

DOI: 10.26693/jmbs04.06.239

УДК 616.716-001.5-089.22.23

*Матоліч У. Д.¹, Уштан С. В.¹, Назаревич М. Р.¹,
Камінський М. В.², Камінський В. І.³*

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У м. ЛЬВОВІ В ПЕРІОД ЗА 2016-2018 РОКИ

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

² Ужгородський національний університет, Україна

³ КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги», Львів, Україна

ulyanam23@gmail.com

Проблема травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки не втрачає своєї актуальності, про що свідчить зростання кількості хворих даної нозології у 2016-2018 рр. Результати ретроспективного дослідження показали наступне: було госпіталізовано 1928 хворих із приводу травматичних пошкоджень, що склало 26,2 % у структурі щелепно-лицевої патології. Більшість з них – чоловіки (n=1704; 88,4 %) та міські мешканці (n=1181; 61,3 %). Основна кількість травм припадало на осіб працездатного віку, що має негативне економічне та соціальне значення. Побутові травми (84,1 %) переважали над іншими видами травм. У 1527 (79,2 %) хворих діагностовано перелом нижньої щелепи, перелом верхньої щелепи – у 115 (5,9 %) хворих, переломи верхньої і нижньої щелепи – у 30 (1,6 %) хворих, виличних дуг і виличних кісток – у 239 (12,4 %) хворих, перелом кісток носа – у 19 (0,9%) хворих. У пацієнтів із переломами нижньої щелепи діагностовано переломи різної локалізації: по середній лінії нижньої щелепи – 68 (4,5 % у структурі травматичних пошкоджень нижньої щелепи) випадків, у ментальній ділянці – 235 (15,4 %) випадків, у ділянці тіла нижньої щелепи – 309 (20,2 %) випадків, кута – 648 (42,4 %) випадків, гілки – у 55 (3,6 %) випадків, вінцевого відростка – у 38 (2,5 %) випадків, виросткового відростка – у 174 (11,4 %) випадків. За період дослідження суттєво збільшилася кількість хворих із переломами в ділянці кута і виросткового відростка.

Лікування переломів кісток лицевого черепа

виконували консервативний (ортопедичним), хірургічним, комбінованим (хірургічно-ортопедичним) методами. Ортопедичні методи лікування переломів застосовано у 48,2 % пацієнтів. З метою досягнення найкращого функціонального та анатомічного відновлення кістки використовували по показаннях хірургічний менеджмент переломів, який забезпечував ретельну репозицію та фіксацію кісткових фрагментів. Констатували динамічне зростання оперативної активності (2016 р. – 26,5 % випадків; 2017 р. – 33,4 % випадків; 2018 р. – 40,1 % випадків). При хірургічно-ортопедичному методі перед оперативною фіксацією кісток виконували індивідуальні назубні шини, виготовлені лабораторним способом у 16,2 % пацієнтів. Регіональні дослідження пошкоджень щелепно-лицевої ділянки є важливим методом оцінки проблем травматизму та раціонального планування лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: щелепно-лицева ділянка, травматичні пошкодження, переломи кісток лицевого черепа.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дане дослідження є фрагментом комплексної наукової теми кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії «Пошук, впровадження і шляхи удосконалення методів діагностики та лікування запальних, травматичних процесів, дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки», № державної реєстрації 0115U000046.

Вступ. Як відомо, хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія (ЩЛХ) вивчає хірургічні захворювання органів порожнини рота, голови та шиї, кісток лицевого скелету. Комплекс хірургічної спеціалізованої медичної допомоги виконується у стаціонарах, у відділеннях ЩЛХ, де і зокрема, надається допомога хворим із травматичними пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД). Пацієнти з травмами ЩЛД складають за даними літератури від 20% до 40% загальної кількості госпіталізованих у ЩЛХ [1, 2]. Переломи кісток лицевого скелету становлять до 88% усіх травматичних пошкоджень ЩЛД [3, 4]. Серед травм кісток лицевого скелету переважають переломи нижньої щелепи, на долю яких приходить 74-95% спостережень [5, 6]. Нижня щелепа – єдина рухома кістка лицевого черепа підковоподібної форми. Переломи нижньої щелепи можуть виникнути внаслідок прогинання, перегину, стиснення. І саме в результаті сили щелепа ламається у типових, «слабких» місцях: в області центральних різців, ікла, премоларів, кута нижньої щелепи, шийки виличного відростка.

Причинами травматизму є соціальна нестабільність, природні катаклізми, дорожньо-транспортні пригоди, порушення правил охорони праці, збільшення випадків агресивної поведінки людей [7, 8]. Варто зазначити, що в Україні збільшується число травм внаслідок дорожньо-транспортних пригод на відміну від європейських країн. Прогресивне старіння європейського населення, суворе трудове законодавство та заходи з безпеки дорожнього руху можуть бути причиною цієї відмінності [9]. Травматичні пошкодження ЩЛД становлять істотну економічну та медико-соціальну проблему, пов'язану із залученням ресурсів системи охорони здоров'я та фінансовими затратами на лікування та реабілітацію постраждалих [10].

Результати вивчення вітчизняної та зарубіжної фахової літератури щодо лікування переломів засвідчують, що хірургічний метод забезпечує анатомічну репозицію та стабільну фіксацію кісткових фрагментів, ранню функціональну мобілізацію м'язового апарату та скронево-нижньощелепного суглобу, повноцінне харчування, полегшення гігієнічного догляду за порожниною рота, оптимізацію умов для репаративної регенерації кісткової тканини [11, 12]. На даний час 46 % пацієнтів лікуються хірургічним шляхом, 48 % – консервативним методом, 6 % – комбінованим методом [13]. При цьому, як свідчать дані Murray і співавт., спостерігається тенденція до зростання застосування методу оперативного з'єднання кісткових фрагментів замість консервативного лікування, що веде до раннього відновлення функцій, стабільності відламків, комфорту пацієнта [14].

У структурі ускладнень травматичних пошкоджень переважають залишкові нейросенсорні розлади нижньощелепного (16,01 %) та підчочномкового нерва (15,5 %), порушення рухової функції лицевого нерва (2,3 %), диплопія (3,2 %), екзофтальм (1,88 %), а також запальні процеси (15,0 %) [15]. Розвиток ускладнень обумовлює значне подовження термінів стаціонарного лікування (в середньому в 1,5 рази) і його незадовільні результати [16].

Проблема травматизму є актуальною науково-медичною та соціально значущою темою. Системний аналіз структури травматичних пошкоджень ЩЛД є необхідною ланкою в удосконаленні діагностично-лікувальних заходів та оптимізації допомоги хворим.

Мета дослідження – проведення ретроспективного аналізу структури травматичних пошкоджень ЩЛД і методів лікування у хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділеннях ЩЛХ, для удосконалення діагностично-лікувальних заходів, пошуку нових способів лікування і профілактики ускладнень.

Матеріал і методи дослідження. Вивчено архівні матеріали і проведено ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів із травматичними пошкодженнями ЩЛД, які знаходились на лікуванні у відділеннях щелепно-лицевої хірургії КНП «Клінічної лікарні швидкої медичної допомоги» та Львівської обласної клінічної лікарні впродовж 2016-2018 років.

Дослідження проведено відповідно до основних біоетичних норм Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення науково-медичних досліджень із поправками (2000, з поправками 2008), Універсальної декларації з біоетики та прав людини (1997), Конвенції Ради Європи з прав людини та біомедицини (1997).

Розрахунки виконані з використанням програми Microsoft Excel 2003.

Результати дослідження та їх обговорення. Всім хворим виконувався комплекс діагностичних і лікувальних заходів у відповідності клінічним протоколам медичної допомоги МОЗ України. На стаціонарному лікуванні впродовж 2016-2018 років перебувало 7358 пацієнтів (2016 р. – 2353 пацієнтів, 2017 р. – 2505 пацієнтів, 2018 р. – 2500 пацієнтів), із них – 1928 хворих із приводу травматичних пошкоджень ЩЛД, що склало 26,2 % та корелює з даними інших авторів [8]. Питома вага травм у структурі щелепно-лицевої патології впродовж трьох років неухильно збільшувалася (598; 635; 695 хворих відповідно). Серед хворих було 1181 (61,3 %) мешканців міста, решта – 747 (38,7 %)

сільських жителів. Сезонних коливань росту захворювань не виявлено. Переважна більшість, 1704 (88,4%) пацієнтів – чоловіки, 224 (11,6 %) пацієнтів – жінки.

Результати аналізу вікового складу (згідно вікової класифікація ВООЗ) хворих із пошкодженнями ЩЛД представлені в таблиці 1. Основна кількість захворювань припадала на осіб працездатного віку, що за рахунок значного терміну втрати працездатності, тяжких функціональних та косметичних наслідків має негативне економічне та соціальне значення.

Серед причин пошкоджень ЩЛД превалювали побутові травми – 84,1 %, травми внаслідок дорожньо-транспортних подій – 12 %, спортивні травми – 2,6 %, виробничі – 1,3 %. За період дослідження можна відмітити зменшення виробничих травм та збільшення числа автотранспортних пригод. Гематоми обличчя діагностували у 67,4 % випадках, садни м'яких тканин – у 6,4 % випадках, рани шкіри і слизової оболонки порожнини рота – у 16,3 % випадках. Крім того, було госпіталізовано 1415 дітей, із них – 168 (11,9 %) хворих із травматичними пошкодженнями ЩЛД.

Травматичні пошкодження нижньої щелепи є однією з найпоширеніших патологій у клініці ЩЛХ. У 1527 (79,2 %) хворих діагностовано перелом нижньої щелепи, перелом верхньої щелепи – у 115 (5,9 %) хворих, переломи верхньої і нижньої щелепи – у 30 (1,6 %) хворих, виличних дуг і виличних кісток – у 239 (12,4 %) хворих, перелом кісток носа – у 19 (0,9 %) хворих, що відповідає показникам вітчизняних та зарубіжних авторів [9, 12].

Загалом, у хворих із переломами нижньої щелепи діагностовано переломи різної локалізації: по середній лінії нижньої щелепи – 111 (4,5 % у структурі травматичних пошкоджень нижньої щелепи) випадків, у ментальній ділянці – 278 (15,4 %) випадків, у ділянці тіла нижньої щелепи – 352 (20,2 %) випадків, кута – 691 (42,4 %) випадків, гілки – у 98 (3,6 %) випадків, вінцевого відростка – 81 (2,5 %) випадків, виросткового відростка – 217 (11,4 %) випадків. Серед них – одиночні переломи діагностовано у 863 (56,5 %) пацієнтів, подвійні (одно- та двобічні) – у 629 (41,2 %), множинні – у 35 (2,3 %). У 41,7 % випадків спостерігали переломи зі зміщенням кісткових фрагментів при одиночних переломах та у 64,3 % випадків при подвійних переломах.

Серед подвійних переломів найчастіше діагностували такі комбінації: кут щелепи та ментальна ділянка 36,7 %, перелом виросткового відростка та ментальної ділянки 22,7 %, переломи тіла щелепи та ментальної ділянки 5,9 %, переломи тіла щелепи і кута нижньої щелепи 3,4 %, переломи тіла і виросткового відростка 2,7 % тощо. За період дослідження суттєво збільшилася кількість хворих із переломами в ділянці кута і виросткового відростка. Частота переломів нижньої щелепи з іншою локалізацією залишилася стабільною. У хворих із переломами верхньої щелепи діагностовано: Ле Фор I у 37 (32,7 %) випадках, Ле Фор II у 36 (31,8 %) випадках, Ле Фор III у 8 (7,4 %) випадках, альвеолярний перелом у 35 (21,9 %) випадках. Доцільно відмітити динамічне збільшення кількості пацієнтів із подвійними переломами (2016р. – 25,6 %, 2017р. – 33 %, 2018р. – 41,4 %) та із зміщенням кісткових фрагментів при подвійних переломах (16,3 %; 21,4 %; 26,6 % відповідно).

Велика кількість хворих із травматичними пошкодженнями ЩЛД визначають актуальність пошуку нових методів лікування переломів щелеп. Лікування переломів кісток лицевого черепа виконували ортопедичним (консервативний), хірургічним, комбінованим хірургічно-ортопедичним методом. Рішення про вибір методики ведення пацієнта приймали індивідуально, на основі аналізу клінічної картини, оцінки даних рентгенологічних методів дослідження, комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії.

За період 2016-2018 рр. переважав консервативний метод лікування хворих (найчастіше двощелепні назубні шини), основною ціллю якого є створення мандибуло-максиллярної фіксації за допомогою використання назубних індивідуальних і стандартних шин із зачіпними гачками. Це продиктовано тим, що при неускладнених переломах необхідно розпочинати лікування з використання найменш інвазивних методів. Ортопедичні методи лікування переломів застосовано у 48,2 % пацієнтів. Оскільки, оперативні втручання серед комплексу лікувально-профілактичних заходів є на сьогоднішній день провідними та клінічно обґрунтованими, то спостерігалось динамічне зростання оперативної активності (2016 р. – 26,5 % випадків; 2017 р. – 33,4 % випадків; 2018 р. – 40,1 % випадків). При хірургічному методу лікування фіксація кісткових

Таблиця 1 – Розподіл хворих за віком

К-сть хворих	Вік					
	18-24 років	Молодий вік 25-44 років	Середній вік 45-60 років	Похилий вік 61-75 років	Старечий вік 76-90 років	Всього
Абс. число	368	756	694	102	8	1928
Питома вага, %	19	39	37	5	0	100

фрагментів здійснювалась згідно з рекомендаціями Всесвітньої Асоціації черепно-щелепно-лицевого остеосинтезу (АО СМГ). Лікування проводилося із застосуванням внутрішньо- і накісткових фіксацій. Саме до цієї групи відноситься спосіб стабільно-функціонально-компресійного остеосинтезу за допомогою пластин та гвинтів, який дозволяє пришвидшити відновлення функцій і форми кісток лицевого черепа. Основними перевагами способу є забезпечення ригідної фіксації, яка унеможлиблює зміщення та рухомість кісткових фрагментів, майже вдвічі скорочуються терміни відновлення жувальної функції, зменшуються терміни тимчасової непрацездатності, розширення щелепи при потребі. При застосуванні принципів хірургічного менеджменту констатували відсутність інтра- та післяопераційних запальних ускладнень. Водночас потрібно ретельного дотримуватися техніки проведення остеосинтезу, яка попереджає пошкодження оточуючих нервів та судин, коренів зубів. При хірургічно-ортопедичному методі перед оперативною фіксацією кісток виконували індивідуальні назубні шини, виготовлені лабораторним способом у 16,2 % пацієнтів. Необхідність проведення допоміжної фіксації була обумовлена в більшості випадків тим, що під час оперативного втручання не вдавалося відновити дотравматичну оклюзію внаслідок відсутності технічної можливості зафіксувати достатню кількість пластин і гвинтів на фрагментах, а також при множинних і поєднаних травматичних ушкодженнях та значних зміщеннях кісткових фрагментів.

Незважаючи на застосування нових методів діагностики і лікування, рівень ускладнень за даними літератури залишається достатньо високим і складає 8%-40 % [16]. Гнійно-запальні процеси мали місце у 8,3 % хворих, у 12,4 % спостерігали сповільнену консолидацію фрагментів.

Обговорення отриманих результатів. Хоча травми ЩЛД поширені у всьому світі, їхні форми відрізняються в різних суспільствах. Отримані нами дані підтверджують збільшення частоти травматичних ушкоджень ЩЛД за останні роки. Епідеміологічні особливості щелепно-лицевих переломів залежать від екологічних, культурних та соціально-економічних факторів. У нашому дослідженні ми виявили, що міжособистісне насильство та дорожньо-транспортні пригоди є найпоширенішою причиною травм. У деяких частинах світу дорожньо-транспортні пригоди є домінуючим етіологічним фактором переломів.

За даними літератури, травми переважно отримують чоловіки молодого працездатного віку, і в абсолютній більшості випадків – внаслідок побоїв та бійок, що засвідчено і в нашій роботі. Гендерний

та віковий розподіл дуже схожий на результати досліджень інших авторів.

Наша робота підтвердила більшість досліджень, що перелом кута нижньої щелепи, за яким слідує тіло та виrostковий відросток, є найбільш поширеними місцями переломів. У деяких країнах ці дані відрізняються, наприклад, в Австралії – на першому місці є перелом орбіти, у Швеції – перелом виrostкового відростку.

Незважаючи на постійний розвиток і вдосконалення підходів та методів лікування травм ЩЛД, на сьогодні не існує єдиного алгоритму надання допомоги постраждалим. Для повноцінного відновлення функцій верхньої та нижньої щелепи необхідне проведення репозиції і фіксації кісткових відламків, створення найбільш сприятливих умов для розвитку репаративної регенерації. Вищевказане вимагає пошуку нових, більш ефективних шляхів та методів лікування травм ЩЛД та профілактики їх ускладнень. Варто зазначити, що за даними публікацій переломи щелеп лікують як хірургічним так і консервативним методом (46 % і 48 % відповідно) [12, 15]. У нашому дослідженні оперативне з'єднання кісткових фрагментів застосовувалося дещо менше (35,6 %).

Нами встановлено, що рівень ускладнень склав 20,75% та є нижчим показників інших досліджень (26,45 %). Найпоширеніші ускладнення пов'язані із встановленням конструкцій при остеосинтезі (15,4 %), за ним – інфекція (15,15 %) [17].

Висновки. Проблема травматизму ЩЛД не втрачає своєї актуальності, про що свідчить зростання кількості хворих даної нозології у 2016-2018 рр. За 3 роки було госпіталізовано 1928 хворих із приводу травматичних пошкоджень ЩЛД, що склало 26,2 % у структурі щелепно-лицевої патології. Травматичні пошкодження нижньої щелепи є однією з найпоширеніших патологій у клініці ЩЛХ (79,2 % хворих).

При лікуванні клінічні протоколи медичної допомоги дозволяють обирати адекватну тактику у кожному конкретному випадку, беручи до уваги кількість переломів, дентальний статус, характер зміщення фрагментів та наявність зубів у щілині перелому зокрема. Доцільною є потреба в більш широкому залученні у практику способів хірургічного лікування переломів. Аналіз травматизму ЩЛД спонукає до постійного моніторингу даної проблеми з метою перспективного планування та оптимізації допомоги хворим.

Перспективи подальших досліджень. Важливим завданням є розробка ефективних комплексних програм лікувально-профілактичних заходів щодо травматичних пошкоджень ЩЛД та організації невідкладної допомоги хворим.

References

1. Grigorov SN. Povrezhdeniya licevogo cherepa: struktura travm i analiz faktorov oslozhnjonnogo techenija [Facial skeleton injuries: analysis of constitutional-biological factors, structure of traumas and factors of complicated course]. *World of Medicine and biology*. 2010; 4(27): 172-6. [Russian]
2. Lewis R, Hay G, Sivarajasingam V. The characteristics of facial injuries presenting to the oral and maxillofacial department at the University Hospital of Wales, United Kingdom: what has changed? *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2017; 46(1): 85-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2017.02.305>
3. Boffano P, Rocca F, Zavattoni E, Dedoli E, Uglesic V, Kovacic Z, et al. European Maxillofacial Trauma (EURMAT) project: A multicentre and prospective study. *J Craniomaxillofac Surg* 2015; 43(1): 62-70. DOI: 10.1016/j.jcms.2014.10.011
4. Vujcich N, Gebauer D. Current and evolving trends in the management of facial fractures. *Australian Dental Journal*. 2018; 63: S35–S47. DOI: 10.1111/adj.12589
5. Hassanein AG. Trends and Outcomes of Management of Mandibular Fractures. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2019; 30(4): 1245-51. PMID: 30908439. DOI: 10.1097/SCS.0000000000005469
6. Munante-Cardenas JL, Nunes PHF, Passeri LA. Etiology, Treatment, and Complications of Mandibular Fractures. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2015; 26(3): 611-5. PMID: 25643329. DOI: 10.1097/SCS.0000000000001273
7. Aldwsari OM, Aldosari KH, Alzahrani MK, Alzahrani ZA, Alanazi AH, Alkhatlan KM, et al. Associated head injuries and survival rate of patients with maxillofacial fractures in road traffic accident: A prospective study in Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2018; 7(6): 1548-54. PMID: 30613557. PMID: PMC6293942. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_101_18
8. Adalarasan S, Mohan A, Pasupathy S. Prophylactic Antibiotics in Maxillofacial Fractures: A Requisite? *Journal of Craniomaxillofac Surg*. 2010; 21(4): 1009-11. PMID: 20613562. DOI: 10.1097/SCS.0b013e3181e47d43
9. Ramadhan A, Gavelin P, Hirsch JM. A retrospective study of patients with mandibular fractures treated at a Swedish University Hospital 1999-2008. *Ann Maxillofac Surg*. 2014; 4(2): 178–81. PMID: 25593868. PMID: PMC4293839. DOI: 10.4103/2231-0746.147119
10. Rybachuk AV, Mamonov RO, Malanchuk VO. Epidemiolohiya travmatychnykh perelomiv nyzhn'oyi shchelepy v period z 2005 po 2014 p. za materialamy kliniky kafedry [Epidemiology of traumatic mandibular fractures in the period from 2005 to 2014 by the clinic department materials]. *Kharkiv surgical school*. 2012; 1(76): 117-22. [Ukrainian]
11. Motamedi M, Dadgar E, Ebrahimi A, Shirani G, Haghghat A, Jamalpour M. Pattern of maxillofacial fractures: A 5-year analysis of 8,818 patients. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014; 77(4): 630-4. DOI: 10.1097/TA.0000000000000369
12. Pohranychna KhR. Pryntsyby likuvannya perelomiv nyzhn'oyi shchelepy: statisticheskiye tendentsii [Structure of traumatic injuries of maxillofacial area: statistical tendencies]. *Medytsyna transportu Ukrayiny*. 2013; 3: 86-90. [Ukrainian]
13. Cabalag M, Wasiak J, Andrew N, Tang J, Kirby JC, Morgan DJ. Epidemiology and management of maxillofacial fractures in an Australian traumacentre. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2014; 67(2): 183-9. PMID: 24200703. DOI: 10.1016/j.bjps.2013.10.022
14. Murray JM. Mandible fractures and dental trauma. *Emerg Med Clin North Am*. 2013; 31(20): 553-73. DOI: 10.1016/j.emc.2013.02.002
15. Gutta R, Tracy K, Johnson C, James LE, Krishnan DG, Marciani RD. Outcomes of mandible fracture treatment at an academictertiary hospital: a 5-year analysis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2014; 72(3): 550-8. PMID: 24405632. DOI: 10.1016/j.joms.2013.09.005
16. Matolych UD. Kharakterystyka perebihu reparatyvnogo osteohenezu pry rannikh zapal'nykh uskladnennykh perelomiv nyzhn'oyi shchelepyyu [Characteristic of the flow reparative osteogenesis the early complications of mandible fractures]. *Bulletin of problems biology and medicine*. 2012; 2(97): 256-8. [Ukrainian]
17. Ascani G, Di Cosimo F, Costa M, Mancini P, Caporale C. Maxillofacial fractures in the Province of Pescara, Italy: A retrospective study. *ISRN Otolaryngol*. 2014; Article ID 101370. DOI: 10.1155/2014/101370

УДК 616.716-001.5-089.22.23

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО –ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В г. ЛЬВОВЕ В ПЕРИОД С 2016-2018 ГОД

**Матоліч У. Д., Уштан С. В., Назаревич М. Р.,
Каминский М. В., Каминский В. И.**

Резюме. Проблема травматических повреждений челюстно-лицевой области не теряет своей актуальности, о чем свидетельствует рост количества больных данной нозологии в 2016-2018 гг. Результаты ретроспективного исследования показали следующее: были госпитализированы 1928 больных по поводу травматических повреждений, что составило 26,2 % в структуре челюстно-лицевой патологии. Большинство из них – мужчины (n=1704; 88,4 %) и городские жители (n=1181; 61,3 %). Основное количество травм приходилось на лиц трудоспособного возраста, что имеет отрицательное экономическое и социальное значение. Бытовые травмы (84,1 %) преобладали над другими видами травм. У 1527 (79,2 %)

больных диагностировано перелом нижней челюсти, перелом верхней челюсти – в 115 (5,9 %) больных, переломы верхней и нижней челюсти – в 30 (1,6 %) больных, скуловых дуг и скуловых костей – в 239 (12,4 %) больных, перелом костей носа – у 19 (0,9 %) больных. У пациентов с переломами нижней челюсти диагностированы переломы различной локализации: по средней линии нижней челюсти – 115 (4,5 % в структуре травматических повреждений нижней челюсти) случаев, в ментальной области – 278 (15,4 %) случаев, в области тела нижней челюсти – 352 (20,2 %) случаев, угла – 691 (42,4 %) случаев, ветви – 98 (3,6 %) случаев, венечного отростка – 81 (2,5 %) случаев, суставного отростка – 317 (11,4 %) случаев. За период исследования существенно увеличилось количество больных с переломами в области угла и суставного отростка. Лечение переломов костей лицевого черепа выполняли ортопедическим (консервативный), хирургическим, комбинированным хирургически-ортопедическим методом. Ортопедические методы лечения переломов применили в 48,2 % пациентов. Для достижения наилучшего функционально-го и анатомического восстановления кости использовали по показаниям хирургический менеджмент переломов, который обеспечивал тщательную репозицию и фиксацию костных фрагментов. Мы констатировали динамичный рост оперативной активности (2016 г. – 26,5 % случаев; 2017 г. – 33,4 % случаев; 2018 г. – 40,1 % случаев). При хирургически-ортопедическом методе перед оперативной фиксацией костей выполняли индивидуальные назубные шины, изготовленные лабораторным способом в 16,2 % пациентов. Региональные исследования повреждений челюстно-лицевой области являются важным методом оценки проблем травматизма и рационального планирования лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: челюстно-лицевая область, травматические повреждения, переломы костей лицевого черепа.

UDC 616.716-001.5-089.22.23

Retrospective Analysis of the Structures of Traumatic Damages in the Maxillofacial Area in Lviv in the Period from 2016 to 2018

Matolych U. D., Ushtan S. V., Nazarevych M. R., Kaminskyi M. V., Kaminskyi V. I.

Abstract. The problem of injuries is a relevant scientific-medical and socially significant topics. Patients with injuries of maxillofacial area are according to the literature from 20 % to 40 % of the total number of hospitalized in of surgical dentistry. Fractures of the facial skeleton bones make up 88 % of all traumatic lesions of maxillofacial area. Among injuries of the bones of the facial skeleton, fractures of the mandible dominated by the fraction of 74-95 % of the observations.

The purpose of the study was to conduct a retrospective analysis of the structure of traumatic injuries of maxillofacial area in patients undergoing treatment in hospital for the determination of the priority directions of the development of surgical dentistry.

Material and methods. We studied the archival documents and conducted a retrospective analysis of the disease records of patients with traumatic injuries of maxillofacial area treated at the branches of the maxillofacial surgery of the MNE "Clinical Hospital of Emergency Medical Care" and the Lviv Regional Clinical Hospital during 2016-2018. The calculations were performed using the Microsoft Excel 2003 program.

Results and discussion. The results of a retrospective study showed the following: 1928 patients were hospitalized for traumatic injuries, which accounted for 26.2 % of the structure of maxillofacial pathology. Most of them were men (n=1704; 88.4 %) and city dwellers (n=1181; 61.3 %). Most of the injuries occurred in people of working age, who had negative economic and social significance. Household injuries (84.1 %) prevailed over other types of injuries. A mandibular fracture was diagnosed in 1527 (79.2 %) patients; a maxillary fracture was diagnosed in 115 (5.9 %) patients; a maxillary and mandibular fracture was diagnosed in 30 (1.6 %) patients; zygomatic arches and zygomatic bones were diagnosed in 239 (12.4 %) patients; the fracture of the bones of the nose was diagnosed in 19 (0.9%) patients. Treatment of fractures of the facial skull bones was carried out by orthopedic (conservative), surgical, combined surgical-orthopedic method. Orthopedic methods of treatment of fractures were used in 48.2 % of patients. In order to achieve the best functional and anatomical restoration of bone, surgical fracture management was used for indications, which provided careful repositioning and fixation of bone fragments. We noted the dynamic growth of operational activity (2016 – 26.5 % of cases, in 2017 – 33.4 % of cases, in 2018 – 40.1 % of cases). In the surgical-orthopedic method, before the operative fixation of the bones, individual nasal tire fabrics manufactured by the laboratory were performed in 16.2 % of patients.

Conclusion. The expedient is the need for wider involvement in practice of surgical treatment of fractures. The analysis of the traumatism of maxillofacial area leads to continuous monitoring of this problem with the aim of long-term planning and optimization of patient care.

Keywords: maxillofacial area, traumatic injuries, facial bone fractures.

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 19.07.2019 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування