

Характеристика переломів вилицевого комплексу за архівними даними 2006–2010 рр. порівняно з попередніми роками

Characteristic of the Zygomatic Complex Fractures by Archival Data 2006–2010 in Comparison with 2000–2005 years

Маланчук В.О., Логвиненко І.П.,
Тимошенко Н.М., Чепурний Ю.В.
Національний медичний
університет ім. О.О. Богомольця,
каф. хірургічної стоматології та
щелепно-лицевої хірургії
(зав. — проф. В.О. Маланчук)
V.O. Malanchuk, I.P. Logvynenko,
N.M. Timoshchenko, Y.V. Chepurnyi

Резюме У статті подано результати вивчення структури травми вилицевого комплексу за 5 років. Здійснено об'єктивну оцінку сучасного стану проблеми.

Summary This article presents the evaluation of zygomatic complex trauma's structure over the 5 years. The objective assessment of nowadays state of this problem is given.

Ключові слова перелом, вилицевий комплекс, динаміка, щелепно-лицева ділянка, травма

Key words fracture, zygomatic complex, dynamic, maxillofacial region, trauma

Вступ

Травматичні ушкодження кісток вилицевого комплексу (ВК) спостерігаються у 2,3–50% хворих із травмами щелепно-лицевої ділянки [1-3, 5, 8, 9]. ВК є тією зоною, що найчастіше ушкоджується при травмах середньої ділянки обличчя – 38,3–61,7% [2, 5, 7].

Серед постраждалих 50–89% становлять чоловіки, вік абсолютної більшості пацієнтів – 20–40 років. За даними деяких авторів, серед причин ушкодження вилицевого комплексу переважає побутова травма (67,2–79% випадків), за даними інших – транспортна (54–89,5%), третє місце посідає виробнича травма (4,5–10,9%), а за нею – спортивна (0,2-6,3%) [2, 5-7]. Статистичні дані зарубіжних авторів [9] свідчать про велику кількість осіб працездатного віку (30–49 років) серед постраждалих із переломами вилицевого комплексу (ПВК) – 45%, причому більшість ПВК отримано в результаті

дорожньо-транспортних (34%) та кримінальних (32%) інцидентів.

Дуже часто трапляються множинні переломи лицевого черепа, поєднані з черепно-мозковою травмою, на які припадає від 30,7% до 78,5% хворих [6, 8]. Такі випадки є складнішими для лікування, бо потребують складних оперативних втручань, інколи навіть взаємодії з нейрохірургами.

На жаль, у доступній літературі відсутні дані щодо змін частоти та структури травматичних ушкоджень ВК відповідно до соціально-побутових умов життя населення та характеру травми.

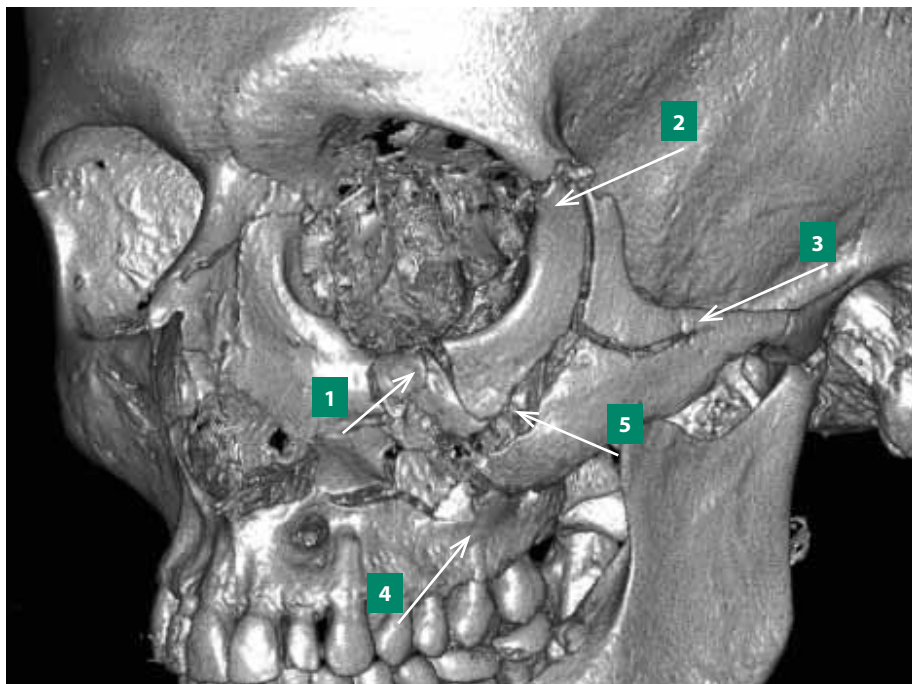
Мета дослідження – вивчити частоту ПВК та проаналізувати динаміку структури ушкоджень за останні 5 років порівняно з даними 2000–2005 рр.

Матеріали та методи дослідження

Проведено аналіз 252 історій хвороб пацієнтів із ПВК, які перебували на

лікуванні у клінічних базах кафедри хірургічної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця протягом 2006–2010 років. Усі хворі отримували лікувально-консультативну допомогу на базі Київської міської клінічної лікарні №12 у відділенні щелепно-лицевої хірургії №2.

Вивчено частоту ПВК, структуру травми залежно від її виду, давності, віку і статі постраждалих. За віком пацієнтів розділено на групи: до 18 років, 18–25, 26–45, 46–60 та старші за 61 рік. За етіологічним чинником виділено такі види травми: побутова, кримінальна, транспортна, виробнича, спортивна. Висновок про кримінальний характер травми робили на підставі анамнестичних даних. За часом, що пройшов від моменту травми до госпіталізації, переломи поділяли на свіжі (до 10 діб), застарілі (11–30 діб) і неправильно консолидовані (понад 30 діб) відповідно до рекомендацій [4]. Також визначали тип ПВК за класифі-



Мал. 1. Типові зони ПВК: 1 — нижньоорбітальний край; 2 — зовнішній край орбіти; 3 — вилицева дуга; 4 — вилицево-альвеолярний гребінь; 5 — тіло вилицевої кістки

кацією «1–5 ЗРВ» [3]. Використана нами класифікація ґрунтується на анатомічному розподілі типових зон зламу ВК. Кожна з типових зон позначена цифрою від 1 до 5 (мал. 1) [8].

Стан кісткових фрагментів у кожній із зон зламу описували з використанням системи «ЗРВ» (рос. — «СПО»), що розшифровується як: «З» — зміщення кісткових відламків у позначеному цифрою місці; «Р» — рухомість відламка; «В» — відсутність фрагмента кістки (наявність дефекту кістки). Букви, що містять відомості про стан фрагментів кістки, розміщуються при описі після відповідної цифри, яка символізує зону uszkodження.

У разі виявлення перелому без зміщення відламка, зі збереженням контакту поверхонь зламу, використовується лише цифра без букви. Якщо в одній зоні наявні два та більше переломів, таку травму позначали відповідною кількістю однакових цифр, притому перша цифра позначає перелом, розміщений дистальніше від тіла вилицевої кістки.

При клініко-рентгенологічному обстеженні хворого визначали буквено-цифровий символ (БЦС) перелому, уточнюючи його остаточно під час операції.

Наведена класифікація дає можливість одразу оцінити важкість ушко-

дження: що більша кількість цифр і літер у БЦС, то складнішим є перелом. Тому як показовий критерій ми визначили середню кількість знаків у БЦС на один тип перелому.

Результати дослідження та їх обговорення

За період з 2006 по 2010 роки на стаціонарному лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії №2 Київської міської клінічної лікарні №12 з травматичними ушкодженнями ВК перебувало 252 постраждалих. Серед госпіталізованих осіб чоловіки (189 хворих) переважали над жінками (63 хворих). Середній вік пацієнтів становив $36,5 \pm 4,5$. Притому найчисленнішою виявилася вікова група 25–40 років (45%), частка хворих віком від 18 до 25 років становила 27%, до групи 41–60 років потрапило 12% осіб з травмами ВК, 9% виявилися молодшими за 18 років, а 7% мали 61 рік та старші. Отже, більшість пацієнтів належали до працездатного віку.

Основними причинами ПВК були: кримінальна (48,4%), транспортна (25,4%), побутова (17,8%), спортивна (4,8%) та виробнича травми (3,6%).

Зі свіжими переломами перебувало на лікуванні 187 постраждалих (74,2%), із

застарілими — 42 (16,7%), з неправильно консолидованими — 23 особи (9,1%). У 28 постраждалих (11,1%) ушкодження були двобічними, притому кількість лівосторонніх ушкоджень становила 139 випадків (55,2%), а правосторонніх — 113 (44,8%).

Розподіл ПВК за типом, етіологією травми та давністю ушкодження подано в табл. 1.

Відповідно до класифікації «1–5 ЗРВ», вдалося проаналізувати 252 переломи ВК. У постраждалих спостерігалось 46 типів переломів. З них ті, що траплялися 5 та більше разів, були віднесені до типових і становили 65,7% загальної кількості випадків. Це 8 класичних типів переломів: перелом типу 1з2з3з4з — діагностовано у 25 хворих (9,9%), 1з2з3з4з — у 20 пацієнтів (7,9%), 1з1з — у 21 особи (8,3%), 3з3з — у 15 пацієнтів (5,9%), 1з2з4з — виявлено у 13 постраждалих (5,2%), 1з2з3з4з — в 11 хворих (4,4%), 1з2з3з4з — у 8 осіб (3,2%), 3з5з — у 7 хворих (2,8%); а також 5 типів багатопламкових переломів: тип 1з2(з)3з3з4з спостерігався у 10 осіб (4%), тип 1з2з2з3(з)4з — у 5 постраждалих (2%), 11з2(з)2з3з4з — у 10 пацієнтів (4%), 1з1з2(з)3(з)4з4з — у 13 хворих (5,2%), і 1з1з2з3з3з4(5)з — у 6 осіб (2,4%).

Такі дані свідчать про різноманітність типів ПВК — ми спостерігали 46 різних

Таблиця 1. Частота різних типів ПВК за класифікацією «1–5 ЗРВ», 2006–2010 рр.

№	Тип перелому	Вид травми					Групи хворих			Разом	%
		Побутова	Кримінальна	Транспортна	Виробнича	Спортивна	I 74,2	II 16,7	III 9,1		
1	1з2з3з4з	2	12	9	2	0	22	0	3	25	9,9
2	1з2з4з	1	12	0	0	0	12	0	1	13	5,2
3	1з2з3з4з	1	11	7	1	0	17	3	0	20	7,9
4	1з2з3з4з	3	4	3	1	0	10	1	0	11	4,4
5	1234	2	5	1	0	0	6	2	0	8	3,2
6	1з1з	3	8	8	1	1	19	0	2	21	8,3
7	1з1з1з	0	1	1	0	1	1	2	0	3	1,2
8	1з2з4з5з	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0,4
9	1з2з3з4о	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0,4
10	1в2з3з4з	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0,4
11	1з4з5з	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0,4
12	3з3з	3	11	1	0	0	15	0	0	15	5,9
13	3з5з	1	6	0	0	0	6	0	1	7	2,8
14	3з3з3з5з	0	1	0	1	0	1	1	0	2	0,8
15	2з3з3з5з	1	1	0	0	0	1	0	1	2	0,8
16	1з1з2з3з5	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0,4
17	1з1з2з3з4з	2	1	1	0	0	1	1	2	4	1,6
18	1з1з2з3з4з	0	2	0	0	0	1	1	0	2	0,8
19	1з1з2з3з4з	0	4	1	0	0	4	0	1	5	2,0
20	1з1з2з3з4з	0	1	1	0	0	2	0	0	2	0,8
21	2з2з3з3з5з	0	1	2	0	0	0	2	1	3	1,2
22	1з1з1з4з5	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0,4
23	1з2з3з4з4з	1	3	0	0	0	4	0	0	4	1,6
24	1з2з3з4з4з	1	3	0	0	2	2	3	1	6	2,4
25	1з2(з)зз3з4з	3	4	3	0	0	8	0	2	10	4,0
26	«вибуховий» перелом	0	2	0	0	0	2	0	0	2	0,8
27	1з2з4з4в	0	1	0	0	2	3	0	0	3	1,2
28	1з2з2з3(з)4з	2	2	1	0	0	4	0	1	5	2,0
29	1з2з3з4з5(з)	0	3	1	0	2	5	0	1	6	2,4
30	1з2з3з3с4з5з	1	1	0	0	0	1	1	0	2	0,8
31	1з2з3з3з3з4з5з5з	1	5	3	0	2	1	10	0	11	4,4
32	1з2з2з3(з)4(3)5(з)	1	1	1	0	0	0	3	0	3	1,2
33	1з2з3з3з3з4з	0	1	1	0	0	2	0	0	2	0,8
34	1з2з3з3з3з3з4з4з	0	0	1	0	1	1	0	1	2	0,8
35	1з2з2з3з3з4з4з	1	1	0	0	0	1	0	1	2	0,8
36	1з2з2з3з3з4з5з	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0,4
37	1в2з2з3з3з3з4з4в	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0,4
38	1з1з2з2з2з3з3з3з4з	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0,4
39	1з2з2з2з3з3з3з4з5	3	0	1	0	0	4	0	0	4	1,6
40	1з1з2з2з4з4з	1	2	2	0	0	3	2	0	5	2,0
41	11з2(з)2з3з4з	3	3	2	2	0	4	3	3	10	4,0
42	1з1з2(з)3(з)4з4з	3	3	6	0	1	9	4	0	13	5,2
43	1з1з2з3з3з4(5)з	2	2	1	1	0	6	0	0	6	2,4
44	1з1з2з4з5з	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0,4

№	Тип перелому	Вид травми					Групи хворих			Разом	%
		Побутова	Кримінальна	Транспортна	Виробнича	Спортивна	I 74,2	II 16,7	III 9,1		
45	1з1з1р1р2з3з3з4з5з	1	1	0	0	0	1	0	1	2	0,8
46	1з1з1р2з2з3з3з3з4з5з	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0,4
Загалом		45	122	64	9	12	187	42	23	252	100

типів ПВК, а на час створення цієї класифікації переломів у 1984 році було описано лише 35 типів. Особливо привертає увагу значна кількість багатотрауматичних переломів. Відзначено також появу дрібноуламкових переломів в одній анатомічній зоні: 1з1з1з, 3з3з3з5з, а у 2 постраждалих (0,8%) був так званий «вибуховий» перелом дна орбіти [3, 8].

Однією з причин зазначеної різноманітності переломів ми вважаємо покращення їхньої візуалізації при використанні сучасних діагностичних методик, зокрема спіральної комп'ютерної томографії (СКТ), що забезпечує можливість деталізації пошкоджень. Саме завдяки СКТ вдалося описати такі типи переломів як 2з2з3з3з3з5з, 1з4з5з, 2з2з3з3з3з5з тощо.

Описані статистичні дані відповідають клінічній та інтраопераційній картині, оскільки транспортна травма як етіологічний чинник супроводжувалася найбільш вираженими анатомічними руйнуваннями та функціональними змінами.

Кримінальна травма також призводила до дуже важких ушкоджень, досить часто з наявністю кісткових дефектів, формуванням дрібних уламків (іноді більше трьох в одній анатомічній зоні, що в описі типу перелому відповідало численному повторенню знаків у БЦС – переломи № 37–46). При таких травмах спостерігали розміщення щілин переломів у нетипових місцях (вертикальну щілину перелому тіла вилицевої кістки та латеральної стінки орбіти; горизонтальну щілину пе-

релому в ділянці виличної дуги), що супроводжувалося наявністю виражених функціональних дефектів. Подібні ушкодження не властиві побутовій та спортивній травмам.

Той факт, що для транспортної травми характерні велика варіабельність типів ПВК та певна унікальність на тлі найвищої середньої кількості БЦС на один тип перелому, підтверджує, що цей етіологічний фактор спричиняє найбільші ушкодження.

Крім того, за нашими даними, ПВК поєднувалися з переломами нижньої щелепи, верхньої щелепи, черепно-мозковою травмою, порушеннями з боку органу зору та іншими травмами. Подібне за методологічними підходами дослідження провели на нашій кафедрі у 2000–2003 та у 2004–2008 роках [3, 8]. Це дало можливість дослідити зміни, що відбулися у структурі травми ВК за останні 10 років та встановити певну динаміку.

Частка переломів ВК серед усіх пошкоджень кісток лицевого черепа зростає. Так, у 1992–1999 рр. вона становила 12,5±0,8%, у 2000–2003 рр. – 18,3±1,3%, у 2004–2008 – 26,3±7,6 %, а у 2006–2010 рр. значно зросла і сягнула 31,2±1,4%.

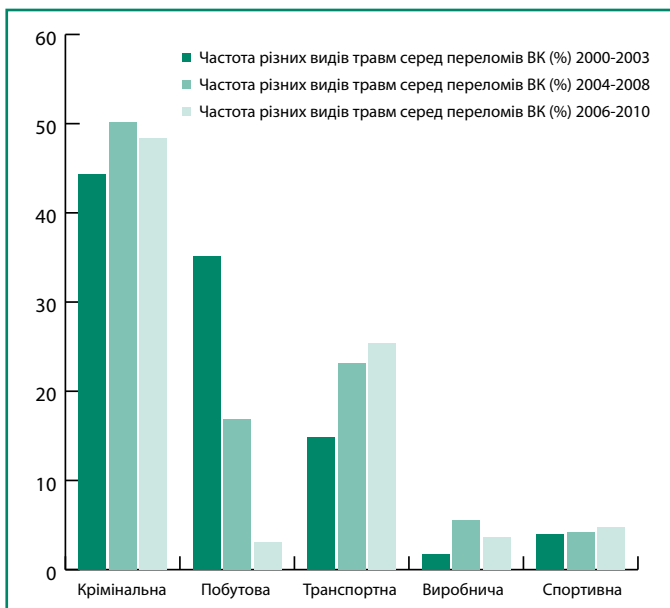
Відбулися також зміни і в типовій структурі переломів. Так, у 2000–2003 роках до типових ПВК належали такі: 1з2з3з4з (18,4%); 1з2з3з4з (14,9%); 1з2з4з (10,9%); 1з2з3з4з (8,1%). Ці переломи увійшли до числа типових і в нашому дослідженні, але їх частка значно зменшилася як у 2004–2008 роках, так і на сьогодні (відповідно

1з2з3з4з в 1,2 разу; 1з2з3з4з в 2,9 разу; 1з2з4з в 1,3 разу). Значно збільшилася частка таких ПВК, як 1с1с (в 2,5 разу), 3з3з (в 3 рази) та 1з1з2з3з3з4з4з (в 1,5 разу).

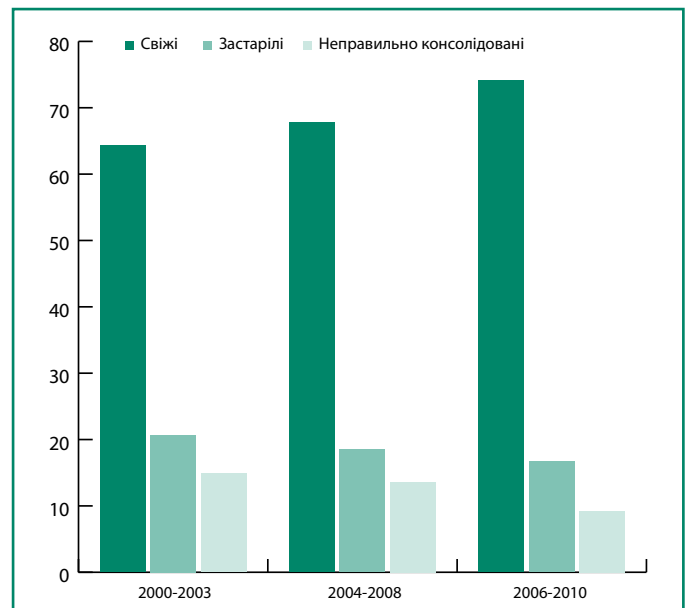
Так само, як і в дослідженнях минулих років, серед постраждалих осіб із ПВК переважали представники чоловічої статі, але співвідношення змінювалися. У 1992–1999 рр. співвідношення жінок та чоловіків становило 1:9, а в 2000–2003 рр. – 1:6, у 2004–2008 рр. – 1:6, тобто було на попередньому рівні, а у 2006–2010 рр. – 1:4.

Порівняння структури ПВК за видом засвідчило: в період 2000–2003 рр. кримінальна травма становила 44,3±3,7%, побутова – 35,1±3,6%, транспортна – 14,9±2,7%, виробнича – 1,7±0,9, спортивна – 4±1,5%; за період 2004–2008 рр. частка кримінальних травм зросла на 5,9% (до 50,2±5,1%), а частка побутової травми зменшилася в кількісному відношенні на 18,2% та становила 16,9±3,1%. Транспортна травма зберегла тенденцію до зростання, а її частка дорівнювала 23,2±1,5% (приріст 8,3%); зросла на 3,8% і частка виробничої травми, яка в цей період дорівнювала 5,5±1,9%. Практично незмінною лишилася частка спортивної травми – 4,2±2,5% (зростання всього на 0,2%).

За період 2006–2010 рр. частка кримінальної травми зменшилася на 1,8% і становила 48,4±2,3%, а побутової – зросла на 0,9% та становила 17,8±2,5%. Частка транспортної травми знову збільшилася на 2,1%, до 25,4±2,4%, а



Мал. 2. Графічне зображення частоти різних видів травм серед ПВК за період 2000–2010 рр.



Мал. 3. Графічне зображення відсоткового співвідношення ПВК за давністю травми протягом 2000–2010 рр.

Таблиця 2. Частота різних видів травм серед ПВК (%), $p < 0,05$

Вид травми	2000–2003	2004–2008	2006–2010	Зміни в показниках порівняно з 2004–2008 рр.
Кримінальна	44,3±3,7	50,2±5,1	48,4±2,3	зменшилась на 1,8%*
Побутова	35,1±3,6	16,9±3,1	17,8±2,5	збільшилась на 0,9%*
Транспортна	14,9±2,7	23,2±1,5	25,4±2,4	збільшилась на 2,1%*
Виробнича	1,7±0,9	5,5±1,9	3,6±1,8	зменшилась на 1,9%*
Спортивна	4±1,5	4,2±2,5	4,8±2,3	збільшилась на 0,6%

Таблиця 3. Розподіл переломів ВК за давністю травми (%), $p < 0,05$

Давність переломів	Роки			Зміни показників порівняно з 2004–2008 рр.
	2000–2003	2004–2008	2006–2010	
Свіжі	64,3±3,6	67,84±6,4	74,1±3,7	збільшилася на 6,3%*
Застарілі	20,7±3,1	18,54±6,5	16,7±3,4	зменшилася на 1,84%*
Неправильно консолідовані	14,9±3,2	13,62±2,1	9,2±3,2	зменшилася на 4,42%*

виробничої, навпаки, – знизилася на 1,9% та дорівнювала $3,6 \pm 1,8\%$; спортивна травма зросла всього на 0,6% та становила $4,8 \pm 2,3\%$ (мал. 2, табл. 2). Описана вище картина віддзеркалює соціальні зміни в суспільстві: збільшення кількості автотранспорту на душу населення, зростання частоти дорожньо-транспортних подій, зниження відповідальності учасників дорожнього руху.

Аналіз характеру травм за давністю виникнення підтвердив, що в 2000–2003 рр. спостерігався такий розподіл:

свіжі переломи – $64,3 \pm 3,6\%$ випадків, застарілі – $20,7 \pm 3,1\%$, неправильно консолідовані – $14,9 \pm 2,7\%$; за період 2004–2008 рр. частка свіжих травм незначно збільшилася – на 3,54% і становила $67,84 \pm 6,4\%$; застарілих переломів зменшилось на 2,16% – $18,54 \pm 6,5\%$ загальної кількості, як і частка неправильно консолідованих переломів, яка теж зменшилась на 1,28% і становила $13,62 \pm 2,1\%$. За період 2006–2010 рр. кількість осіб, які звернулися в гострому періоді травми, зросла на 6,3% та становила $74,1 \pm 3,7\%$,

частота застарілої травми зменшилася на 1,84% і становила $16,7 \pm 3,4\%$. Знизилася і кількість неправильно консолідованих переломів на 4,42%, (до $9,2 \pm 3,2\%$) (мал. 3, табл. 3). Отже, спостерігається певна стабілізація процесу та тенденція до покращення ситуації стосовно діагностики і лікування ПВК, оскільки наявне незначне збільшення частки свіжих переломів (на 6,3%) на тлі зменшення частки застарілих та неправильно консолідованих на 1,84% та 4,42% відповідно. Цей факт можна пояснити своєчасною

діагностикою ушкоджень та впровадженням ряду високотехнологічних сучасних методів обстеження (СКТ). Однак, на жаль, і досі спостерігається вражаюче несвоєчасне надання допомоги хворим щелепно-лицевими хірургами внаслідок незлагодженості в роботі спеціалістів суміжних спеціальностей (нейрохірурга, невропатолога, офтальмолога, оториноларинголога).

Література

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский. — Витебск: Белмедкнига, 1998. — 407 с.
2. Логвиненко І.П. Лікування переломів вилицевого комплексу, що призвели до зміни об'єму орбіти: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / І.П. Логвиненко. — Київ, 2005. — 24 с.
3. Маланчук В.А. Новая классификация переломов скулового комплекса / В.А. Маланчук // VII научно-практическая конференция стоматологов Киевской области: тез. докл. — К., 1985. — 38 с.
4. Маланчук В.А. Хирургическое лечение переломов

Висновки

1. За період 2006–2010 рр. структура ПВК за типами стала різноманітною (46 типів проти 35 у попередній період).
2. Важкість ПВК зростає, зокрема через збільшення кількості множинних ушкоджень та поєднаних травм.
3. Змінився розподіл етіопатогенетичних чинників у структурі ушкоджень:

транспортні травми посіли перше місце.

4. Зменшився термін від моменту отримання травми до початку лікування, що може свідчити про незначне покращення діагностики, хоча б в умовах однієї клініки.
5. Зміни варіабельності типів ПВК на тлі зростання важкості ушкоджень зумовлюють підвищення вимог до діагностики таких травм та комплексності їхнього лікування.

- скулового комплекса в зависимости от давности травмы: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук / В.А. Маланчук. — К., 1984. — 24 с.
5. Матрос-Таранець І.М. Травматичні пошкодження щелепно-лицевої ділянки: інфраструктура, закономірності локальних м'язових порушень, лікування: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук / І.М. Матрос-Таранець. Донецьк, 2001. — 37 с.
 6. Парасочкина В.В. Диагностика и лечение переломов скулоорбитального комплекса с применением внеротового репозиционно-фиксирующего устройства: дисс. ... канд. мед. наук / В.В.

Парасочкина. — Одесса, 2004. — 212 с.

7. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: у 2 томах / Маланчук В.О., Логвиненко І.П., Маланчук Т.О. [та ін.]. — Київ: Логос, 2011. — Т. 2 — 672 с.
8. Чепурний Ю.В. Лікування переломів середньої частини обличчя, що супроводжуються порушеннями слъзовідведення: дис. ... канд. мед. наук / Ю.В. Чепурний. — Київ, 2011. — 204 с.
9. Pushker N., Bajaj M.S., Sharma V., Balasubramanya R. Profile of trauma-related residual periorbital deformities in Indian children. Int. Ophthalmol. — 2004. — 25(4): 239–242.



ПЕРЕДПЛАТНИЙ ІНДЕКС 74346

Оформити передплату на журнал «НОВИНИ СТОМАТОЛОГІЇ»

Ви можете у будь-якому відділенні зв'язку України, а також у передплатних агентствах

Меркурій	м. Дніпропетровськ	(056) 744-16-61, 744-72-87, 778-52-85	КСС	м. Луганськ	(0642) 71-07-02
Фактор-Преса	м. Львів	(032) 241-83-91, 241-83-92	КСС	м. Луцьк	(0332) 28-52-67 (067) 691-64-23
Фактор-Преса	м. Харків	(057) 717-71-99	КСС	м. Львів	(032) 241-91-65, 241-91-66
Ідея	м. Донецьк	(062) 381-09-32, 304-20-22	КСС	м. Миколаїв	(0512) 58-00-99, 46-42-58
ПП Парашак	м. Дрогобич	(0342) 41-54-74	КСС	м. Одеса	(048) 777-03-55, 718-90-61
ПП Філіпова	м. Івано-Франківськ	(0342) 50-13-20	КСС	м. Полтава	(0532) 50-93-10, 50-65-15
ПП Потьомкіна	м. Хмельницький	(0382) 78-33-78	КСС	м. Рівне	(0362) 43-20-12, (067) 242-68-24
САММІТ	м. Київ	(044) 521-40-50, 521-23-74	КСС	м. Севастополь	(0692) 54-90-64
САММІТ-Львів	м. Львів	(032) 245-22-04, 298-04-80	КСС	м. Сімферополь	(0652) 62-07-56, 70-99-09
САММІТ-Крим	м. Сімферополь	(0652) 51-56-55, 51-63-56	КСС	м. Суми	(0542) 61-95-50, (067) 245-62-73
САММІТ-Крим	м. Ялта	(0654) 32-41-35	КСС	м. Тернопіль	(0352) 23-51-51, 43-04-27
САММІТ-Харків	м. Харків	(057) 714-22-60, 714-22-61	КСС	м. Херсон	(0552) 26-63-59, (067) 218-60-98
САММІТ	м. Кременчук	(0536) 79-13-28	КСС	м. Черкаси	(0472) 56-97-69, (067) 468-77-02
САММІТ	м. Полтава	(0532) 63-68-40	КСС	м. Чернівці	(0372) 58-40-57, 90-40-40
САММІТ	м. Дніпропетровськ	(056) 370-44-23, 370-45-12	КСС	м. Чернігів	(0462) 60-45-13
КСС	м. Вінниця	(0432) 69-79-77, (67) 242-60-83	КСС	м. Ялта	(0654) 26-27-24, (067) 506-27-73
КСС	м. Запоріжжя	(061) 213-49-50, 220-96-00	НоуХау	м. Миколаїв	(0512) 47-35-03, 47-20-03, 47-25-47
КСС	м. Кам'янець-Подільський	(03849) 5-16-05, (067) 401-61-54	Західний кур'єр	м. Львів	(032) 221-21-01
КСС	м. Київ	(044) 585-80-80	Прес максимум	м. Львів	(032) 297-15-15, 297-02-18
КСС	м. Кіровоград	(0522) 27-02-92	Циндра	м. Львів	(032) 297-15-15
КСС	м. Кривий Ріг	(056) 440-07-59, (067) 487-41-61			