

Комментарий

Повреждения срединного (межглазничного) отдела средней зоны лица обозначают как повреждения костей назоэтмоидального комплекса (НЭК). По нашим данным, в общей структуре краниоорбитальных повреждений переломы костей НЭК составляют 37,2% и 4,4% в структуре черепно-мозговой травмы (ЧМТ). При повреждении НЭК основной задачей являлось восстановление нормальной анатомии медиальной стенки глазницы. Наиболее частым осложнением подобных переломов являлся отрыв медиальной канальной связки вместе с костным отломком, что клинически характеризовалось смещением в латеральном направлении и расширением медиального угла глаза. При переломах НЭК у 37,9% пациентов определялось смещение отломков как в просвет глазницы со сдавлением глазного яблока, так и в полость носа, решетчатого лабиринта. В 9,8% наблюдений переломы костей НЭК сопровождались повреждением базальных отделов твердой мозговой оболочки. Описанные повреждения являлись показанием к реконструктивным операциям в остром периоде ЧМТ с целью репозиции костных отломков, к которым крепятся данные связки, восстановления нормальной анатомии глазницы, устранения сдавления глазного яблока, пластики основания передней черепной ямки.

Статья И.В. Яковенко и соавт. посвящена ретроспективному анализу результатов хирургического лечения 527 пострадавших с сочетанными повреждениями костей НЭК, пролеченных в центре сочетанной черепно-лицевой травмы Александровской больницы г. Санкт-Петербурга с 1998 по 2012 гг. Необходимо отметить большое число наблюдений, анализируемое авторами. Результаты лечения более полутысячи пострадавших могут привести немногие клиники, занимающиеся лечением сочетанной черепно-лицевой травмы.

Во всех случаях можно согласиться с авторами в выборе метода хирургического лечения, однако выбор сроков выполнения операции требует обсуждения. Авторы абсолютно правильно в заключении указывают на то, что раннее хирургическое вмешательство и полная реконструкция сочетанных повреждений центральных отделов лица позволяют получить оптимальные эстетические результаты лечения и улучшить социальную реабилитацию пострадавших, но в то же время говорят, что оптимальными сроками для хирургического лечения являются 4–10-е сутки, так как в этот период уменьшается посттравматический отек тканей, значительно лучше исходы, меньше послеоперационных осложнений.

На наш взгляд, выбор сроков хирургического лечения должен быть дифференцированным и зависеть от тяжести состояния пациента. Мы не видим никаких ограничений в выполнении реконструктивных операций у пострадавших в компенсированном состоянии, в ясном сознании в первые часы после поступления в стационар. В то же время у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, низким уровнем гемоглобина, дыхательной недостаточностью, угнетением уровня бодрствования до комы операция по восстановлению костей НЭК может быть выполнена в отдаленном периоде, после стабилизации состояния.

Необходимо поддержать авторов в выбранной тактике раннего лечения и мультидисциплинарного подхода в хирургии краниоорбитальных повреждений и в том числе повреждений структур назоэтмоидального комплекса.

*О.В. Левченко
Заведующий отделением нейрохирургии
для больных с сосудистыми заболеваниями
головного мозга НИИ скорой помощи
им. Н.В. Склифосовского, д-р мед. наук*