

2. Клінічна медицина

Особливості планування лікування щелепно-лицевих хворих з поєднаною травмою

**Герасим Лаліта Миколаївна,
Горицький Ярослав Вікторович,
Бедик Віктор Васильович**

Буковинський державний медичний університет. м. Чернівці

Найчастіше пошкодження щелепно-лицевої локалізації поєднується з черепно-мозковою травмою, з пошкодженням кісток кінцівок, таза, хребта та внутрішніх органів. Ці хворі поступають на лікування до хірургічних стаціонарів багатопрофільних лікарень, і характер надання в них фахової допомоги обумовлений в першу чергу важкістю загального стану і домінуючим пошкодженням.

При поєднаних травмах пошкодження кісток обличчя виявляють, як правило, несвоєчасно, а фахове лікування не виправдано відкладають до періоду стабілізації основних функцій організму, тобто до 4-7 доби після отримання травми, та інколи проводять у недостатньому обсязі. У зв'язку з цим згодом у потерпілих відмічається велика кількість запальних ускладнень, виникають функціональні та косметичні порушення, для ліквідування яких необхідне довге, не завжди результативне хірургічне лікування.

Раннє фахове лікування постраждалих з ушкодженням щелепо-лицевої локалізації при поєднаних травмах повинно бути організовано у багатопрофільній лікарні швидкої допомоги, де у повному об'ємі здійснюється протишокові та реанімаційні заходи, а також екстрені втручання хірурга, нейрохірурга та травматолога. Для виявлення ушкоджень обличчя і визначення тактики лікування потерпілих з множинними травмами в їхньому огляді повинен брати участь хірург, який має спеціальну підготовку в галузі травматології щелепно-лицевої ділянки.

Незважаючи на правильне і проведене у повному обсязі фахове лікування травм щелепо-лицевої ділянки, одним з актуальних питань у постраждалих, може залишитися порушення її форми і функцій, обумовлене характером і важкістю травми. Цей контингент хворих потребує проведення відновлювальних та корегуючих операцій. Але крім вирішення питань стосовно форми та функції щелепно-лицевої ділянки, лікар повинен вирішувати питання які торкаються психоемоційного стану пацієнта, показання до операції, має враховувати психоневрологічний статус пацієнта. Зазвичай спотворенні хворі, піддаються тривалому психічному травмуванню, страждають різними типами психогеніями, неврастенією, неврозами. Поряд із цим майже всі вони наполегливо бажають позбавитись від косметичної вади, хоча інколи відчувають панічний страх перед хірургічним лікуванням. Старші люди порівняно легше переносять виникнення косметичних дефектів внаслідок травми, поступово пристосовуються до свого стану. Чим молодший травмований або пацієнт з вродженими вадами, тим більша вірогідність розвитку у нього декомпенсованого психічного стану, на фоні якого хірургічне лікування може викликати важкий зрив нервової діяльності. Чим складніший дефект кіток обличчя, м'яких тканин або шиї, тим більш детально слід продумати і скласти план операції (по етапах). При складних дефектах лікування планують таким чином, щоб кожен наступний етап був логічним продовженням попереднього. Якщо при реалізації плану деякі етапи лікування завершуються невдачею, необхідно реалізовувати основну ідею складеного плану.