

ТАКТИКА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА ПРИ ТРАВМАХ ГОЛОВЫ

В. В. Иванов, Е. К. Валеев, И. А. Давудов, Г. В. Савкин,
Р. А. Нафиков, Г. И. Лившиц

*Кафедра хирургической стоматологии (зав. — проф. Л. А. Кольцова) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова,
отделение нейрохирургии (руководитель — ст. научн. сотр. Е. К. Валеев) Казанского
НИИТО*

Реферат. Репозицию и фиксацию отломков при сочетанных повреждениях области лица и головного мозга следует относить к противошоковым мероприятиям и производить, с учетом общего состояния пострадавшего, в наиболее ранние сроки.

Ключевые слова: черепно-лицевые повреждения, диагностические ошибки, лечение.

Библиография: 5 названий.

Одновременные повреждения головного мозга и челюстно-лицевой области занимают значительное место среди различных видов сочетанной черепно-мозговой травмы [4, 5]. При повреждениях челюстно-лицевой области частота сочетанной травмы головного мозга достигает 60% [1, 3]; в свою очередь травмам черепа нередко сопутствуют переломы костей лицевого скелета (по данным А. П. Фраермана и соавт., в 6,3%). Это обусловлено анатомической близостью мозгового и лицевого черепа. Изучение данной категории травмы представляет интерес и ввиду их близости к боевым [2], в связи с чем возникает ряд вопросов, касающихся особенностей диагностики, клиники и хирургической тактики при сочетанной черепно-мозговой травме.

Мы установили, что врачами недостаточно анализируются диагностические ошибки на этапах лечения; кроме того, существуют противоречивые мнения в отношении сроков оказания специализированной помощи и объема хирургического вмешательства, методов временной и постоянной иммобилизации переломов костей лицевого скелета при черепно-лицевой травме. Между тем вопросы нейрохирургического лечения черепно-мозговой травмы в специальной литературе освещены подробно по группам и по степени их тяжести.

Проанализировав истории болезни 489 больных, мы попытались выявить наиболее характерные диагностические ошибки при оказании первой помощи, дать клиническую характеристику, оттенить челюстно-лицевую травму и степень повреждения головного мозга, и определить оптимальные сроки специализированной челюстно-лицевой помощи.

Диагностические ошибки на этапах лечения черепно-лицевых травм можно подразделить на две группы.

1. Наибольшее число ошибок выявляется при сопоставлении диагнозов направления и сопроводительных листов с клиническими диагнозами в догоспитальном периоде. При повреждениях челюстно-лицевой области закрытая травма черепа не была диагностирована в 17% (когда специальные методы исследования не применялись). Эти расхождения в диагнозах обусловлены: а) недооценкой тяжести травмы, б) неполно собранным анамнезом, в) игнорированием обстоятельств получения травмы и потери сознания пострадавшим, г) недооценкой косвенных признаков повреждения головного мозга — повреждений мягких тканей челюстно-лицевой области, а у лиц, получивших травму в нетрезвом состоянии, — переоценкой явлений алкогольной интоксикации.

2. Ошибки на госпитальном этапе обусловлены недооценкой врачами приемных отделений нейрохирургических клиник возможности повреждения костей челюстно-лицевого скелета при целостности мягких тканей лица, из-за чего при поступлении больного в стационар не производят рентгенологического обследования челюстных костей в фасной и боковой проекциях, не проверяют соотношение зубных рядов, расстройства внешнего дыхания не связывают с возможным повреждением органов полости рта.

Такие ошибки возникают во многих случаях потому, что в нейрохирургических стационарах не предусмотрено штатного челюстно-лицевого хирурга. В связи с этим данная категория пострадавших получает квалифицированную и специализированную

помощь в более поздние сроки, что ведет к удлинению сроков пребывания в стационаре и увеличению числа неблагоприятных исходов. Отсутствие динамического наблюдения врачом-стоматологом за ходом лечения челюстно-лицевой травмы в нейрохирургических стационарах может привести к развитию травматического остеомиелита челюсти, который усугубляет течение травмы головного мозга.

Своевременность оказания первой медицинской помощи и способы транспортировки больных с сочетанной травмой в стационар имеют немаловажное значение для профилактики тяжелых осложнений. Однако при переломах нижней челюсти в сочетании с закрытой черепно-мозговой травмой — сотрясением головного мозга — не всегда оценивается опасность травмы: около 90% таких больных до поступления на стационарное лечение посещают травмпункты, поликлиники или обращаются самостоятельно.

Учитывая локализацию челюстно-лицевых повреждений, накладывающую свой отпечаток на клиническую картину травмы головного мозга и лечебную тактику, мы выделяем группу пострадавших с сотрясением или ушибом головного мозга легкой степени в сочетании с травмой одной кости лица или повреждением мягких тканей лица. Таких пациентов было 424. У этой категории больных неврологические симптомы характеризуются в основном головной болью, головокружением, рвотой, оглушенностью, потерей сознания длительностью от нескольких секунд до одного часа, ретроградной амнезией.

Сотрясение и ушиб головного мозга легкой степени не являются противопоказанием для оказания специализированной помощи, включая оперативное лечение, в зависимости от характера повреждения лицевого скелета. Поэтому репозицию отломков, окончательную фиксацию костей лицевого скелета и первичную хирургическую обработку ран мягких тканей лица с местной пластикой мы считаем целесообразным произвести в первые часы поступления больного на лечение. Наиболее физиологичными являются методы одночелюстной фиксации отломков челюстей. Если у этой категории больных применена межчелюстная фиксация, им целесообразно ввести (для профилактики рвоты) 1 мл 0,2% раствора платифиллина, 2,0 мл 2,5% пипольфена и 1,0 мл 0,1% раствора атропина.

Сочетание переломов двух или более костей лицевого скелета с ушибом мозга средней или тяжелой степени мы наблюдали у 65 больных. Переломы нескольких костей лица отличаются наиболее тяжелым и сложным клиническим течением. У этой категории больных были более выражены общемозговые симптомы: длительная утрата сознания (у 93,9%), головная боль (у 67,9%), тошнота (у 37%), рвота (у 8%). У 75 пострадавших было субарахноидальное кровоизлияние, из них у 8,4% на фоне потери сознания развился травматический шок. Из очаговых неврологических нарушений выявлялись поражения черепно-мозговых нервов (лицевого, глазодвигательного и отводящего), пирамидная недостаточность, поражение верхних и средних отделов ствола головного мозга.

Внечерепные повреждения челюстно-лицевой области у этой категории больных сами по себе не опасны для жизни, однако при поздней диагностике на фоне тяжелой черепно-мозговой травмы и несвоевременной репозиции отломков и их фиксации они могут быть причиной длительной нетрудоспособности, а в некоторых случаях — привести к развитию травматического шока или усугубить его.

На основании нашего опыта мы считаем целесообразным раннее оказание специализированной стоматологической помощи при отсутствии у пострадавшего ушиба головного мозга тяжелой степени или сдавления его. Ранняя репозиция и фиксация костных отломков оправданы тем, что при нарушении сознания у этой категории больных имеющиеся дефекты дыхания могут усугубляться деформацией верхних дыхательных путей, вызванных переломами костей лицевого скелета, окклюзией дыхательных путей слизью и кровью. Репозиция и фиксация отломков костей лицевого скелета в условиях реанимационного отделения способствуют выведению больного из шокового состояния и профилактике дыхательных нарушений.

В оказании специализированной помощи больным с ушибами средней и тяжелой степени и сдавлением головного мозга целесообразно условно выделять 4 этапа: 1) борьба с тяжелыми нарушениями витальных функций; 2) нейрохирургические пособия; 3) специализированная стоматологическая помощь с временной или окончательной фиксацией костей лицевого скелета; 4) последующее динамическое наблюдение специалистами нейрохирургами и стоматологами.

Итак, при оказании стоматологической помощи больным с черепно-лицевой травмой первичную хирургическую обработку, репозицию и фиксацию отломков следует относить к протившоковым мероприятиям и производить, с учетом общего состояния пострадавшего, в наиболее ранние сроки.

1. Бородин Ю. Н., Ермолов В. Ф. В кн.: Вопросы клинической стоматологии. Воронеж, 1970. — 2. Кабаков Б. Д. и др. В кн.: Краткий курс военной стоматологии. Л., Медицина, 1973. — 3. Кольцова Л. А., Давудов И. А. Казанский мед. ж., 1980, 3. — 4. Лурье Т. М. Травматология челюстно-лицевой области. М., Медицина, 1977. — 5. Фраерман А. П., Гельман Ю. Е. В кн.: Сочетанная черепно-мозговая травма. Горький, 1977.

Поступила 27 октября 1980 г.

УДК 616.853.3—07

СПОСОБЫ ВЫЯВЛЕНИЯ РЕФЛЕКТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ ЭПИЛЕПСИИ

Н. У. Ахмеров, Г. О. Зубаирова

Кафедра нервных болезней (зав. — проф. Я. Ю. Попелянский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Резюме. У больных, у которых на электроэнцефалограмме определяются слабые проявления эпилептиформной активности, ее удается купировать болевым раздражением рецепторов руки пациента. Зоны рефлекторного иницирования эпилептических разрядов на электроэнцефалограмме с периферии можно активно выявлять путем пальпации различных участков тела.

Ключевые слова: эпилепсия, рефлексы, электроэнцефалограмма.

Библиография: 3 названия.

В ряду проблем, касающихся эпилепсии, лечение судорожной активности путем рефлекторных воздействий с периферии является одним из наименее разработанных. Обычно периферическая (звуковая, световая) стимуляция применяется для провокации эпилептиформной активности на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) в целях диагностики. Лечебное же применение периферических воздействий ограничивается казуистическими наблюдениями, в которых либо удаление очага патологической импульсации приводило к излечению болезни, либо использование сильных периферических стимулов больными помогало им обрывать начинающийся приступ.

Основная трудность лечения эпилепсии при помощи периферических воздействий состоит в том, что зоны тела, с которых так или иначе можно было бы воздействовать на эпилептиформную активность мозга, в большинстве своем не проявляют себя клинически во время приступов. Наблюдения же, в которых демонстративно выступают на первый план приемы больных, направленные на провокацию или купирование приступов с периферии, являются редкостью.

Поскольку использование рефлекторных механизмов представляет собой наиболее адекватный путь исправления нейрофизиологических нарушений, свойственных эпилепсии, предпринимались попытки достичь терапевтический эффект посредством различных способов стимуляции рецепторных зон периферии: лечебной гимнастики [2а, б], иглоукалывания [3] и др. Клиницисты, применявшие эти методы, не отмечали ухудшения состояния больных после курса лечения. Но о радикальном улучшении состояния больных или о сколько-нибудь демонстративно выступающих в отношении каждого конкретного приступа тоже не упоминается. В широкую практику эти методы лечения эпилепсии не вошли.

Поскольку эксперименты на животных [1а, б] показали, что рефлекторные влияния с периферии не являются универсальным механизмом, при помощи которого удавалось бы во всех случаях управлять пароксизмальной активностью мозга, можно было ожидать, что в отношении судорожной активности у человека дело обстоит таким же образом. Для проверки этого предположения в кабинете электроэнцефалографии Республиканской клинической больницы ТАССР были проведены испытания 37 больных с регистрируемой на ЭЭГ субклинической эпилептиформной активностью. При этом мы пытались при помощи сильного раздражения мышц руки подавить наблюдавшиеся на ЭЭГ патологические разряды. (Имеются в виду пароксизмальные нарушения биоритмики мозга, бесспорно соотносимые с заболеваниями эпилепсией: спайки, медленные волны, комплексы пик — волна. Больных с нарушениями биоритмики, эпилептическая природа которых оспаривается в литературе, не включали в группу обследованных.)