

А.Н. Грек

**НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ
КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ТРАВМЫ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.А. Боровский
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

A.N. Grek

**NEUROSURGICAL ASPECTS OF THE TREATMENT
OF CRANIOFACIAL INJURY**

*Tutor: PhD A.A. Borovsky
Department of nervous and neurosurgical diseases
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. Самая распространенная причина получения краниофациальной травмы – дорожно-транспортное происшествие (ДТП). Оперативное лечение не привело к ухудшению течения травмы головного мозга. У всех в послеоперационном периоде достигнуты хорошие эстетические и функциональные результаты. Проведение реконструктивных оперативных вмешательств может проводиться в максимально ранние сроки.

Ключевые слова: краниофациальная травма, ликворея, реконструктивные вмешательства, раннее хирургическое лечение.

Resume. The most common cause of craniofacial injury is a road traffic accident (RTA). Surgical treatment of patients has led to deterioration of the brain injury process in no patients. Good esthetic and functional results have been achieved postoperatively in all the patients. Reconstructive surgical interventions can be performed as early as it is possible.

Keywords: craniofacial injury, liquorrhea, reconstructive interventions, early surgical treatment.

Актуальность. В структуре черепно-мозговой травмы (ЧМТ) краниофасциальные травмы (КФТ) составляют до 15 %. Множественные переломы лицевого черепа сопровождаются повреждением основания черепа у 88,49% пострадавших. Ликворея выявлена в 87% случаев переломов верхней челюсти и назоэтмоидального комплекса, в 63% случаев переломов лобной кости и стенок лобной пазухи. В 60% случаев ликворея появляется в течение 24 ч после травмы. В 80% случаев начало ликвореи может наблюдаться до 48 часов после травмы. Поздняя манифестация ликвореи спустя 2 недели – в 95%. Вероятность развития менингита после ЧМТ колеблется в пределах 0,38-2,03%, а при черепно-лицевой травме с базальной ликвореей составляет от 7-35%. Самая распространенная причина получения травмы – дорожно-транспортное происшествие (ДТП). В число больных входят люди трудоспособного возраста, так что данная травма является медико-социально-экономической проблемой. Поэтому на сегодняшний день очень важно правильное лечение и тактика ведения пациента с краниофациальной травмой. В число больных с краниофациальной травмой входят люди трудоспособного возраста.

Цель: провести оценку результатов лечения пациентов с оскольчатыми вдавленными переломами костей свода, основания и лицевого черепа, сопровождающихся ликвореей.

Задачи:

1. Выяснить есть ли связь краниофациальной травмы и риноликвореи.
2. Изучить клинические случаи краниофациальных травм.
3. Сделать выводы о подходах и методах лечения пациентов с краниофациальной травмой.

Материалы и методы. Было прооперировано четверо пациентов с множественными оскольчатыми переломами стенок лобной пазухи, костей лицевого скелета. Все мужчины, в возрасте от 21 до 76 лет. Двое из четырех пациентов получили травмы в результате ДТП, двое в результате падения с высоты. Все пациенты были доставлены в больницу в неотложном порядке, в сроки от нескольких часов после получения травмы. На диагностическом этапе проводилось неврологическое обследование, которое включало оценку уровня сознания по шкале комы Глазко (все поступившие находились в коме 1). Помимо общеклинического осмотра также проводилось оториноларингологическое и офтальмологическое обследований и в обязательном порядке выполнялась компьютерная томография (КТ) головы. При этом у всех пациентов была диагностирована субдуральная пластинчатая гематома.

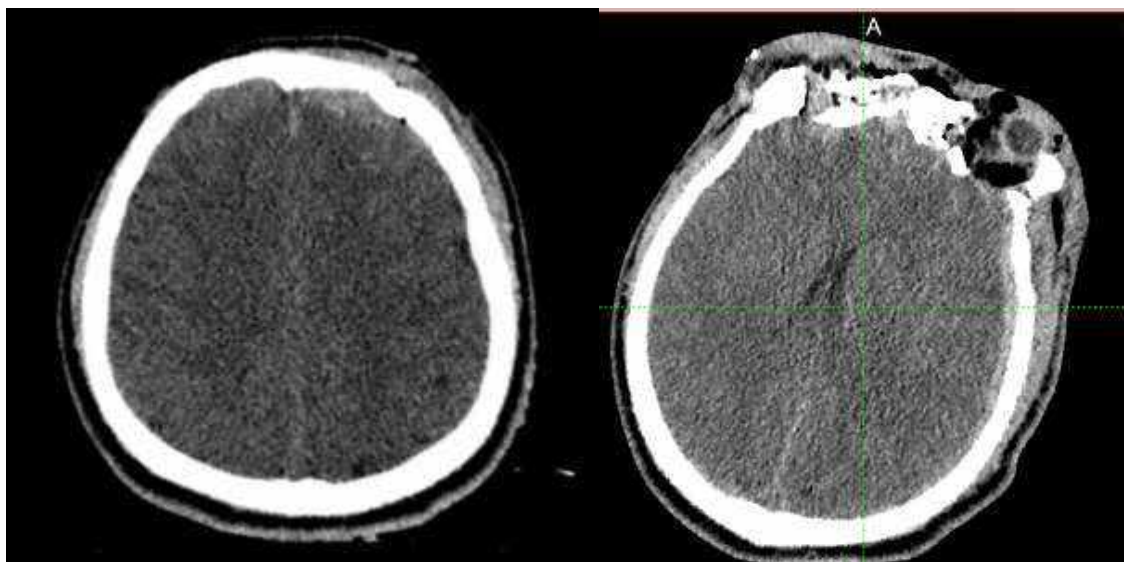


Рис. 1 – Субдуральные гематомы пациента №1 и №2 при поступлении

Время от момента получения травмы до операции составило от 5 до 17 суток. Операционная бригада состояла из нейрохирургов, челюстно-лицевых хирургов, офтальмологов, оториноларингологов.

Выбор оперативного доступа при лечении таких травм должен в первую очередь определяться с точки зрения обеспечения свободного манипулирования и визуального контроля в зоне вмешательства. В данных случаях использовались трансфронтальные-транскраниальные доступы.

Само хирургическое лечение краниофациальных переломов строилось на том, чтобы последовательно привести в норму различные компоненты повреждения. Пациентам под эндотрахеальным наркозом выполнялась экстрадуральная пластика дефекта твердой мозговой оболочки передней черепной ямки. Делался металлоостеосинтез крупных костных отломков костных отломков, пластика лобных пазух

аутожировым трансплантатом, в одном случае использован лоскут из широкой фасции бедра. Леватором выполнялась репозиция отломков передней стенки лобной пазухи, при необходимости проводилась остеотомия перегородок в пазухе. У двух пациентов с переломом внутренней стенки пазухи выполнялась эндоскопическая ревизия места перелома для верификации источника ликвореи. С реконструктивной целью использовались все, даже не большие, не связанные с надкостницей, костные фрагменты.

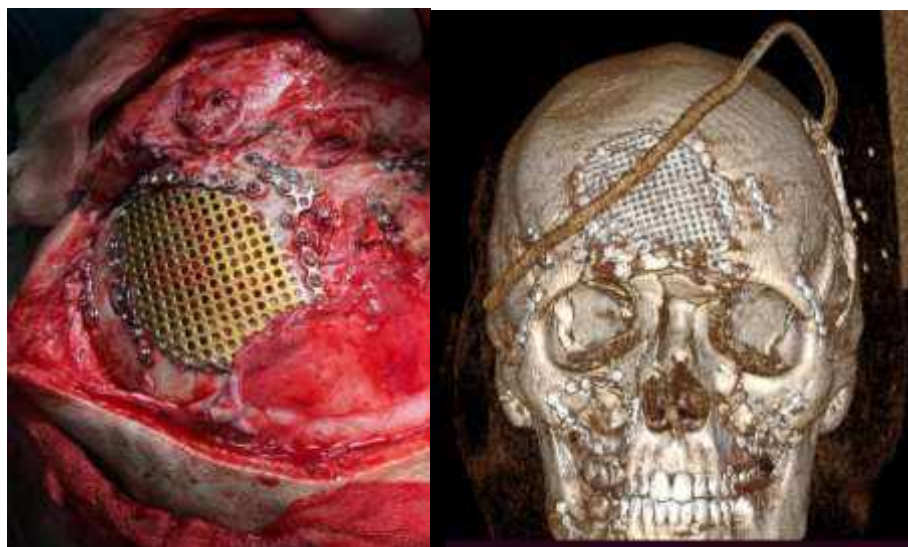


Рис. 2 – Пластика костного дефекта титановой пластины + фиксация титановой металлоконструкции и 3D картина после оперативного вмешательства

Для фиксации репонированных тонких отломков передней стенки лобной пазухи применялась наружная иммобилизация изогнутой пластиной из перфорированного титана. Опорные площадки изогнутой пластины помещались на интактные отделы надбровных дуг справа и слева. Центральная область перелома подтягивалась и фиксировалась к пластине швами через надкостницу. Пластина удалялась на пятые сутки. Для оценки эффективности лечения проводили осмотр и контрольную КТ головы перед выпиской.



Рис. 3 – Установка титановой пластины



Рис. 4 – КТ пациента до операции, на 1 сутки после и через 6 месяцев

Критериями эффективности проведенного лечения были косметический и функциональный результаты.

Результаты и их обсуждение. Летальных исходов, интра- и послеоперационных осложнений не было. Во всех случаях дооперационная симптоматика, в том числе ликворея, регрессировала полностью. Отмечен хороший косметический результат. Все пациенты выписаны на амбулаторный этап лечения и реабилитации.

Выводы:

1. Тяжелая краниофациальная травма, прогностически неблагоприятна в отношении возникновения риноликвореи.

2. Если отсутствует экстренная необходимость в хирургической коррекции внутричерепной гипертензии и дислокации головного мозга, целесообразна отсроченная операция, поскольку уменьшение отека мягких тканей, стабилизация состояния пациента, адекватное предоперационное планирование, способствуют улучшению косметического и функционального результатов.

3. Целесообразно участие в операции мультидисциплинарной врачебной бригады (нейрохирург, челюстно-лицевой хирург, офтальмолог и оториноларинголог).

Литература

1. Бельченко, В. А. Черепно-лицевая хирургия: рук. для врачей/ В. А. Бельченко. – М.: Мед. информ. агентство, 2006. – 340 с.
2. Пейпл, А. Д. Пластическая и реконструктивная хирургия лица / А. Д. Пейпл. – М.: Бином, 2007. – 951 с.
3. Бухер, М. М. Современные подходы к хирургическому лечению краниофациальной травмы / М. М. Бухер, В. П. Сакович, Д. В. Цех // Гений ортопедии. – 2011. – №3. – С. 33-37.