

Нажмиддинов Б.Б.

Кафедра детская стоматология

Андижанский государственный медицинский институт

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ С УЧЕТОМ
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ**

Резюме: Комбинированные травмы включают и взаимно усугубляют последствия каждой травмы в их составе. Как правило, в случае комбинированной травмы одна из травм преобладает по тяжести. Обилие травм и в то же время провоцируют особую реакцию организма, которая характеризуется тяжестью травм и высоким уровнем смертности. Существует недостаточно общепринятых травматологических принципов и подходов к лечению сочетанной травмы. Изолируется только один сегмент, ограниченный локальной болью в области повреждения, потери (или ухудшения) одной области.

Практически невозможно ограничить пациента, оставив возможность заниматься домашними делами. Комбинированная травма вызывает травматическую болезнь - общую тяжелую и быстро развивающуюся реакцию организма. Самостоятельных сил организма недостаточно для выздоровления и исцеления. Часто даже масштабные терапевтические мероприятия не дают желаемого эффекта.

Данная статья посвящена различным проявлениям сочетанных травм лицевой части тела, их диагностике и лечению современными методами. особенно у пациентов с дополнительными патологиями, например, с заболеваниями печени, результаты обследований представлены у тех, кто страдает от комбинированной травмы лицевой части из-за функционального состояния этого органа.

Ключевая слова: сочетанная травма, печен, функциональная состояния, костей лица.

Nazhmiddinov B.B.

Department of Pediatric Dentistry

Andijan State Medical Institute

**THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX TREATMENT OF
COMBINED LESIONS OF THE FACIAL BONES, TAKING INTO
ACCOUNT THE FUNCTIONAL STATE OF THE LIVER**

Resume: Combined injuries include and mutually aggravate the consequences of each injury in their composition. As a rule, in the case of a combined injury, one of the injuries prevails in severity. The abundance of injuries and at the same time provoke a special reaction of the body, which is characterized by the severity of injuries and a high mortality rate. There are not enough generally accepted traumatology principles and approaches to the treatment of combined trauma. Only one segment is isolated, limited by local pain in the area of damage, loss (or deterioration) of one area.

It is almost impossible to restrict the patient, leaving the opportunity to do household chores. Combined trauma causes traumatic illness - a general severe and rapidly developing reaction of the body. Independent forces of the body are not enough for recovery and healing. Often even large-scale therapeutic measures do not give the desired effect.

This article is devoted to various manifestations of combined injuries of the facial part of the body, their diagnosis and treatment by modern methods. especially in patients with additional pathologies, for example, with liver diseases, the results of examinations are presented in those who suffer from a combined injury of the facial part due to the functional state of this organ.

Keywords: combined injury, liver, functional condition, facial bones.

Актуальность. Значение сочетанных повреждений в последние годы значительно возросло как в хирургии мирного, так и военного времени. В повседневной жизни это обусловлено возрастающей индустриализацией, способствующей увеличению тяжёлого производственного и бытового травматизма, участившимися крупными катастрофами, усугублением криминогенной обстановки[3]. При боевой травме это связано с увеличением кинетической энергии огнестрельных ранящих снарядов, возросшей мощностью взрывных устройств и повышением поражающего эффекта множественных осколочных элементов. Сочетанные повреждения в структуре тяжёлой травмы мирного времени в последние годы составляют 25–29%, а в военных условиях — 23–25%. Доминирующее место остаётся за повреждениями костного скелета[7]. Актуальность проблемы сочетанной механической травмы обусловлена ростом травматизма, который подразделяют на производственный (промышленный и сельскохозяйственный), составляющий не более 12%, и непромышленный - 80-88% (транспортный, уличный, бытовой, спортивный и детский).

Сочетанные повреждения — это одновременное повреждение тканей или органов нескольких анатомических областей тела одним поражающим фактором. К сочетанным повреждениям челюстно-лицевой области относится травма мягких тканей или костей лица, сочетающаяся с черепно-мозговой травмой или повреждением мягких тканей и скелета других областей тела[1].

Эта травма является наиболее тяжелой. При ней увеличивается частота переломов верхней челюсти. У пострадавших с сочетанными повреждениями трудно (или невозможно) выяснить жалобы, собрать анамнез. Несмотря на это, объективное обследование челюстно-лицевой области должно быть тщательным[6]. Хотя челюстно-лицевая травма при сочетанных повреждениях не является доминирующей, она оказывает

значительное влияние на их течение и исход. Повреждения челюстно-лицевой области чаще других обуславливают нарушение проходимости верхних дыхательных путей, развитие аспирационной пневмонии вследствие попадания в трахею и бронхи крови, осколков кости и зубов[4]. Эта опасность увеличивается при потере сознания, угнетении защитных рефлексов. Поэтому в обследовании и лечении этих больных должен участвовать не только хирург-стоматолог, но и нейрохирург, отоларинголог, окулист, невропатолог, хирург-травматолог[2].

У больных с переломами челюстей резко снижается содержание белка и витаминов в организме, нарушено питание, что также сказывается на клиническом проявлении сочетанных повреждений. У них часто встречаются септические осложнения, причина которых — одонтогенные очаги инфекции[5]. При сочетанных переломах челюстей нередко развивается травматический остеомиелит, неправильно консолидируются отломки, формируются ложные суставы, возникают стойкие деформации лицевого скелета при несвоевременном оказании специализированной помощи хирургом-стоматологом[6].

При сочетанной черепно-мозговой травме (СЧМТ) наряду с повреждением костей лица отмечаются перелом костей мозгового черепа и травма головного мозга различной степени тяжести. Возможна также закрытая черепно-мозговая травма (ЧМТ) в сочетании с переломами костей лицевого скелета[1]. Частота черепно-лицевых повреждений достигает 6,3—7,5 %. Связано это не только с их анатомической близостью, но и с тем, что некоторые кости лицевого скелета принимают участие в образовании основания черепа. СЧМТ более чем в 30 % наблюдений сопровождается шоком. Эректильная фаза его удлинена во времени и может протекать на фоне нарушения сознания, сопровождаться брадикардией, нарушением внешнего дыхания, гипертермией, менингеальной симптоматикой, очаговыми неврологическими

нарушениями[3]. Отломленный фрагмент костей лица (верхняя челюсть, скуловая кость) часто выходит за пределы своих анатомических границ и нередко включает в себя кости основания черепа. Известно, что переднюю черепную ямку образуют глазничная поверхность лобной кости, решетчатая, клиновидная (малые крылья и часть ее тела) кости. В границах этих костей проходит линия перелома верхней челюсти по Лефор I, Лефор II. Перелом основания черепа в передней черепной ямке возможен при переломе костей носа[6]. Средняя черепная ямка образована передней поверхностью пирамиды и чешуей височной кости, телом и большим крылом клиновидной кости. При переломе верхней челюсти (чаще по Лефор I) линия перелома проходит по этим костям. Переломы верхней челюсти могут сопровождаться сотрясением, ушибом головного мозга, образованием интракраниальных гематом. Сочетанную травму нельзя рассматривать как простую сумму травматических повреждений двух и более анатомических областей[5]. Сочетанная травма даже при относительно нетяжелых повреждениях каждого из заинтересованных органов является тяжелой по общей реакции организма. Повреждение мозга обуславливает нарушение всех видов обмена, а травма грудной клетки, живота, костей конечностей или лица усиливает такие изменения и создает предпосылки для угнетения деятельности мозга[2]. Известно, что саморегуляция кровообращения головного мозга с функциональными и морфологическими изменениями в нем отмечается при снижении систолического артериального давления ниже 70—60 мм рт.ст.

Цель исследования. Целью исследования является оценка и обобщение всей имеющейся информации об организации медицинской помощи при множественной и сочетанной травме с целью разработки рекомендаций по диагностике и лечению пациентов с сочетанной травмой лицевой части и ее получению с учетом функционального состояния печени.

Материалы и методы исследования. На основе обзора и анализа опубликованных данных о современных методах диагностики и лечения большого количества сочетанных поражений (политравм) с оценкой функционального состояния печени. Представленный проект клинических рекомендаций был подготовлен на основе опыта наблюдений за 80 пациентами.

Результаты исследования. Тактика хирургического лечения, основанная на субъективной оценке тяжести повреждений лицевой части с учетом функционального состояния печени, приводит к потере оптимальной продолжительности остеосинтеза из-за развития осложнений, которые значительно усугубляют состояние пострадавших и оставляют сроки этого хирургического вмешательства на неопределенный срок.

В результате средняя продолжительность остеосинтеза составила 8,2 + 0,7 дня. Осложнения при такой тактике лечения составили 30,53%, а летальность - 6,4%. Травмы лицевой части с учетом функционального состояния печени, частоты осложнений, характера смерти и травматической болезни зависят от общей тяжести травм.

В группе тяжелораненых заболеваемость пневмонией достигла от 4,3% до 13,4%, а в группе тяжелораненых - 57,1%. С увеличением тяжести травм отмечалось значительное увеличение частоты гнойно-инфекционных осложнений. Летальность не наблюдалась среди пострадавших с общим весом до 5,9 балла, смертность у пострадавших с общим весом травм от 6,0 до 12,0 баллов достигла 6,4%.

При этом виде травмы наилучшие результаты лечения при комбинированной травме лицом к лицу достигаются при определении показателей хирургической фиксации трещин путем оценки тяжести состояния пострадавших по шкалам "vpx-SP" и "VPX-SG".

При этом компенсированное состояние является оптимальным и оценивается по шкале "VPX-SP" от 12 до 20 баллов, а по шкале "VPX-SG"

- в диапазоне 16-32 баллов. В субкомпенсированном состоянии (21-31 балл по шкале "VPX-SP" и 33-40 баллов по шкале "VPX—SG") необходима подготовка к предоперационной реанимации и послеоперационной интенсивной терапии.

Декомпенсированное состояние пострадавших (более 31 балла по шкале "VPX-SP" и более 40 баллов по шкале "VPX—SG") является показанием против проведения отсроченных и плановых оперативных вмешательств; в этих случаях фиксация трещин проводится в случаях жизненно важная и крайняя необходимость. срочные инструкции. Остеосинтез является надежным методом лечения сочетанной травмы лица, устраняющим источник эндотоксикоза, вызванного гнойно-воспалительными осложнениями.

Стабильный остеосинтез, сокращающий период посттравматического стресса, служит мощным адаптогенным фактором, способствует выделению в кровь биологически активных веществ, последующему очищению очага поражения с их выведением, а стабильная фиксация костных отломков исключает травмирование ими окружающих тканей и приводит к образованию эндотоксинов.

Осуществление остеосинтеза в течение 24-72 часов после травмы способствует более быстрой нормализации биохимических показателей и переходу пораженного организма в стадию длительной адаптации.

Дополнительный очаговый остеосинтез является наименее травматичной операцией и практически не вызывает дополнительного послеоперационного стресса. Применение хирургической тактики, основанной на объективной оценке тяжести травмы, позволяет снизить смертность на 2,37%, осложнения в 2 раза, пневмонию в 2 раза и гнойно-воспалительные осложнения в 3,4 раза, сократить койко-день и продолжительность жизни. отделение интенсивной терапии - 2 раза.

Вывод. Клинические рекомендации предназначены для использования в работе руководителей органов здравоохранения Республики Узбекистан при подготовке нормативных актов, главных врачей медицинских учреждений, травматологических пунктов (отделений), ортопедов-травматологов, хирургов, нейрохирургов, других хирургических специалистов, реаниматологов, анестезиологов и т. д. для оценки функционального состояния печени у лиц, страдающих различными травмами лицевой части, подлежащих лечению при политравмах, а также для использования в учебном процессе. Ключевые слова: политравма; множественная, сочетанная травма; травматическая болезнь; Организация медицинской помощи; протоколы лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гуманенко Е.К. Политравма и травматическая болезнь: клинические аспекты проблемы // Политравма: травматическая болезнь, дисфункция иммунной системы, современная стратегия лечения / под ред. Е.К. Гуманенко и В.К. Козлова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 105-150.

2. Гуманенко Е.К., Лебедев В.Ф. Общая стратегия оказания медицинской помощи пострадавшим и новые технологии в лечении политравм // Политравма: травматическая болезнь, дисфункция иммунной системы, современная стратегия лечения / под ред. Е.К. Гуманенко и В.К. Козлова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 313-408.

3. Гуманенко Е.К., Бояринцев В.В., Суворов В.В., Супрун Т.Ю. Объективная оценка тяжести боевой хирургической травмы // Военно-полевая хирургия локальных войн и вооружённых конфликтов : руководство для врачей / под ред. Е.К. Гуманенко и И.М. Самохвалова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 91-117.

4. Хромов А.А. Раннее функциональное лечение пострадавших с переломами костей таза и нижних конечностей при тяжёлых

множественных повреждениях // *Фундаментальные исследования*. – 2015. - № 1. – С. 1466-1471.

5. Le Gall J., Lemeshow S., Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European. North American multicenter study // *JAMA*. – 1993. - Vol. 270, N 12. – P. 2957-2963.

6. Vincent J.-L., Moreno R., Takala J., Willats S. The SOFA (sepsis-relate organ failure assessment) score to describe organ dysfunction/failure // *Intensive Care Med*. – 1996. – N 22, № 7. – P. 707-710.

7. Marshall J.C., Cook D.J., Cristou N. Multiple organ dysfunction score: A reliable descriptor of a complex clinical outcome // *Crit. Care Med*. – 1995. – Vol. 23, N 10. – P. 1638-1652.