

ИННОВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ-АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Ш.А. БОЙМУРАДОВ¹, Р.А. ЯНГИЕВ², Д.Д. ИБРАГИМОВ³

1-Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

2-Республиканский научный Центр экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Ташкент

3-Самаркандский филиал Ташкентского государственного стоматологического института, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КРАНИОФАЦИАЛ-АБДОМИНАЛ ЖАРОҲАТЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ ИННОВАЦИОН АСПЕКТЛАРИ

Ш.А. БОЙМУРАДОВ¹, Р.А. ЯНГИЕВ², Д.Д. ИБРАГИМОВ³

1-Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

2-Республика шошилинч тез тиббий ёрдам илмий Маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

3-Тошкент Давлат стоматология институти Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

INNOVATIVE ASPECTS OF THE TREATMENT OF CRANIOFACIAL CO-ABDOMINAL INJURY

Sh.A. BOYMURADOV¹, R.A. YANGIEV², D.D. IBRAGIMOV³

1-Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

2-Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid, Republic of Uzbekistan, Tashkent

3-Samarkand branch of the Tashkent State Institute of Dentistry, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Аралаш краниофациал-абдоминал жароҳатлар (АКФАЖ) жароҳатларни оғир тури ҳисобланиб ўзининг ҳозирда тарқалиши даражаси даволашда катта фоизли қоникарсиз натижалари борлиги билан ижтимоий аҳамият касб этади. Жароҳатдан сўнг шошилинч мурожаат этган АКФАЖ олган 63 нафар бемор текширилди. Беморларни умумий ҳолатини оғирлигига қараб 2 та гуруҳга бўлинди. Биз тамондан ўтказилган текширувлар шуни кўрсатдики 52% ҳушида булган, 48% беморларда сопороз, кома ва чуқур ҳушсизлик кўринишида ҳушни бузулиши кузатилган. 48% беморлардан 23% да ҳушсиз ҳолатда диагностика лапароскопия ўтказилган. Шулардан 15% да паренхиматоз аъзоларида зарарланиш (жигар, талоқ, буйрак ёрилиши) кузатилган. АКФАЖ бор бўлган беморларни оптимал скрининг усуллари бу қорин бўшлиғини УТТ ва МРТ текшируви ҳисобланади.

Калит сўзлар: аралаш краниофациал-абдоминал жароҳатлар, калла-юз ва ички аъзолар жароҳати, лапаротомия, ультратовуш текшируви, магнит-резонанс томографияси.

Combined Craniofacial-abdominal injury (CCFAI) is one of the most difficult types of injuries and has great social importance, both because of its prevalence, and a large percentage of poor outcomes. We examined 63 patients with CCFAI admitted on an emergency basis after the injury. Depending on the severity of the general condition of the patients were divided into two groups. According to survey thus, 52% of patients with CCFAI were conscious, in 48% of patients have noted a violation of consciousness in the form of sopor, coma, and stunning. Of the 48% of patients in an unconscious state, 23% were performed diagnostic laparoscopy. At the same time 15% of the observed damage of parenchymal organs (rupture of the liver, spleen, kidneys). The optimal method of screening patients with CCFAI is ultrasound and MRI of the abdomen.

Key words: associated injuries, combined craniofacial-abdominal injury, damage craniofacial skeleton and internal organs, laparotomy, ultrasonography, magnetic resonance imaging.

Актуальность исследования. В последние годы отмечается неуклонный рост числа сочетанных травм (СТ), которые являются ведущей причиной смерти, а также временной и стойкой нетрудоспособности у лиц моложе 40 лет [2,6,7,10,12].

СТ характеризуется одновременным повреждением нескольких анатомических областей, она наблюдается у 50-70% пострадавших с тяжелыми механическими повреждениями и летальность при этом достигает до 85% [1,3,5,7,11].

Сочетанная краниофациальная-абдоминальная травма (СКФАТ) является одной из наиболее сложных видов травм и имеет огромное социальное значение, как в силу своей распространенности, так и большого процента неудовлетворительных результатов лечения. Среди СТ СКФАТ составляют от 2,9% до 42,6%. Летальность при СКФАТ достигает 76,2% [2-10].

В отличие от изолированных повреждений диагностика СКФАТ весьма затруднительна. Сложности клинической диагностики СКФАТ следующие: большинство больных находятся в состоянии травматического шока, зачастую в бессознательном, а иногда в терминальном состоянии; одновременное повреждение нескольких анатомических областей затрудняет постановку четкой клинической картины. В лечебных учреждениях частота диагностических ошибок высока и колеблется от 20 до 45%, а при СКФАТ увеличивается до 73,1% [1-6,12]. При этом количество неоправданных лапаротомий возрастает от 50 до 80%, [1,7-10].

В последние десятилетия появилась тенденция консервативного ведения травмы паренхиматозных органов [9-11]. Так, согласно Американской Ассоциации Хирургии Травмы (AAST), все повреждения 1-2 степени (для кишечника - 1 степени) жизни больного не угрожают и могут лечиться консервативно, в то

время как травма 3-5 степени (для кишечника -2-5 степени) представляет серьезную опасность и требует экстренного хирургического вмешательства.

Ошибки определения доминирующего повреждения часто связаны с использованием малоинформативных и недостаточно обоснованных методов исследования, что приводит к выполнению неоправданных диагностических оперативных вмешательств, а это, в свою очередь, усугубляет тяжесть состояния больных с СКФАТ [1,3,4,5,7,8,9,11,13].

Отсутствие оптимальной тактики обследования и лечения пострадавших с СКФАТ обусловило необходимость выполнения данных исследований.

Цель исследования: оптимизация хирургической лечебно-диагностической тактики у больных с СКФАТ.

Методы и материалы исследования. Нами обследованы 63 больных с СКФАТ, поступивших в экстренном порядке после травмы. Возраст больных было от 19-до 65 лет, из них мужчин составил 44, женщин 19. Всем больным оказана первая медицинская помощь в приёмном отделении, и они госпитализированы в отделение реанимации. Причиной травмы были следующие: автотравма-28, падение с высоты-18, уличная драка-7. При обследовании больных участвовали челюстно-лицевые хирурги, хирурги, травматологи, нейрохирурги, реаниматологи. При этом обращали внимание на наличие жалобы, общего состояния, сознание, частоту дыхания, артериальное давление. Оценки сознания определяли по Зильбергу. Больным проводили следующие диагностические процедуры: исследование общего, биохимического анализа крови, анализа мочи, цитологическое и биохимическое исследование лапароцентезной жидкости, изучение групповой и резус-принадлежности крови; рентгеновское исследование черепа, легких, брюшной полости, костей скелета; ультразвуковое исследование головного мозга (эхонцефалоскопия), органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства; магнитно-резонансную томогра-

фию головного и спинного мозга; диагностический лапароцентез, диагностический торакоцентез; пункцию спинномозгового пространства.

В зависимости от тяжести общего состояния больных разделили на 2 группы:

1-я группа, 33 больных без нарушения сознания;

2-я группа, 30 больных с нарушением сознания.

Как видно из таблицы, что 48% поступивших больных с СКФАТ были в бессознательном состоянии. Диагностика повреждений органов брюшной полости у больных с СКФАТ базируется на физикальных, инструментальных и лабораторных методах обследования. Нарушения сознания часто не позволяют ориентироваться на данные физикального обследования, что затрудняет своевременную диагностику внутрибрюшной катастрофы и заставляет уповать на данные дополнительных методов обследования — ультразвуковое исследование (УЗИ), диагностическую лапароскопию (ДЛС). При необходимости проводили магнитно-резонансную томографию (МРТ).

Статистическая обработка результатов исследования позволила провести анализ клинических данных с помощью стандартных методов с использованием программного обеспечения для персональных компьютеров (ПК): МО Excel и Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение.

У всех обследованных больных мы отмечали повреждения черепно-лицевого скелета и внутренних органов. У 12 (32%) больных 1 — группы отмечали ушиб головного мозга, у 21 (68%) отмечали травмы черепно-лицевого скелета и внутренних органов (перелом черепа-7, перелом верхней челюсти -5, травма мягких тканей лица-9). У больных этой группы диагностированы следующие виды травмы внутренних органов: ушиб внутренних органов-9, разрыв печени-7, разрыв селезенки-5, ушиб почек-12 (табл. 2.).

Все больные предъявляли полноценные жалобы, выявить симптоматику не представлялось трудностью.

Таблица 1.

Состояния сознания поступивших больных с СКФАТ

№	Сознание больных	Количество больных
1	Ясное	33 (52%)
2	Сопор	17 (28%)
3	Кома	5 (8%)
4	Оглушения	8 (12%)
	Итого	63 (100%)

Таблица 2.

Виды повреждения черепно-лицевого скелета и внутренних органов

№	Вид повреждения	1 группа	2 группа
1	Ушиб головного мозга и травма внутренних органов	12	19
2	Травмы черепно-лицевого скелета и внутренних органов	21	11
	Итого	33	30

У больных этой группы проводили следующие виды диагностических и лечебных мероприятий: первичную хирургическую обработку раны-12 больных, диагностическую лапароскопию-6, лапаротомию - 12 больных. Среднее количество койко-дней у больных 1-группы составило 10 дней.

100% больных 2-группы были в бессознательном состоянии, из них у 19 (72%) отмечался ушиб головного мозга разной степени, у 11 (28%) больных выявили травму черепно-лицевого скелета и внутренних органов (перелом черепа-2, перелом верхней челюсти -3, травма мягких тканей лица-6).

Следует отметить что при СКФАТ классические симптомы внутрибрюшных повреждений в значительной степени маскируются или вообще не проявляются прежде всего в результате нарушения сознания и угнетения рефлекторной деятельности за счет травмы головного мозга. Наличие у больного черепно-мозговой травмы (ЧМТ) снижает реактивность организма на внешние и внутренние раздражители, поэтому ведущие локальные симптомы повреждения внутренних органов могут быть слабо выражены или вовсе не проявляются до выхода пострадавшего из бессознательного состояния. Отсутствие реакции на болевые раздражители у больного в состоянии комы свидетельствует скорее о невосприимчивости болевых раздражителей заторможенной корой головного мозга и ни в коем случае не исключают наличия симптомов раздражения брюшины и возможное повреждение внутренних органов.

При выявлении травмы внутренних органов у больных этой группы мы применяли УЗИ, МРТ, диагностическую лапароскопию. У больных этой группы отмечены следующие виды повреждения внутренних органов: ушиб внутренних органов-11, разрыв печени-5, разрыв селезенки-4, ушиб почек-10 больных. У больных 2-группы проводили следующие виды диагностических и лечебных мероприятий: первичную хирургическую обработку раны-9 больных, диагностическую лапароскопию -12, лапаротомию- 9 больных.

Таким образом, 52 % больных с СКФАТ были в сознании, у 48% больных отмечали нарушение сознания в виде сопора, комы и оглушения. Из 48% больных в бессознательном состоянии у 23 % проводили диагностическую лапароскопию. При этом у 15% отмечали повреждения паренхиматозных органов (разрыв печени, селезенки, почки). Оптимальным методом скрининга больных с СКФАТ является УЗИ и МРТ брюшной полости.

Литература:

- 1- Абдоминальная травма / Под ред. А.С.Ермолова, М. Ш. Хубутия, М. М. Абакумова.-Москва,2010.-504с.
- 2- Боймурадов Ш.А. Сочетанная краниофациальная травма. Сборник Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы стоматологии». -Бухара, 8.11.2012.-С.25-26.
- 3- Боймурадов Ш.А. Лечение больных с сочетанной травмой костей лица.- Москва, 2014.-227с.

- 4- Боймурадов Ш.А. Инновационные методы лечения сочетанных травм костей лицевого скелета на основе алгоритмизации деятельности врача. //Биология ватиббиёт муаммолари.-2014.-№1.-С28-33.
- 5- Ситников В.Н. Диагностика и лечение повреждений живота при изолированной и сочетанной травме: автореф. дис. ... докт. мед.наук. — Ростов-на-Дону, 2006. - 42 с. Тания С. Ш. Лечение пострадавших с тяжелой сочетанной травмой: автореф. дис...докт. мед.наук.- СПб.,2015.-54с.
- 6- Чирков Ю.В. Экстренная лапароскопия в хирургической тактике при кататравме // Медицинский академический журнал. 2007. - Том 7 - № 3. Приложение № 10. - С. 255-256.
- 7- Янгиев Р. А. Комбинированный эндовизуальный способ диагностики повреждений полых органов при травмах живота // Сборник тезисов 15-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии.- Москва, 2011.-С.307-309.
- 8- Al-Salamah S.M., Mirza S.M., Ahmad S.N., Khalid K. Role of ultrasonography, computed tomography and diagnostic peritoneal lavage in abdominal blunt trauma // Saud. Med. J. 2002. - Vol. 23, № 11. - P. 1350-1355.
- 9- Catan F., Altamirano C., Salas del C., Novoa R., Castro J.P., Lagos C., Larrea V. Echography performed by surgeons in the management of patients with trauma // Rev. Med. Chil. 2002. - Vol. 130, № 8. - P. 892-896.
10. Choi Y.B., Lim K.S. Therapeutic laparoscopy for abdominal trauma // Surg. Endoscopy. 2003. - Vol. 17, № 3. - P. 421-427.
11. Ivins BJ, Schwab K, Warden D, Harvey S, Hoilien M, Powell J, et al. Traumatic brain injury in U.S. army para- troopers: prevalence and character // Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care 2003 - 55(4) - P. 617-621.

ИННОВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ-АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Ш.А. БОЙМУРАДОВ, Р.А. ЯНГИЕВ,
Д.Д. ИБРАГИМОВ

Сочетанная краниофациальная-абдоминальная травма (СКФАТ) является одной из наиболее сложных видов травм и имеет огромное социальное значение, как в силу своей распространенности, так и большого процента неудовлетворительных результатов лечения. Нами обследованы 63 больных с СКФАТ, поступивших в экстренном порядке после травмы. В зависимости от тяжести общего состояния больных разделили на 2 группы. Результате проведенного нами исследования свидетельствуют что 52 % больных с СКФАТ были в сознании, у 48% больных отмечали нарушение сознания в виде сопора, комы и оглушения. Из 48% больных в бессознательном состоянии у 23 % проводили диагностическую лапароскопию. При этом у 15% отмечали повреждения паренхиматозных органов (разрыв печени, селезенки, почки). Оптимальным методом скрининга больных с СКФАТ является УЗИ и МРТ брюшной полости.

Ключевые слова: сочетанные травмы, лапаротомия, ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография.