

Грек А.Н.

НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ КРАНИОФАСЦИАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Боровский А.А.

Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. В структуре черепно-мозговой травмы (ЧМТ) краниофасциальные травмы (КФТ) составляют до 15 %. В число больных входят люди трудоспособного возраста. Поэтому на сегодняшний день данная травма является медико-социально-экономической проблемой с множеством не решенных вопросов и требует совершенствования методов лечения.

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

Материалы и методы. Прооперировано 4 пациента 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. Время от момента получения травмы до операции от 5 до 17 суток. Всем пациентам, помимо общеклинического и оториноларингологического обследований, было проведена компьютерная томография (КТ) головы. Критериями эффективности проведенного лечения были косметический и функциональный результаты. Операционная бригада состояла из нейрохирургов, челюстно-лицевых хирургов, офтальмологов, оториноларингологов. Пациентам под эндотрахеальным наркозом выполнялась экстрадуральная пластика дефекта твердой мозговой оболочки передней черепной ямки, 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. 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.

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: тяжелая краниофасциальная травма, прогностически неблагоприятна в отношении возникновения риноликвореи. 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. Целесообразно участие в операции мультидисциплинарной врачебной бригады (нейрохирург, челюстно-лицевой хирург, офтальмолог и оториноларинголог).