

Mateusz Dymek

**Mnogie i wielomiejscowe obrażenia ciała
u chorych leczonych w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie**

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki medyczne

Promotor:

dr hab. n. med. Bogumił Lewandowski, prof. UR

Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
Kliniczny Szpital Wojewódzki im. F. Chopina w Rzeszowie
Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytet Rzeszowski



Obrona rozprawy doktorskiej przed Radą Dyscypliny Nauk Medycznych
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Rzeszów – Warszawa 2020

STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM

Mateusz Dymek

Mnogie i wielomiejscowe obrażenia ciała u chorych leczonych w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie

Wstęp

Obrażenia i urazowe uszkodzenia ciała są jedną z trzech głównych przyczyn zgonów ciężkich powikłań prowadzących do kalectwa, niepełnosprawności i pourazowego inwalidztwa w wielu krajach świata, w tym także w Polsce. Rozwój cywilizacyjny, konieczność częstego przemieszczania stwarzają ryzyko wypadków komunikacyjnych, które są najczęstszą przyczyną obrażeń wielonarządowych w krajach rozwiniętych. Poważnym wyzwaniem dla współczesnej medycyny i chorych są mnogie obrażenia ciała (MOC). Definiowane są jako jednoczesne występowanie uszkodzeń ciała zlokalizowane w co najmniej dwóch anatomicznych okolicach ciała, z których każde wymaga hospitalizacji oraz postępowania i leczenia specjalistycznego. Większość mnogich obrażeń ciała należy do stanów potencjalnego zagrożenia życia w związku z uszkodzeniem funkcji ważnych organów i układów. Wymagają one szczególnego postępowania obejmującego między innymi leczenie wielospecjalistyczne.

Rozwój technologii medycznych, postępy medycyny ratunkowej ostatniej dekady skutkują tworzeniem i organizacją tzw. centrów urazowych, w których chorzy z obrażeniami i uszkodzeniami ciała mogą być leczeni kompleksowo. Stworzenie odpowiednich warunków i protokołów postępowania umożliwia wielospecjalistyczne zaopatrywanie obrażeń i uszkodzeń oraz ich skutków. Dlatego istotne jest właściwe postępowanie z pacjentami, u których rozpoznano mnogie obrażenia ciała.

Mnogie obrażenia ciała dotyczą części chorych leczonych w klinikach i oddziałach chirurgii szczękowo-twarzowej, do których kierowani są coraz częściej chorzy po wypadkach komunikacyjnych, w których obrażeniom szczękowo-twarzowym towarzyszą ciężkie obrażenia, złamania i uszkodzenia innych części i okolic ciała. Dlatego interesujące wydawało się podjęcie projektu badawczego na przykładzie chorych hospitalizowanych w Klinice Chi-

urgii Szczękowo-Twarzowej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie.

Cel pracy

Celem pracy to:

– retrospektywna ocena epidemiologiczno-kliniczna chorych hospitalizowanych z powodu obrażeń części twarzowej czaszki, którym towarzyszyły mnogie obrażenia oraz innych okolic ciała w dwóch wybranych czasokresach obserwacji obejmujących lata 1995–2000 i lata 2010–2015 w Oddziale, obecnie w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego im. F. Chopina w Rzeszowie;

– porównanie i wykazanie potencjalnych różnic dotyczących występowania, stopnia nasilenia i ciężkości obrażeń oraz postępowania u chorych z MOC w latach 1995–2000 i 2010–2015;

– przedstawienie sposobów i kolejności wielospecjalistycznego postępowania u chorych ze złamaniami części twarzowej czaszki z towarzyszącymi obrażeniami innych okolic ciała, które stosowano w klinice;

– wykazanie czy ogólnie dostępne skale oceny obrażeń ciała: ISS, ASCOT i Glasgow mogą być przydatne do oceny stanu klinicznego chorych z obrażeniami części twarzowej czaszki i towarzyszącymi im mnogimi obrażeniami ciała.

Material i metoda

Badania przeprowadzono na podstawie retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej 417 chorych hospitalizowanych z powodu mnogich obrażeń ciała w dwóch czasokresach hospitalizacji, tj. w latach 1995–2000 i w latach 2010 do 2015. W pracy wykorzystano historie chorób, księgi operacyjne, księgi ruchu chorych i karty leczenia ambulatoryjnego chorych leczonych w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego w Rzeszowie. Kryterium włączenia do badań stanowili chorzy, u których złamaniom części twarzowej czaszki towarzyszyły wielomiejscowe i wielonarządowe obrażenia w zakresie innych narządów i okolic ciała, którzy posiadali pełną dokumentację

Wyniki

Wiek chorych wahał się w granicach od 6. do 80. roku życia. Średnia wieku wynosiła 37,1 lat. Nie obserwowano różnic dotyczących wieku leczonych pacjentów w obu czasokresach

obserwacji. Grupę 417 chorych hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Szcękowo-Twarzowej w Rzeszowie, którzy spełniali kryteria włączenia do badania należy analizować jako osoby z mnogimi obrażeniami ciała (MOC), na które składały się złamania części twarzowej czaszki, oraz obrażenia innych narządów i okolic ciała. Obrażenia towarzyszące uszeregowano w sześciu grupach: obrażenia układu nerwowego, obrażenia klatki piersiowej, obrażenia kończyny górnej i obręczy barkowej, obrażenia kończyny dolnej i miednicy, obrażenia klatki piersiowej i obrażenia kręgosłupa.

W zakresie złamań struktur części twarzowej czaszki w grupie 417 chorych wyróżniono powierzchowne obrażenia twarzy, obrażenia tkanek miękkich i struktur kostnych części twarzowej czaszki oraz izolowane złamania szcękowo-twarzowe. Najliczniejszą grupę stanowili chorzy z obrażeniami tkanek miękkich i struktur kostnych; stwierdzono je u 214 chorych, w tym 36,4% chorych leczono w latach 1995–2000, zaś 75,6% w latach 2010–2015

W analizowanych okresach pięcioletnich, tj. 1995–2000 i 2010–2015 najczęściej złamaniami części twarzowej czaszki towarzyszyły obrażenia w zakresie ośrodkowego układu nerwowego, które stwierdzono u 289 chorych, nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic ich występowania w obu okresach leczniczych. Złamania kończyny dolnej i miednicy stwierdzono u 90, tj. 21,5% chorych ze złamaniami kości części twarzowej czaszki. Częściej obrażenia te towarzyszyły złamaniom szczęk w II okresie obserwacji. Stwierdzono je u 71,1% chorych, co było istotną różnicą $p < 0,001$ w porównaniu do okresu I (28,9%).

Obrażenia klatki piersiowej towarzyszyły 17,7% ogółu chorych ze złamaniami kości twarzowej części czaszki. Obserwowano je również statystycznie częściej w II okresie leczenia, tj. u 55 (74,3%) chorych w porównaniu do lat 1995–2000 – u 19 (25,7%) chorych. U 72 chorych z uszkodzeniami części twarzowej czaszki, co stanowiło 15,2% stwierdzono złamanie kończyny górnej i obręczy barkowej. Częściej, bo u 51 (70,8%) pacjentów stwierdzono te obrażenia w latach 2010–2015 w porównaniu z okresem I, kiedy leczono 21 (29,2%) chorych. Różnice te były istotne statystycznie dla $p < 0,01$.

Kolejna grupa obrażeń, które towarzyszyły złamaniom szkieletu kostnego części twarzowej czaszki dotyczyła kręgosłupa, które stwierdzono u 8,3% ogółu chorych i były one częściej spotykane u chorych w II okresie obserwacji, $p < 0,001$. Obrażenia jamy brzusznej w analizowanym materiale klinicznym rzadziej w porównaniu do innych obrażeń towarzyszyły złamaniom części twarzowej czaszki. Stwierdzono je u 26 pacjentów.

Ogólnie potwierdzono częstsze występowanie obrażeń towarzyszących u chorych leczonych w II okresie obserwacji ($p < 0,01$).

W leczeniu obrażeń różnych części ciała stanowiących podstawę MOC wyróżniono sposoby leczenia zachowawczego i operacyjne, które było dostosowane do poszczególnych okolic ciała.

W zakresie zaopatrywania złamań części twarzowej czaszki w latach 1995–2000 częściej stosowano metody zachowawczo-ortopedyczne, wykorzystując szyny nazębne i unieruchomienie międzyszczękowe, szyny oraz szyno-protezy laboratoryjne zwłaszcza u chorych bezzębnych. W II okresie obserwacji częściej złamania zaopatrywano za pomocą osteosyntezy minipłytkami tytanowymi, głównie z dostępu wewnętrznego.

Nie obserwowano różnic w zaopatrywaniu złamań sposobami chirurgiczno-ortopedycznymi w obu okresach obserwacji.

Na podstawie przeprowadzonych analiz przedstawiono wnioski.

Wnioski

1. Stwierdzono statystycznie istotny wzrost liczby chorych hospitalizowanych z powodu MOC w latach 2010–2015 w porównaniu do lat 1995–2000, których najczęstszą przyczyną były wypadki komunikacyjne.

2. Obrażenia innych okolic ciała stanowiące podstawę MOC najczęściej towarzyszyły złamaniom górnego i środkowego piętra części twarzowej czaszki. Wśród obrażeń towarzyszących złamaniom i uszkodzeniom części twarzowej czaszki najczęściej stwierdzono obrażenia ośrodkowego układu nerwowego oraz częstsze występowanie obrażeń w obrębie narządu ruchu – zwłaszcza kończyny dolnej.

3. Wykazano istotne statystycznie różnice w sposobach postępowania z MOC i towarzyszącymi obrażeniami szczękowo-twarzowymi w obu okresach obserwacji. Stwierdzono częstsze pierwotne zaopatrywanie obrażeń w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej w okresie II. W badanym materiale najczęstszym modelem kolejności hospitalizacji było: chirurgia szczękowo-twarzowa – ortopedia i traumatologia, OIT – chirurgia ogólna – chirurgia szczękowo-twarzowa, OIT – ortopedia i traumatologia – chirurgia szczękowo-twarzowa. W postępowaniu leczniczym zaobserwowano wzrost częstości udziału chirurga szczękowo-twarzowego w leczeniu MOC.

4. W okresie I najczęściej do zaopatrywania obrażeń części twarzowej czaszki wykorzystywano leczenie zachowawczo-ortopedyczne oraz chirurgiczno-ortopedyczne, zaś w II okresie obserwacji częściej stosowano operacyjne zespolenie złamań. Stwierdzono również wzrost zaopatrzenia chirurgicznego obrażeń w zakresie narządu ruchu.

5. Skróceniu uległ czas od urazu do momentu przyjęcia do oddziału oraz czas hospitalizacji w drugim okresie obserwacji, co jest związane z zastosowaniem nowoczesnych technik operacyjnych.

6. Ocena ciężkości obrażeń wg skali ISS i ASCOTT wykazała, że obrażenia ciała były cięższe i bardziej nasilone w II okresie obserwacji. Skale te mogą być przydatne do oceny ciężkości MOC ze współistniejącymi obrażeniami części twarzowej czaszki w codziennej praktyce klinicznej.

Błwański

Melen Dp