

Мадай Д.Ю.<sup>1,3</sup>, Головкин К.П.<sup>1,2</sup>, Бадалов В.И.<sup>2</sup>, Мадай О.Д.<sup>1</sup>,  
Багненко А.С.<sup>1</sup>, Бумай А.О.<sup>1</sup>, Горшков Е.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский государственный университет

<sup>2</sup>Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

<sup>3</sup>Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.

Джанелидзе

Санкт-Петербург, Россия

## **ПРОГРАММИРОВАННОЕ МНОГОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ**

Тяжелая черепно-лицевая травма (ТСЧЛТ) часто выступает в качестве ведущего компонента повреждения у пострадавших с политравмой, нередко сочетается с торакоабдоминальными и скелетными повреждениями. В городских стационарах летальность среди данной категории пациентов достигает 60-70 %, в специализированных травмоцентрах 30-50% (Лимберг Ал.А. 2000; Сингаевский А.Б., 2002; Мадай Д.Ю., 2014; Down К.Е., 2006).

Целью исследования стала разработка рациональной хирургической тактики у пострадавших с ТСЧЛТ, позволяющей реализовать оптимальный объем диагностических и лечебных мероприятий в динамике развития патологического процесса.

Массив ретроспективного анализа - 77 пострадавших с ТСЧЛТ находившихся на лечении в клинике военно-полевой хирургии в период с 2000 по 2005 гг. Массив проспективных наблюдений - 152 пострадавших с ТСЧЛТ, проходивших лечение с 2006 по 2012 гг., был использован для разработки тактики многоэтапного хирургического лечения (МХЛ) пострадавших с ТСЧЛТ.

На основании лечебно-тактической концепцией травматической болезни была разработана тактика МХЛ пострадавших с ТСЧЛТ, при которой объем помощи был разделен на 3 этапа. I этап – Устранения жизнеугрожающих

последствий травмы и фиксации переломов лицевого скелета. Продолжительность 12 часов от момента травмы. Мероприятия: устранение асфиксии; остановка кровотечения; фиксация переломов (ортопедическими методами) при невозможности - внеочаговый остеосинтез; выполнение элементов первичной пластики мягких тканей; создание условий для проведения интенсивной терапии (трахеостомия). II этап - интенсивной терапии, профилактики и лечения инфекционных осложнений. Продолжительность 2-10 суток. Мероприятия: стабилизация состояния пострадавшего; санация потенциальных источников инфекционных осложнений; создание «функционального покоя» для поврежденных структур ЧЛЮ; стабильный остеосинтез поврежденных костных структур средней зоны лица. III этап – реконструктивно-восстановительный. Критерием является стабилизация состояния пострадавшего. Мероприятия: выполнение ранних одномоментных реконструктивно-восстановительных операций на структурах средней и нижней зоны лица; восстановление центральной окклюзии и функции жевания; устранение косметических дефектов.

Применение тактики многоэтапного хирургического лечения, основанной на лечебно-тактической концепции травматической болезни и объективной оценке тяжести травмы у пострадавших с тяжелыми сочетанными черепно-лицевыми повреждениями, позволило:

- снизить летальность при политравме (тяжесть травмы, ВПХ-П (МТ)  $\geq 8$  балл.) в 1,6 раза (с 56,1 до 35,8%), у пострадавших с ТСЧЛТ (ВПХ-П (МТ)  $< 8$  бал.) – в 5,4 раза (с 12,5 до 2,3%);

- сократить осложнения при политравме на 9,5 % (с 92,5 до 83,0%), у пострадавших с ТСЧЛТ – в 1,4 раза (с 41,9% до 28,9%);

- уменьшить длительность лечения в ОРИТ при политравме – на 4,2 суток (с  $24,5 \pm 5,3$  до  $20,3 \pm 3,3$  сут.) и общую длительность лечения в клинике при ТСЧЛТ в 1,6 раза (с  $40,6 \pm 7,8$  до  $25,2 \pm 1,8$  сут.).