

И.А. Бугоркова

УЧЕТ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ МЕЖДУ АМБУЛАТОРНОЙ И СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ (ПЕРЕЛОМОВ) В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, г. Донецк, Украина
ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель – определить преємственность между амбулаторной и стационарной хирургической стоматологической службой при переломах различной локализации в челюстно-лицевой области.

Методы: метод системного подхода, эпидемиологический метод, клинические методы обследования, статистический анализ.

Результаты. Установлено, что травмы (переломы) челюстно-лицевой области составляют около 7,0% от всей ургентной помощи. Среди причин этих травм наиболее часто встречаются бытовые (порядка 50,0%). Травмированные по поводу переломов различной локализации челюстно-лицевой области не сразу обращаются в специализированные лечебные учреждения (на 2–3-е сутки после получения травмы). Отсутствие комплексных протоколов преємственности между амбулаторной и стационарной помощью приводит к тому, что только в 28,7% случаев врачи амбулаторного приема производят иммобилизацию отломков.

Выводы. Для эффективного лечения травм (переломов) необходимо разработать пакет комплексных протоколов с учетом преємственности между амбулаторной и стационарной помощью с целью оптимизации маршрута и затрат времени больных.

Ключевые слова: травмы, переломы челюстно-лицевой области, алкоголь, причины, профилактика, распространенность.

Введение

Удовлетворение потребностей населения в доступной и качественной стоматологической помощи является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем, в которой нуждается Украина на этапе реформирования [3].

Меняется время, а соответственно меняются алгоритмы и методологические подходы в диагностике и лечении стоматологических заболеваний, включая раздел хирургической стоматологии [1].

При этом необходимо отметить, что по-прежнему нет четкой структуры, новых нормативов в преємственности по организации стоматологической хирургической помощи как в условиях амбулаторного, так и стационарного приема больных [4].

Для решения указанных задач необходимо изучить причины происхождения и развития заболеваний, разработать и внедрить оптимальную структурно-функциональную модель организации хирургической стоматологической помощи, которая должна основываться на многоуровневой системе предоставления специализированной помощи, в основу которой заложены принципы снижения рисков [1, 4].

Цель работы – определить преємственность между амбулаторной и стационарной хирургической стоматологической службой при переломах различной локализации в челюстно-лицевой области.

Материалы и методы

В исследовании использованы следующие методы:

- системного подхода – для проведения количественного и качественного анализа, выявления существующих проблем в организации хирургической стоматологической помощи;
- эпидемиологический – для установления причинно-следственной связи о причинах возникновения болезней и способах их предупреждения;
- клинические – для постановки диагноза;
- дополнительные – рентгенологическое обследование;
- статистический – для определения уровня заболеваемости и показателей деятельности стоматологической помощи.

Обработка данных проведена методами вариационной статистики с использованием стандартного офис-

ного пакета прикладних програм MS Excel для Windows'XP'Professional.

Результаты исследования и их обсуждение

С целью решения поставленных задач проведен системный анализ по ургентной стоматологической помощи, изучены архивные медицинские карты стационарных больных (Ф-№003/о), журнал регистрации амбулаторных больных (Ф-№074/о), которые проходили лечение в челюстно-лицевом отделении центральной городской клинической больницы № 1 г. Донецка в 2011–2013 гг. (табл. 1), а также изучены медицинские карты стоматологического больного (Ф-043/о) в системе амбулаторной стоматологической помощи.

Данное исследование проведено сплошным методом, достоверная выборка для изучения составила 597 медицинских карт стационарных больных (Ф-№003/о), которые проходили лечение в 2011–2013 гг., с заключительным диагнозом перелома различной локализации челюстно-лицевой области (ЧЛО), и 245 медицинских карт стоматологического больного (Ф-043/о), на этапе первичного обращения и на этапе долечивания.

В результате проведенного исследования установлено, что ежегодно за ургентной помощью в стоматологическое отделение № 1 обращается в среднем около 8724 человек с челюстно-лицевой патологией и травма-

ми, среднее количество больных с переломами составляет 568 человек в год.

В представленной структуре заболеваемости удельный вес больных с переломами составляет порядка 7,0% от всей ургентной помощи. Но именно этот раздел стоматологической помощи связан с высоким риском развития возможных осложнений, вторичными деформациями, а также с возможным нарушением функциональных расстройств.

Наибольший процент случаев приходится на переломы нижней челюсти (ПНЧ) и составляет до 70% случаев. По степени тяжести переломы верхней челюсти (ПВЧ) преобладают над ПНЧ, так как это связано с анатомо-физиологическими особенностями лицевого скелета [2]. Соответственно, сроки пребывания больных в условиях стационара имеют достоверные отличия, сроки лечения больных с ПНЧ составляют ± 14 к/дней, а ПВЧ – ± 21 к/дней.

Проведенный анализ 597 медицинских карт стационарных больных (Ф-№003/о) позволил установить, что переломы в ЧЛО у мужского населения встречаются в 5 раз чаще, чем у женского населения (85,3% у мужчин и 14,7% у женщин). Анализ причин развития заболевания представлен в таблице 2.

Результаты проведенного анализа среди причин переломов различной локализации ЧЛО засвидетельствовали, что наибольшее количество случаев (более 50%) приходится на бытовые травмы. Установлена зависимость, связанная с употреблением спиртных

Таблица 1

Оказание ургентной помощи больным с челюстно-лицевой патологией

Ургентная помощь	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Принято всего больных	8267	8798	9109
Из них госпитализировано	2419	2535	2426
Вправление скуловых костей	105	123	224
Шинирование	502	597	605
Вправление вывихов челюстей	55	34	37
Прочие	28	48	72
Удаление зубов	245	324	1111
Ушито лунок	–	–	–
Первичная хирургическая обработка ран	1628	1710	1618
Вскрытие абсцессов и флегмон	1469	1517	2225
Вправление костей носа	–	2	1
Итого операций	4032	4085	4647
Проведено обследований и дообследований с целью направления к смежным специалистам	618	631	789

Таблиця 2

Причини переломів в челюстно-лицевій області

Возраст	Пол		Причини переломів					
	м	ж	ДТП	Производственная травма	Бытовая травма	Криминальная	Другие	Приём алкоголя
18–30	140	22	23	38	95	9	5	79
31–40	110	20	10	31	75	11	3	69
41–50	96	14	13	28	57	8	4	57
51–60	107	21	12	32	68	9	4	72
61 и старше	56	18	4	13	53	2	2	14

напитков. Так, порядка 70% от числа лиц, получивших бытовые травмы, употребляли спиртные напитки. Системный подход позволил установить, что травмированные по поводу переломов различной локализации ЧЛО не сразу обращаются в специализированные лечебные учреждения (на 2–3-е сутки после получения травмы). Традиционно травмированные обращаются в стоматологические поликлиники по месту жительства до 73,0%, соответственно их обращение можно считать отсроченным.

Изучение 245 медицинских карт стоматологического больного (Ф-043/о) позволило установить, что врачи-стоматологи-хирурги амбулаторного приема на этапе первичного обращения больных по поводу переломов различной локализации только в 23,4% случаев диагностируют окончательный диагноз, в 76,6% случаев врачи направляют больных в челюстно-лицевые отделения с предварительным диагнозом. Такая достоверная разница в 3,2 раза обусловлена нехваткой, а зачастую и отсутствием диагностической (рентгенологической) аппаратуры, которая позволила бы дать достоверную информацию и установить окончательный диагноз. Традиционно, стоматологические поликлиники укомплектованы дентальными рентгенологическими аппаратами, которые в постановке диагноза при переломах не информативны, а соответственно маршрут пациента увеличивается за счет диффдиагностики и посещения других лечебно-профилактических учреждений с целью дообследования.

На этапе направления больных из амбулаторных стоматологических учреждений в стационарные ЧЛО врачи стоматологи хирурги только в 28,7% случаев производят иммобилизацию отломков, что снижает риск развития посттравматических осложнений (гематом, невритов), остальные больные направляются в стационарные отделения без иммобилизации отломков.

Только в 12,4% случаев больные амбулаторного приема доставляются спецтранспортом в стационарные отделения, а остальные добираются самостоятельно, при этом в 100% случаев в предварительном диагнозе отмечается закрытая черепно-мозговая травма.

В данном исследовании установлено, что лица с производственными, криминальными травмами и полученными в результате ДТП непосредственно доставляются в специализированные челюстно-лицевые отделения спецтранспортом или транспортом предприятий, на которых работают эти пострадавшие, что минимизирует риски развития возможных осложнений, по фактору времени, обследованию, диффдиагностики и лечению.

Выводы

Проведенный анализ показал, что травмы ЧЛО (переломы) составляют около 7,0% от всей ургентной помощи. При этом по половому признаку травмы ЧЛО (переломы) составляют 85,3% у мужчин и 14,7% у женщин.

Среди причин травм ЧЛО наиболее часто встречающимися являются бытовые (порядка 50,0% и более), производственные (21,0%), полученные при ДТП (5,3%) и т.д.

Результаты анализа свидетельствуют о том, что почти в половине (47,8%) случаев одной из причин является прием алкоголя.

Перспективы дальнейших исследований

Для эффективного лечения травм (переломов) необходимо разработать пакет комплексных протоколов с учетом преемственности между амбулаторной и стационарной помощью с целью оптимизации маршрута и затрат времени больных.

Литература

1. Безруков В. М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В. М. Безруков, Т. М. Робустова. — М. : Медицина, 2000. — 334 с.
2. Квашук В. В. Атлас клинической анатомии головы и шеи / В. В. Квашук. — Ростов н/Дону : Феникс, 2002. — 178 с.
3. Савичук Н. О. Современные подходы к изучению стоматологического здоровья / Н. О. Савичук // Дентальные технологии. — 2010. — № 2. — С. 7–10.
4. Тимофеев А. Н. Анализ травматических повреждений нижней челюсти по материалам клиники челюстно-лицевой хирургии Главного военного госпиталя / А. Н. Тимофеев, В. Г. Шальга, В. В. Коваленко // Вестник стоматологии. — 1997. — № 3. — С. 72–73.

Дата поступления рукописи в редакцию: 02.06.2014 р.

Облік спадкоємності між амбулаторною та стаціонарною допомогою при лікуванні травм (переломів) у щелепно-лицьовій хірургії

I.A. Бугоркова

Донецький національний медичний університет
імені М. Горького, м. Донецьк, Україна
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень
МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета — визначити спадкоємність між амбулаторною і стаціонарною хірургічною стоматологічною службою при переломах різної локалізації в щелепно-лицьовій ділянці.

Методи: метод системного підходу, епідеміологічний метод, клінічні методи обстеження, статистичний аналіз.

Результати. Встановлено, що травми щелепно-лицьової ділянки (переломи) становлять близько 7,0% від усієї ургентної допомоги. Серед причин травм щелепно-лицьової ділянки найчастіше зустрічаються побутові (близько 50,0%). Встановлено, що травмовані з приводу переломів різної локалізації щелепно-лицьової ділянки не відразу звертаються до спеціалізованих лікувальних установ (на 2–3-тю добу після отримання травми). Відсутність комплексних протоколів спадкоємності між амбулаторною і стаціонарною допомогою приводить до того, що лише в 28,7% випадків лікарі амбулаторного прийому проводять іммобілізацію відламків.

Висновки. Для ефективного лікування травм (переломів) слід розробити пакет комплексних протоколів з урахуванням спадкоємності між амбулаторною і стаціонарною допомогою з метою оптимізації маршруту і витрат часу хворих.

Ключові слова: травми, переломи щелепно-лицьової ділянки, алкоголь, причини, профілактика, поширеність.

Account of succession between an ambulatory and stationary help at treatment of traumas (breaks) in maxillufacial surgery

I.A. Bugorkova

Donetsk National Medical University
named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine
SI «Ukrainian Institute of Scientific Researches
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose of this research is there is determination of succession between ambulatory and stationary surgical stomatological service at the breaks of different localization in maxillufacial area.

Methods: a method of approach of the systems, epidemiology method, clinical methods of inspection, statistical analysis.

Results. The conducted research rotined that the traumas (breaks) of maxillufacial area made poryadka 7.0% from all urgentnoy help. Among reasons of traumas of maxillufacial area most often there are domestic — 50.0%. It is set that trauma concerning the breaks of different localization of maxillufacial area not immediately apply in the specialized medical establishments, and their appeals are on 2–3 days after the receipt of trauma. Absence of complex protocols of succession between an ambulatory and stationary help results in what only in 28.7% cases the doctors of ambulatory reception produced immobilization wreckages.

Conclusions. On domestic traumas a late appeal is marked. For effective treatment of traumas (breaks) it is necessary to develop the package of complex protocols taking into account a succession between an ambulatory and stationary help with the purpose of optimization of route and expenses of time of patients.

Key words: traumas, breaks of maxillufacial area, alcohol, reasons, prophylaxis, prevalence.

Сведения об авторе

Бугоркова Ирина Анатольевна — к.мед.н., доц. кафедры стоматологии детского возраста УНИПО Донецкого национального медицинского университета имени М. Горького, диссертант ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины»; ул. Никитина, 31а, г. Донецк, 83085, Украина; служ. тел. +38 (062) 311-58-40; e-mail: obl.stom@yandex.ua.