерывной комплексной реабилитации больных с сочетанной челюстно-лицевой травмой. Комплекс диагностических и лечебных мероприятий должен проводиться с момента оказания первой медицинской помощи и до полной реабилитации таких больных в постстационарном периоде. Известно, что исход посттравматического периода во многом зависит от своевременной адекватной медицинской помощи в первые часы и сутки от момента получения повреждения. Как известно, в этот период медицинскую помощь оказывают службы скорой и неотложной помощи, хирурги-травматологи поликлиник, сельских и районных больниц, где отсутствуют стоматологи-хирурги и челюстно-лицевые хирурги. Поэтому своевременная информация об особенностях способов и методов первой медицинской, первой врачебной и даже квалифицированной хирургической медицинской помощи для врачей первичного звена здравоохранения, как городского, так и сельского района является более чем актуальной. В условиях нынешнего этапа развития сети медицинской службы в республике такая информация может быть получена с помощью телемедицинской технологии.

Нами разработаны и внедряются алгоритмы диагностики и неотложной помощи при сочетанной челюстно-лицевой травме. При организации медицинской помощи диагностика и лечение больных с СЧЛТ должны осуществ-

ляться по алгоритму действий в соответствии с утвержденными клиническими протоколами. Разработана и внедряется рабочая модификация классификации сочетанной челюстно-лицевой травмы. Они разрабатываются для применения в будущем программ телемедицины [1].

Разработаны и внедряются методические рекомендации по оказанию неотложной помощи при травмах челюстно-лицевой области на русском и казахском языках. Для стационаров разрабатываются щадящие методы остеосинтеза челюстей для ранней иммобилизации перелома у больных с сочетанной челюстно-лицевой травмой. В разрабатываемой концепции единой системы комплексной реабилитации больных с сочетанной челюстно-лицевой травмой в республике предусматривается создание реабилитационной службы для этих больных и в постстационарном периоде лечения. Комплексный подход к лечению сочетанной челюстно-лицевой травмы должен учитывать причинно-следственные связи в организации медицинской помощи от момента получения травмы до полной реабилитации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Батпенов Н.Д., Уразалин Ж.Б., Батыров Т.У. Телемедицинские технологии в единой системе комплексной реабилитации больных с сочетанной челюстно-лицевой травмой // Материалы НПК «Стоматология Астаны вчера, сегодня, завтра».- Астана, 2004.- С.29-40.