

АНАЛІЗ ЧАСТОТИ І СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬО ЩЕЛЕПИ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

АНАЛІЗ ЧАСТОТИ І СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬО ЩЕЛЕПИ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ – Вивчено частоту і структуру переломів нижньої щелепи. Встановлено, що серед усіх травматичних переломів кісток лицьового скелета ізольовані переломи нижньої щелепи складають 73,6 %. Найбільший відсоток серед них (67,7 %) становлять хворі віком від 21 до 40 років. У структурі переломів переважали травми побутового характеру. Встановлено тенденцію до збільшення кількості хворих із переломами, які локалізуються у ділянці тіла і виросткового відростка нижньої щелепи.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРЫ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ – Изучена частота и структура переломов нижней челюсти. Установлено, что среди всех травматических переломов костей лицевого скелета переломы нижней челюсти составляют 73,6 %. Наибольший процент среди них (67,7 %) составляют больные в возрасте от 21 до 40 лет. В структуре переломов преобладали травмы бытового характера. Установлена тенденция к увеличению количества больных с переломами, которые локализуются в области тела и мыщелкового отростка нижней челюсти.

FREQUENCY AND STRUCTURE ANALYSIS OF TRAUMATIC FRACTURES OF MANDIBLE IN TERNOPIIL REGION – Frequency and structure of mandible fractures has been studied. It has been established, that among all traumatic fractures of facial skeleton bones the mandible fractures make 73,6 %. The biggest percent among them are patients at the age from 21 to 40 years – 67,7 %. The household character traumas have prevailed in the fractures structure. It has been established that the tendency of patients amount increase with fractures which are localised in the area of a body and condylar sprout of the mandible.

Ключові слова: травматичні переломи, частота, структура.

Ключевые слова: травматические переломы, частота, структура.

Key words: traumatic fractures, frequency, structure.

ВСТУП Серед усіх переломів кісток лицьового скелета травматичні переломи нижньої щелепи (ТПНЩ) зустрічаються у 97 % постраждалих [1, 2]. Незважаючи на застосування нових методів діагностики і лікування,

рівень ускладнень залишається достатньо високим і складає від 8,0 до 40,0 % [3, 4]. Ускладнення, що виникають під час лікування, призводять до значного продовження терміну непрацездатності хворих, а іноді, і до х інвалідизації [5, 6], що свідчить про необхідність удосконалення організації лікування такої категорії хворих. Першою ланкою раціонального планування лікувально-профілактичних заходів для даної категорії хворих є регіональні дослідження частоти і структури [1].

Метою дослідження стало вивчення частоти і структури ТПНЩ у хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні в стоматологічному відділенні Тернопільської обласної клінічної комунальної лікарні.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Проведено ретроспективний аналіз стаціонарних карт хворих чоловічої статі з ТПНЩ віком від 19 до 52 років, які знаходились на лікуванні в стоматологічному відділенні Тернопільської обласної клінічної комунальної лікарні за період з 2000 до 2005 року. Для вивчення структури переломів проаналізовано 254 медичні карти. Отримані дані піддані статистичному і науковому аналізу. Для порівняння двох середніх значень використано критерій Стюдента. Розрахунки виконані з використанням програми Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ За період з 2000 до 2005 року на стаціонарному лікуванні в стоматологічному відділенні перебувало 345 хворих із травматичними переломами кісток лицьового скелета. Серед них ізольовані переломи нижньої щелепи діагностовано у 254 (73,6 %) хворих, що корелює з даними інших авторів [1–4].

Віковий склад хворих представлений в таблиці 1.

Дані таблиці свідчать, що серед хворих переважають особи найбільш працездатного віку (21–40 років) – 172 (67,7 %). Інші вікові групи представлені значно меншим відсотком. Порівняльну характеристику частоти переломів нижньої щелепи різної локалізації представлено в таблиці 2.

Таблиця 1. Розподіл хворих із травматичними переломами нижньої щелепи за віком

Кількість	Вік, роки					Всього:
	19–20	21–30	31–40	41–50	> 50	
абс.	31	101	71	37	14	254
%	12,2	39,8	27,9	14,6	5,5	100

Таблиця 2. Порівняльна характеристика частоти переломів нижньої щелепи різної локалізації

Показник	Архівні дані, 1995–2000 рр.	Власні дані, 2000–2005 рр.
Всього хворих:	200	254
Переломи в ділянці:		
кута	89 (44,5 %)	139 (54,7 %)
тіла	41 (20,5 %)	42 (16,5 %)
ментального отвору	33 (16,5 %)	30 (11,8 %)
по середній лінії	9 (4,5 %)	6 (2,4 %)
гілки нижньої щелепи	6 (3,0 %)	5 (2,0 %)
виросткового відростка	17 (8,5 %)	27 (10,6 %)
вінцевого відростка	5 (2,5 %)	5 (2,0 %)

Отримані дані свідчать, що за період спостереження суттєво збільшилась кількість хворих із ТПНЩ в ділянці кута і виросткового відростка. Частота переломів нижньої щелепи з іншою локалізацією залишилась стабільною.

Аналізуючи статистичні дані характеру отримання травматичних переломів нижньої щелепи, слід відзначити, що найбільшу питому вагу склали постраждалі, які отримали травму в побутових умовах – 202 (79,5 %).

Значно менший відсоток з виробничою травмою – 6 (2,4 %), спортивна травма була у 2 (0,8 %) хворих. Найтяжчі травми, отримані хворими в дорожньо-транспортних аваріях, – 44 (17,4 %) (рис. 1).

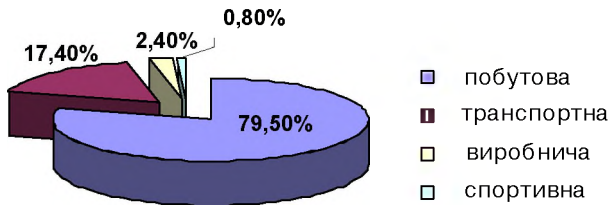


Рис. 1. Розподіл хворих за характером отримання травми.

Поєднані пошкодження мали 95 (37,4 %) хворих. В інфраструктурі поєднаних пошкоджень переважали травми м'яких тканин інших частин тіла – у 17 (17,9 %) хворих, черепно-мозкова травма – у 37 (38,9 %), переломи інших частин скелета – у 17 (17,9 %), пошкодження ЛОР-органів – у 24 (25,3 %) хворих.

Стан хворих при госпіталізації розцінювався як відносно задовільний у 125 (49,2 %) постраждалих, середньо тяжкості – у 95 (37,4 %), у 34 (13,4 %) осіб як тяжкий.

Переломи із зміщенням фрагментів були у 185 (72,8 %) хворих. При рентгенологічному обстеженні зміщення фрагментів на 5–10 мм виявлено у 93 (50,3 %) хворих, на 10–20 мм – у 42 (22,7 %), більше 20 мм – у 50 (27,0 %). Неповні вивихи зубів у лінії перелому були у 45 (17,7 % від загальної кількості) хворих, повні – у 43 (16,9 % від загальної кількості).

У хворих спостерігались такі локалізації переломів. Односторонні переломи – у 125 (49,2 %) хворих, з них – у 71 (28,0 %) в ділянці кута, у 19 (7,4 %) – тіла, у 14 (5,5 %) – виросткового відростка, переломи по середній лінії – у 14 (5,5 %), гілки нижньої щелепи – у 4 (1,6 %), вінцевого відростка – у 3 (1,2 %).

Двосторонні переломи діагностовано у 95 (37,4 %) постраждалих. Серед них: переломи в ділянці кута-ментального отвору у 5 (2,0 %), кута-тіла – у 6 (2,4 %), кута-кута – у 25 (9,8 %), кута-виросткового відростка – у 4 (1,6 %), кута-по середній лінії – у 8 (3,1 %), ментального отвору-виросткового відростка – у 4 (1,6 %), тіла-виросткового відростка – у 8 (3,1 %), тіла-ментального отвору – у 2 (0,8 %), тіла-по середній лінії – у 6 (2,4 %), гілки-гілки – у 5 (2,0 %), тіла-гілки – у 9 (3,5 %), ментального відділу-ментального відділу – у 2 (0,8 %), ментального відділу-вінцевого відростка – у 1 (0,4 %), виросткового відростка-виросткового відростка – у 10 (3,9 %).

Множинні переломи були у 34 (13,4 %) хворих. Серед усіх переломів лінійних було 237 (93,3 %), осколочних – 17 (6,7 %).

Гематоми обличчя супроводжували ТПНЩ у 196 (77,2 %) випадках, подряпини і садна – у 15 (5,9 %), рани шкіри і слизово оболонки рота – у 20 (7,9 %) випадках. Супутні захворювання виявлено у 49 (19,3 %), алкогольне сп'яніння на час госпіталізації – у 23 (9,1 %) осіб.

У 38 (15,0 %) постраждалих встановлено порушення прикусу: відкритий – у 17 (44,7 %), косий – у 9 (23,7 %), інші види порушень – у 12 (31,6 %).

Ортопедичні методи лікування переломів застосовано у 191 (75,2 %) постраждалого, оперативні – у 63 (24,8 %). При іммобілізації щелеп використовували шинування за С.С. Тігерштедтом – у 165 (65,0 %) хворих, гладку шину-скобу – у 17 (6,7 %), підборідково-потиличну еластичну пов'язку – у 9 (3,5 %).

Використано такі методи остеосинтезу: дротяний шов кістки у різних модифікаціях у 34 (54,0 %) хворих, титанові міні-пластини з гвинтами – у 24 (38,1 %), комбінація спиці Кіршнера і дротяного шва – у 5 (7,9 %). У 62 (98,4 %) хворих під час проведення остеосинтезу застосовували загальне знеболювання.

У результаті проведеного лікування повністю відновлено анатомічну форму нижньої щелепи у 239 (94,1 %) хворих, повністю не відновлено – у 15 (5,9 %).

За період лікування виникли наступні ускладнення: посттравматичний остеомієліт – у 35 (13,8 %) хворих, нагноєння післяопераційно рани – у 21 (8,3 %), сповільнена консолидація фрагментів – у 34 (13,4 %), запальні процеси в м'яких тканинах – у 32 (12,6 %), деформація нижньої щелепи – у 18 (7,1 %).

Структура ускладнень при застосуванні консервативного методу лікування: посттравматичний остеомієліт виник у 26 (13,6 %) хворих, нагноєння кісткової рани – у 18 (9,4 %), сповільнена консолидація фрагментів – у 27 (14,1 %), запальні процеси в м'яких тканинах виникли у 27 (14,1 %) хворих, деформація нижньої щелепи – у 15 (7,9 %) хворих.

При застосуванні оперативного методу лікування частота виникнення ускладнень наступна: посттравматичний остеомієліт виник у 9 (14,3 %) хворих, нагноєння кісткової рани – у 3 (4,8 %), сповільнена консолидація фрагментів – у 7 (11,1 %), запальні процеси в м'яких тканинах виникли у 5 (7,9 %) хворих, деформація нижньої щелепи – у 3 (4,8 %) хворих.

Таким чином, аналіз роботи стоматологічного відділення Тернопільсько обласно клінічно комунально лікарні свідчить про достатньо високу ефективність реабілітації постраждалих із травматичними переломами нижньої щелепи. Разом з тим, він визначає перспективи подальшого вдосконалення кваліфікованої допомоги пацієнтам із травматичними пошкодженнями щелепно-лицьової ділянки. Особливу увагу слід звернути на застосування оперативних методів лікування у хворих із ТПНЩ, так як відсоток ускладнень при хірургічному лікуванні нижчий. Покращення матеріально-технічного забезпечення відділення дозволить більш широко застосовувати для остеосинтезу міні-пластини різних модифікацій, що скоротить термін стаціонарного лікування постраждалих. Адекватне сучасне обстеження дозволить прогнозувати характер перебігу відновних процесів, вибір індивідуальних схем лікування пацієнта, що попередить виникнення ускладнень.

ВИСНОВКИ Результати ретроспективного дослідження частоти і структури травматичних переломів нижньої щелепи серед населення Тернопільської області за період з 2000 до 2007 р. показали наступне: серед усіх травматичних переломів кісток лицьового скелета переломи нижньої щелепи складають 73,6 %. Серед них найбільший відсоток становили хворі віком від 21 до 40 років – 67,7 %. У структурі переломів переважають травми побутового характеру. За період спостереження збільшилась кількість хворих із переломами, які локалізуються в ділянці тіла і виростково-го відростка нижньої щелепи.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Лесовая И.Г, Аммар Басти. Ретроспективный анализ частоты переломов нижней челюсти по данным клиники ХМАПО // Современная стоматология. – 2006. – № 3. – С. 108 – 109.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 4-е изд., перераб. и доп. – К : ООО "Червона Рута-Турс", 2004. – 1062 с.
3. Предпосылки возникновения, инфраструктура, профилактика и лечение осложненных травматических поврежденных челюстно-лицевой области / И. Н. Матрос-Таранец, М.В. Дзюба, Т.Н. Хехелева [и др.] // Современ. стоматология. – 2005. – № 4. – С. 87–89.
4. Рыбалов О.В. Частота, локализация, методы лечения и осложнения переломов нижней челюсти : (по материалам челюстно-лицевого отделения Полтав. обл. клинич. больницы) / О. В. Рыбалов, Е. П. Локес // Укр. стоматол. альманах. – 2006. – № 6. – С. 40–42.
5. Швырков М. Б. Неогнестрельные переломы челюстей / М. Б. Швырков, В. В. Афанасьев, В. С. Стародубцев. – М. : Медицина, 1999. – 334 с.
6. Бернадский Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области : учеб. пособие для студ. мед. вузов, курсантов-врачей фак. (академий) последипломного образования врачей, практ. врачей-хирургов, стоматологов, травматологов / Ю.И. Бернадский. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Мед. лит., 1999. – 444 с.

Отримано 21.09.10