

АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК ЛИЦЬОВОГО СКЕЛЕТА

А.Г.Крячко

**Військово-медичний клінічний центр Кримського регіону
Сімферополь, Україна**

Стаття присвячена питанням аналізу лікування хворих з множинними та поєднаними ушкодженнями кісток лицьового скелета за допомогою хірургічного методу. Основане на результатах діагностики, вивчення перебігу травми та лікування 140 пацієнтів з поєднаними множинними ушкодженнями кісток лицьового скелета; 70% потерпілих — особи молодого віку (від 20 до 39 років). У 49,28% потерпілих причиною множинних і поєднаних пошкоджень кісток лицьового скелета була вулично-побутова травма, у 44,28% — дорожньо-транспортна пригода. Перелом верхньої щелепи виявлений у всіх пацієнтів, вилиці та дуги вилиці — у 72,9%, кісток носа — у 58,6%, нижньої щелепи — у 31,4%, кісток орбіти — у 30,7%, ушкодження м'яких тканин обличчя — у 34,3%.

Ключові слова: лицьовий скелет, поєднані, множинні ушкодження, хірургічний метод лікування.

Вступ

Упродовж останніх років відзначається суттєве збільшення кількості потерпілих з поєднаними множинними ушкодженнями кісток лицьового скелета. Поєднані множинні ушкодження кісток лицьового скелета можуть бути як ізольованими, так поєднаними з травматичним ушкодженням основи черепа та головного мозку, грудної клітини, черевної порожнини, кінцівок (Potapov A.A. et al., 2004; Lowenheim H. et al., 2005). За даними нейрохірургічної клініки НДІ ім. М.В.Скліфосовського, поєднані ушкодження кісток обличчя та мозкового черепа спостерігають у 52,9% потерпілих.

Згідно з публікаціями вітчизняних авторів різних років (Лимберг А.А., 1950; Лукьяненко В.И., 1979; Лихтерман Л.Б., Хитрин Л.Х., 1994; Капланов П.П. и соавт., 2003), серед травматичних пошкоджень скелета людини переломи кісток обличчя становлять від 3,2% до 8%, за даними Бернадського Ю.И. (1985) — 15,2%, за даними зарубіжних авторів — від 9,4 до 16% (Solis M.C. et al., 2004; Shahim F.N. et al., 2006). У структурі хворих, яких лікували в стоматологічних стаціонарах, пацієнти з переломами КЛС складають від 20% до 30% (Кабаков Б.Д., Малишев В.А., 1981; Козлов В.А., 1988; Безрукова В.М., Робустова Т.Г., 2000).

Матеріали та методи дослідження

Методи дослідження: загально клінічні — огляд пацієнтів, вимірювання артеріального тиску, лабораторні дослідження (загальні та біохімічні аналізи крові та сечі); рентгенологічні — рентгенографія, комп'ютерна і магнітно-резонансна томографія; консультації спеціалістів — нейрохірурга, хірурга, терапевта, офтальмолога, отоларинголога та ін.; статистичні — статистична обробка даних з застосуванням критеріїв Стьюдента, Фішера, Йетса.

Дослідження ґрунтується на результатах діагностики, вивчення перебігу травми та лікування 140 пацієнтів за період з 2000 до 2010 р. з поєднаними множинними ушкодженнями кісток лицьового скелета. Усі хворі чоловіки (100%). Хворі віком від 20 до 65 років були розподілені на шість груп: 1 група — 20–29 років, 2 група — 30–39 років, 3 група — 40–49 років, 4 група — 50–59 років, 5 група — 60 років і старше. Переважали особи молодого віку (від 20 до 44 років) — 70% потерпілих. У пацієнтів з переломами верхньої щелепи в залежності від його рівня та поширення щілини перелому діагностовані верхньої, середньої або нижньої (Ле-Фор I, II, III) переломи, а також поєднані ушкодження.

Незважаючи на те, що ізольовані переломи верхньої щелепи (ПВЩ) виявляли вкрай рідко, а у великій кількості потерпілих діагностували поєднані переломи кісток лицьового скелета або політравму, основним критерієм для встановлення діагнозу та вибору оптимальної тактики лікування був характер перелому верхньої щелепи. Враховуючи велику різноманітність варіантів травматичних переломів кісток лицьового скелета, в залежності від тяжкості та локалізації ушкодження хворі були розподілені за класифікацією Ле-Фор. Разом з тим для уникнення розбіжностей тлумачення кла-

сифікації Ле-Фор I, II, III ми використовували терміни «верхній», «середній», «нижній» рівні ПВД. У 61 (43,6%) пацієнта ПВД виявлений на середньому рівні, у 58 (41,4%) — на верхньому, у 6 (4,28%) — на нижньому. Слід відзначити, що найчастіше подібні ушкодження виникають в осіб працездатного віку (від 20 до 49 років); у наному дослідженні було 105 таких потерпілих.

У більшості випадків переломи верхньої щелепи поєднувалися з переломами інших кісток лицьового скелета (табл. 1).

Таблиця 1

Поєднання ПВД з переломами інших кісток лицьового скелета і ушкодженням м'яких тканин обличчя

Вік хворих, років	Перелом нижньої щелепи	Перелом (дуги) вилиці	Перелом кісток носа	Перелом кісток орбіти	Ушкодження м'яких тканин обличчя
20-29	25	46	27	15	16
30-39	12	33	29	13	18
40-49	4	14	11	9	9
50-59	3	6	5	4	3
60 і старше	—	3	3	2	2
Усього	44 (31,4%)	102 (72,9%)	82 (58,6%)	43 (30,7%)	48 (34,3%)

Множинні переломи кісток лицьового скелета нерідко в різних комбінаціях поєднувалися з переломами кісток основи черепа та ушкодженням головного мозку (табл. 2).

У цілому виявлено 325 пошкоджень, що свідчить про різноманітність їх комбінацій: у кожного зі 140 потерпілих з переломами кісток лицьового скелета, включених у наше дослідження, діагностовано не менше 2-3 пошкоджень.

У 59 (42,1%) потерпілих множинні переломи кісток лицьового скелета поєднувалися з політравмою: у 38 (27,1%) — з ушкодженням кінцівок, у 21 (15%) — з ураженням грудної клітини та черевної порожнини (табл. 3).

Перелом кісток основи черепа та ушкодження головного мозку у хворих різного віку з ПВЩ

Вік хворих, років	Перелом кісток основи черепа	Перелом кісток мозкового черепа	Лікворея	Черепно-мозкова травма	Струс ГМ	Забій ГМ
20-29	31	15	3	44	28	25
30-39	12	10	3	35	21	14
40-49	7	6	11	18	9	9
50-59	5	3	1	9	—	3
60 і старше	2	2	—	5	3	1
Усього	57 (40,7%)	36 (25,7%)	8 (5,7%)	111 (79,3%)	61 (43,5%)	52 (37,1%)

Таблиця 3

Поєднані переломи кінцівок, ушкодження грудної клітини та черевної порожнини у хворих різного віку з переломами кісток лицьового скелета

Вік хворих, років	Ушкодження кінцівок	Ушкодження грудної клітини та черевної порожнини	Усього	
			абс.	%
20-29	14	5	19	13,6
30-39	9	7	16	11,4
40-49	6	5	11	7,9
50-59	4	2	6	4,3
60 і старше	5	2	7	5
Усього	38 (27,1%)	21 (15%)	59	42,1

Під час госпіталізації стан 48,2% потерпілих з поєднаними множинними ушкодженнями кісток лицьового скелета був тяжким і вкрай тяжким. При цьому у 57 (40,7%) хворих виявлений гемосинусит, ще у 57 (40,7%) — неврити та невралгії. Порушення з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) відзначені в 11 (7,9%) пацієнтів, серцево-судинної системи (ССС) — у 6 (4,3%), підвищення тем-

ператури тіла — у 3 (2,1%), рівня глюкози крові — у 12 (8,6%), розлади психіки — у 5 (3,6%) (табл. 4).

Таблиця 4

Функціональні порушення з боку різних органів і систем у потерпілих з поєднаними множинними ушкодженнями кісток лицьового скелета

Вік хворих, років	Гемо-синусит	Неврит, невралгія	Зміни вмісту глюкози крові	Порушення з боку ШКТ	Порушення з боку ССС	Розлади психіки	Підвищення температури тіла
20-29	27	17	4	3	2	3	2
30-39	13	27	2	3	1	1	—
40-49	10	6	4	2	2	—	1
50-59	5	5	2	1	1	1	—
60 і старше	2	2	—	2	—	—	—
Усього	57 (40,7%)	57 (40,7%)	12 (8,6%)	11 (7,9%)	6 (4,3%)	5 (3,6%)	3 (2,1%)

Пацієнтів госпіталізували як за екстремними показаннями, так і в плановому порядку. Строки госпіталізації залежали від характеру, тяжкості та обсягу ушкодження мозкового та лицьового черепа та інших поєднаних уражень. 40 (28,6%) потерпілих були госпіталізовані на 1–3 добу після травми, 19 (13,6%) — на 4–8 добу, 11 (7,9%) — на 9–11 добу. 70 (50%) пацієнтів були госпіталізовані в строки від 12 і більше (до 120) діб після травми.

Такі різні строки госпіталізації потерпілих у клініку щелепно-лицьової хірургії були зумовлені додатковими домінуючими ушкодженнями. За наявності небезпечних для життя пошкоджень внутрішніх органів, відкритих переломів опорно-рухового апарату, тяжкої черепно-мозкової травми хворих госпіталізували до відділення інтенсивної терапії або спеціалізованого профільного відділення політравми.

Найбільш частою причиною травматизму була вулично-побутова травма — у 69 (49,28%) хворих, ДТП — у 62 (44,28%), виробнича травма — у 9 (6,43%). Варто відзначити, що особи віком 20–29, 30–39 років і старше 60 років зазвичай зазнавали пошкоджень у результаті вулично-побутової травми, а потерпілі віком 15–19 і 40–49 років — унаслідок ДТП.

Аналіз травматизму в залежності від типу місцевості, в якій мешкали потерпілі, свідчить про те, що населення міста більш схильне до травматизму, ніж жителі села (79, або 56,4%) і 61 (43,6%) випадок відповідно), проте в осіб віком 20-29 років ці показники майже однакові.

Перед початком лікарських маніпуляцій потерпілим і їх родичам у доступній формі пояснювали основні принципи хірургічних, ортопедичних методик і принцип апаратурно-хірургічного методу лікування. Тільки після вибору пацієнтом або його родичам певного варіанта лікування та абсолютної згоди на застосування одного з передбачуваних методів проводили всі необхідні лікувальні заходи.

За принципом лікування пацієнти були розподілені на дві групи. У 16 (11%) пацієнтів групи порівняння використовували традиційні методики: у 4 (25%) — фіксацію верхньої щелепи по Фальтін-Адамсу, в 1 (6,3%) — по Куфнеру, у 2 (12,5%) — фіксацію перелому за допомогою шин Васильєва (однобічні ПВЩ на нижньому рівні), у 3 (18,6%) — фіксацію верхньої щелепи за допомогою шин Васильєва і підборідно-тім'яної пов'язки, у 3 (18,6%) — шляхом остеосинтезу (міні-пластини, шурупи), у 3 (18,6%) хворих фіксацію верхньої щелепи не виконували. В основній групі (124, або 89%) пацієнтів лікували апаратурно-хірургічним методом із застосуванням КДАП (рис. 1) в різній послідовності та комбінації, що залежали від клінічної картини та показань у кожному конкретному випадку.

Крім звичайного обстеження, хворим виконували лабораторні дослідження: загальні аналізи крові і сечі, біохімічні аналізи крові (рівень глюкози крові, загальний білок, білірубін, креатинфосфокіназа (КФК), АЛТ, АСТ, проводили електрокардіографію. Рентгенологічне дослідження КЛС виконували у прямій і бічній проекціях, за необхідності — рентгенографію вилиць у напіваксіальній проекції, кісток носа, орбіт, нижньої щелепи, ортопантомограму, а також комп'ютерне томографічне обстеження (КТ). Дослідження проводили під час госпіталізації і після закінчення лікування, а також за показаннями під час виконання лікувальних маніпуляцій. За необхідності хворих консультували фахівці інших спеціальностей (терапевт, хірург, нейрохірург, травматолог, невропатолог, офтальмолог, отоларинголог та інші). На підставі отриманих даних складали план подальшого лікування пацієнта.

У передопераційному періоді пацієнтам з адекватною поведінкою пояснювали значення та загальні принципи дії КДАП, виз-

начали строки фіксації, послідовність застосування хірургічного й ортопедичного методів лікування, звертали увагу на максимально досяжні косметичні та функціональні результати у кожному конкретному випадку. У хворих з вторинною або посттравматичною адентією верхньої щелепи виготовляли протези, що знімалися. При великих за обсягом ушкодженнях для складання плану лікування та з метою відтворення рис обличчя у потерпілих брали фото, зроблені до травми, що дозволяло визначити індивідуальні конституціональні особливості.

Результати дослідження та їх обговорення

У більшості хворих безпосередньо після травми та в першу добу після травми відзначали відхилення рівня КФК і амілази від норми впродовж усього періоду лікування. Враховуючи варіанти та методи фіксації відламків верхньої щелепи та інших кісток лицьового скелета, можна думати про недостатньо повне зіставлення та фіксацію кісткових фрагментів, що спричиняє уповільнення процесів регенерації. Рівень глюкози крові коливався; відзначали тенденцію до його нормалізації в процесі лікування, проте він залишався підвищеним навіть на момент виписки пацієнтів зі стаціонару.

У потерпілих з переломами верхньої щелепи із зсувом, що супроводжувався ПВ, ПВД, переломом решітчастої, основної та скроневої кісток, нижньої щелепи, кісток носа, яких лікували традиційним способом, до моменту виписки зберігалася залишкова деформація. Вона проявлялася енофтальмом, диплопією, птозом, порушенням слезного відтоку, травматичним епікантусом і несправжнім гіпертелоризмом, сплюсненням середньої зони обличчя, западанням кореня носа, викривленням його перетинки, дакріоциститом, порушенням прикусу, больової, температурної та тактильної чутливості шкіри обличчя, змінами біохімічних показників крові. У 2 (13,3%) хворих виникали епілептичні напади, яких, за даними анамнезу, до травми не було.

Висновки

У статті наведено узагальнення досвіду лікування хворих з травмою щелепно-лицьової ділянки.

У 49,28% потерпілих причиною множинних і поєднаних переломів кісток лицьового скелета була вулично-побутова травма, у

44,28% — дорожно-транспортна пригода. Перелом верхньої щелепи виявлений у всіх потерпілих, переломи вилиці та дуги вилиці — у 72,9%, кісток носа — у 58,6%, нижньої щелепи — у 31,4%, кісток орбіти — у 30,7%, ушкодження м'яких тканин обличчя — у 34,3%.

Література

1. Панченко В.Н. Устранение травматических повреждений костей лицевого скелета новым аппаратным методом / В.Н.Панченко // 36. наук. праць співробітників НМАПО ім. П.Л.Шупика. — К., 2007. — Вип. 16, кн. 4. — С. 289-299.
2. Куцевляк В.И. Характеристика переломов верхней челюсти с сочетанными повреждениями костей лицевого отдела черепа / В.И.Куцевляк, В.Н.Панченко // Лікарська справа. — 2010. — №1-2. — С. 111-114.
3. Куцевляк В.И. Анатомическая классификация повреждений костей лицевого скелета / В.И.Куцевляк, В.Н.Панченко // Вісник стоматології. — 2010. — №4. — С. 95-98.
4. Панченко В.Н. Компрессионно-дистракционный аппарат для лечения переломов костей лицевого скелета / В.Н.Панченко // Стоматолог. — 1998. — №7. — С. 16-17.
5. Панченко В.Н. Компрессионно-дистракционный аппарат для лечения переломов костей лицевого скелета / В.Н.Панченко // Вісник стоматології. — 2000. — №3. — С. 62-63.

А.Г.Крячко. Анализ лечения больных с переломами костей лицевого скелета. Симферополь, Украина.

Ключевые слова: лицевой скелет, сочетанные, множественные повреждения, хирургический метод лечения.

В статье рассматривается вопрос анализа лечения больных с множественными и сочетанными повреждениями костей лицевого скелета хирургическим методом. Исследование основано на результатах диагностики, изучения клинического течения травмы и лечения 140 пациентов с сочетанными и множественными повреждениями костей лицевого скелета; 70% пострадавших — лица молодого возраста (от 19 до 39 лет). У 49,28% пострадавших причиной множественных и сочетанных повреждений костей лицевого скелета была улично-бытовая травма, у 44,28% — дорожно-транспортное происшествие. Перелом нижней челюсти выявлен у всех пациентов, перелом скуловой кости и дуги — у 72,9%, костей носа — у 58,6%, нижней челюсти — у 31,4%, костей орбиты — у 30,7%, повреждения мягких тканей лица — у 34,3%.

A.G.Kryachko. Facial skeleton bones fractures treatment analysis. Simferopol, Ukraine.

Key words: facial skeleton, plural and combined damages, surgical method of treatment.

The article is to cover the questions of patients' plural and combined damages of facial skeleton bones (FSB) treatment efficiency and quality improvement while using apparatus-surgical method. The investigation is based on the results of diagnostics, study of trauma flow and treatment of 140 patients with plural combined damages of FSB. In 49,28% cases plural and combined FSB damages occurred under street-domestic traumatic factors, in 44.28% — in road accident. Upper jaw fracture was detected at all patients, damage of cheek-bone and its arc — in 72,9%, bones of nose — in 58,6%, lower jaw — in 31,4%, bones of orbit — in 30,7%, damage of face soft tissues — in 34,3%.