

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 617.51/52-001-036.2

С. М. Карпов, Д. Ю. Христоворандо, П. П. Шевченко, Е. М. Шарипов, Ф. А. Абидокова

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЫ НА ПРИМЕРЕ Г. СТАВРОПОЛЯ

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, отделение челюстно-лицевой хирургии МУЗ ГКБ, Ставропольская государственная медицинская академия, (355024, г. Ставрополь, ул. Мира, д. 310)

*Диагностика и лечение травм челюстно-лицевой области в сочетании с черепно-мозговой травмой остаются актуальными. Было проанализировано 2604 истории болезни отделения челюстно-лицевой хирургии больницы в Ставрополе за 5 лет с целью изучения черепно-челюстно-лицевой травмы в структуре травм челюстно-лицевой области. Отмечено, что наибольший процент травм приходится на лиц молодого, трудоспособного возраста. Челюстно-лицевые повреждения часто сочетаются с повреждениями головного мозга и могут маскировать проявления черепно-мозговой травмы, что требует специализированного неврологического лечения.*

Ключевые слова: челюстно-лицевая травма, черепно-мозговая травма

## EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF THE MAXILLOFACIAL INJURY EXEMPLIFIED BY THE SITUATION IN THE CITY OF STAVROPOL

Karpov S.M., Khristoforando D.Yu., Shevchenko P.P., Sharipov E.M., Abidokova F.A.

*Diagnostics and treatment of combined maxillofacial and craniocerebral injuries remain the challenging problems in the modern stomatological practice. We have analysed 2,604 case histories accumulated at the Department of Maxillofacial Surgery of a Stavropol hospital during 5 years in order to estimate the proportion of craniomaxillofacial injuries among the totality of maxillofacial traumas. It was shown that most such injuries are diagnosed in young able-bodied subjects. Maxillofacial injuries frequently occur in conjunction with brain damage and tend to mask clinical manifestations of craniocerebral trauma. Such cases require specialized neurological treatment.*

Key words: maxillofacial injury, craniocerebral trauma

Распространенность челюстно-лицевых травм (ЧЛТ) за последнее десятилетие значительно возросла в крупных промышленных городах во всех странах мира [1, 2]. Диагностика и лечение травм челюстно-лицевой области и головного мозга остается актуальной проблемой экстренной медицины [2, 4, 7, 9]. Частота сочетания черепно-мозговой травмы (ЧМТ) с повреждением костей лица составляет около 6–7% от всех видов травм, среди которых наиболее частыми и тяжелыми являются лобно-лицевые травмы, и обусловлена анатомической близостью мозгового и лицевого черепа. Челюстно-лицевые повреждения с различными травмами головного мозга часто могут маскировать проявления ЧМТ [3, 6, 8, 10]. Осложнения, которые возникают после нейротравмы, могут приводить к стойкой утрате трудоспособности. В связи с этим была поставлена задача оценить эпидемиологические аспекты ЧЛТ на примере промышленного города Ставрополя.

## Материалы и методы

В основу настоящей работы положен анализ 2604 историй болезней пострадавших с переломами костей лицевого скелета, проходивших лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии МУЗ ГКБ СМП Ставрополя в период с 2005 по 2009 г.

## Результаты и обсуждение

Возрастной состав больных, перенесших ЧЛТ, был следующим: до 20 лет – 15,3%, 21–30 лет – 34,9%, 31–40 лет – 22,2%, 41–50 лет – 17,7%, старше 50 лет – 9,9%. Анализ

первичного материала показал, что наибольший процент ЧЛТ приходится на лиц молодого трудоспособного возраста (до 40 лет) с преобладанием мужского населения (82,8%). В 345 (13,2%) случаях была диагностирована сочетанная черепно-челюстно-лицевая травма (ЧЧЛТ), которая наносит наибольший ущерб. ЧЧЛТ в 89,3% случаев имели непродолжительный характер. Бытовой характер травм был отмечен у 63,7% пострадавших. В 38,1% случаев больные поступили в стационар в состоянии алкогольного опьянения.

Пострадавшие с ЧЛТ поступали в отделение челюстно-лицевой хирургии в различные сроки: в 1-е сутки 54,4%, на 2-е – 13,9%, 3-и – 8,3%, 4–5-е – 8%, 6–7-е – 5,9%, в более поздние сроки – 9,5% больных. Следует отметить, что 52 (15,1%) пациента были переведены из районных больниц края в сроки от нескольких дней до 2 нед после травмы. Анализ диагнозов из направлений больных показал, что при первичном осмотре диагноз ЧМТ не был поставлен 67,2% пострадавших.

Частота повреждений головного мозга во многом зависит от локализации и вида переломов костей лицевого скелета. В большинстве случаев (78,5%) переломы верхней челюсти сопровождались открытой ЧМТ. Травмы других локализаций сочетались с закрытой ЧМТ: множественные переломы костей лицевого скелета у 66,7% пациентов, изолированные переломы костей носа – у 48,4%, скуловой кости – у 12,3% и нижней челюсти – у 3,4%. ЧМТ была различима по степени тяжести. Так, у 293 (11,3%) больных выявлено сотрясение головного мозга, у 52 (1,9%) – ушиб легкой степени.

Все повреждения костей лицевого скелета были разделены на группы по локализации травмы. Так, перелом нижней челюсти был отмечен в 1837 (70,5%) случаях, реже – множественные переломы костей лицевого скелета – 38 (1,5%) случаев переломы костей носа были выявлены в 97 (3,7%)

случаях, скуловой кости – в 395 (15,2%) случаях, верхней челюсти – в 40 (1,5%) случаях. Особую группу составили больные с повреждением мягких тканей лица – 277 (10,6%) случаев. Ее специфика, на наш взгляд, заключается в опасности заниженной оценки тяжести травмы, что может приводить к ошибкам в тактике ведения больного.

Клиническая картина сочетанной ЧЛТ складывалась из комплекса симптомов, характерных для переломов костей лица, и неврологических проявлений, обусловленных ЧМТ, а также общемозговой и очаговой симптоматики.

При поступлении в клинику больные чаще всего жаловались на боли в области переломов, затруднение и боли при приеме пищи, реже – на головную боль и головокружение. При целенаправленном выяснении анамнеза травмы и жалоб пострадавших установили, что потеря сознания наблюдалась у всех больных с ушибом и у 75,7% больных с сотрясением головного мозга (СГМ). Из общемозговых симптомов при ЧМТ чаще всего наблюдали головную боль (32,1%), намного реже – головокружение (38,9%), тошноту (30%) и рвоту (26,1%).

У больных с ушибом головного мозга при неврологическом обследовании выявлялась очаговая симптоматика: анирефлексия (75%), симптом Бабинского (43,2%), ригидность затылочных мышц (50%), симптом Кернига (33%), глазодвигательные нарушения (36,4%), анизокория (25%). В 12% случаев была выявлена невралгия VII и XII пар черепных нервов по центральному типу. У больных с СГМ объективные неврологические симптомы наблюдались значительно реже и преобладали в большинстве случаев в 1-е сутки после травмы. Такая стертая, слабовыраженная неврологическая симптоматика создает большие трудности в диагностике ЧМТ и требует применения дополнительных методов исследования.

Электроэнцефалографические исследования – наиболее доступный метод в оценке функционального состояния ЦНС [1, 5]. Проведенные у 56 больных исследования показали, что при легкой ЧМТ на электроэнцефалограмме отсутствовали грубые изменения. Нейрофизиологическая картина проявлялась дезорганизацией альфа-ритма, его низкой амплитудой, нерегулярностью, дезорганизацией при проведении функциональных проб, межполушарной асимметрией. Было отмечено, что при переломах костей лицевого скелета с вовлечением ветвей тройничного нерва нарушаются процессы адаптационной деятельности нервной системы с изменением биоэлектрической активности головного мозга.

Наиболее доступным и информативным методом определения тяжести ЧМТ является компьютерная томография головного мозга. Из 19 обследованных больных с различной степенью тяжести сочетанной ЧЛТ в 12 (63,2%) случаях были выявлены контузионные очаги различной локализации, в 5 (36,8%) случаях – расширение желудочковой системы и асимметрия боковых желудочков.

При люмбальной пункции у 95 больных в 64 (67,4%) случаях обнаружена ксантохромия в ликворном содержимом, что несомненно переносило травму в разряд более тяжелых.

Специализированная помощь была оказана в разные сроки. Так, репозиция и фиксация отломков костей произведена в 1–2-е сутки после травмы у 68,3% больных, на 3–4-е сутки – у 13,3%, на 5–6-е – у 5,7% и в более поздние сроки – у 11,7%. Лечение травм лицевого скелета начинали сразу или в первые часы после поступления пострадавших в клинику. При тяжелой травме, сопровождающейся шоком, вмешатель-

ства проводились на фоне противошоковой терапии.

Ортопедические методы фиксации челюстей применены у 54,8% больных, хирургические – у 5,4%, ортопедические в комбинации с хирургическими – у 10,4%. Репозиция костей носа произведена у 18,6% больных, скуловой кости – у 6%, одновременная репозиция переломов челюстей, носа и скуловой кости – у 4,8%.

Из ортопедических методов фиксации челюстей в период с 2005 по 2009 г. (1837 больных) чаще применяли двухчелюстные проволочные шины – у 200 (10,9%) больных, редко – лабораторные шины в основном для фиксации верхней челюсти. Из оперативных методов лечения использовали остеосинтез швом – в 66 (3,6%) случаях, остеосинтез спицей и костным полушвом одновременной – в 62 (3,1%) случаях, спицей Киришнера – у 39 (2,1%) больных, минипластинами – у 48 (2,6%) больных. В 35 (1,9%) случаях прибегали к фронтомаксиллярному остеосинтезу верхней челюсти по Черинятиной и Свистунову и репозиции скуловой кости и дуги в 303 (16,5%) случаях. Шинирование производили под проводниковой анестезией, при остеосинтезе применяли общее обезболивание.

### Заключение

Количество ЧЛТ в Ставропольском крае на современном этапе имеет тенденцию к росту, что приводит к тяжелым последствиям и представляет серьезную социальную проблему. Челюстно-лицевые повреждения часто сочетаются с повреждениями головного мозга, которые могут маскировать проявления нейротравмы. В диагностическом плане все больные с ЧЛТ требуют особенно тщательного и всестороннего обследования. Мы считаем, что для успешной терапии пострадавших с ЧЛТ и сокращения сроков временной нетрудоспособности всем больным необходимо специализированное неврологическое лечение.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вафина И. И., Фаизов Т. Т., Галиуллин А. Н. // Рос. стоматол. журн. – 2004. – № 1. – С. 41–43.
2. Власов А. М. Диагностика и лечение сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травмы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005.
3. Загубелюк Н. К. // Диагностика и современные методы лечения больных с переломами челюстей и воспалительными процессами челюстно-лицевой области. – М., 1973. – С. 49–59.
4. Кабаков Б. Д., Мальшев В. А. Переломы челюстей. – М., 1981.
5. Карпов С. М. Нейрофизиологические аспекты детской черепно-мозговой травмы. – Ставрополь, 2010.
6. Легздина И. // Актуальные вопросы теоретической и клинической медицины. – Рига, 1983. – С. 117–118.
7. Лурье Т. М. // Актуальные вопросы реабилитации стоматологии: Труды ЦНИИС. – М., 1986. – Т. 16. – С. 3–5.
8. Науменко В. Г., Греков В. В. // Судебная стоматология. – М., 1975. – Вып. 2. – С. 75–80.
9. Осиян Э. М. Лечение переломов нижней челюсти методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза в комплексе с иммунотерапией. – Ставрополь, 1999.
10. Травмы челюстно-лицевой области / Под ред. Н. М. Александрова. – М., 1986.

Поступила 26.07.11