

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ ПО НЕОТЛОЖНОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

А. Э. Маркаров¹, Д. А. Еремин², А. В. Мартиросов^{1,2}✉, А. С. Хандзрацян¹, А. И. Оразвалиев¹, С. А. Бугаян², О. И. Халифаев³¹ Городская клиническая больница имени Ф. И. Иноземцева, Москва, Россия² Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Россия³ Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова, Москва, Россия

Актуальные статистические данные по травме ЧЛО (челюстно-лицевой области) с анализом структуры заболеваемости и по госпитализируемой заболеваемости в отделении челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) отсутствуют. Анализ этих данных необходим для оценки результативности мер по профилактике и лечению заболеваний и травм ЧЛО, повышения эффективности оказания неотложной помощи пациентам, выявления проблем в системе оказания медицинской помощи по профилю «Челюстно-лицевая хирургия». Целью исследования было провести статистический анализ структуры госпитализации по профилю экстренной челюстно-лицевой хирургии. Проанализирована медицинская документация 15 227 пациентов, госпитализированных с 2018 по 2022 г. Было выявлено, что число пациентов с экстренной патологией челюстно-лицевой области сохраняется на достаточно высоком уровне без тенденции к снижению. Основная часть госпитализированных — мужчины молодого, трудоспособного возраста. Из числа всех госпитализированных 28,6% составили пациенты, обратившиеся в стационар самостоятельно, а 22,9% — иногородние и иностранцы. Средняя продолжительность госпитализации составила 3,85 суток и существенно не менялась за исследуемый период. В структуре травматизма преобладали раны ЧЛО и переломы нижней челюсти. Остеосинтез применяли при переломах нижней челюсти в 29,9% случаев. До 70% всех пациентов после выписки нуждались в динамическом наблюдении челюстно-лицевого хирурга. Летальность в отделении ЧЛХ крайне низкая и обусловлена наличием у пациентов тяжелой сопутствующей патологии.

Ключевые слова: травма, раны, лицо, челюстно-лицевая хирургия, статистика**Вклад авторов:** А. Э. Маркаров, Д. А. Еремин — внесение правок, подготовка финального варианта статьи; А. В. Мартиросов, А. С. Хандзрацян, А. И. Оразвалиев — планирование исследования, интерпретация данных, подготовка черновика рукописи; С. А. Бугаян, О. И. Халифаев — сбор, анализ данных. Авторы заявляют о равнозначности вклада каждого.✉ **Для корреспонденции:** Арам Вацаганович Мартиросов
ул. Фортунатовская, д. 1, г. Москва, 105187, Россия; dr.martirosov@mail.ru**Статья получена:** 09.08.2023 **Статья принята к печати:** 06.09.2023 **Опубликована онлайн:** 23.10.2023**DOI:** 10.24075/vrgmu.2023.038

STATISTICAL ANALYSIS OF DATA ON EMERGENCY MAXILLOFACIAL SURGERY

Markarov AE¹, Eremin DA², Martirosov AV^{1,2}✉, Khandzratsyan AS¹, Orazvaliev AI¹, Bugayan SA², Khalifaev OI³¹ Inozemtsev Municipal Clinical Hospital, Moscow, Russia² Pirogov National State Medical University, Moscow, Russia³ Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

There are no actual statistical data on maxillofacial trauma, nor is there a published analysis addressing morbidity patterns, including cases requiring admission to maxillofacial surgery departments. Such data and the respective analysis could help to assess effectiveness of the maxillofacial trauma and diseases prevention and treatment measures, improve the emergency care approaches, identify problems in the medical aid system's maxillofacial surgery domain. This study aimed to analyze the aspects of emergency admission to hospitals for reasons requiring maxillofacial surgery. We processed hospital records of 15,227 patients admitted from 2018 through 2022. The analysis revealed the number of emergency maxillofacial cases to be at a fairly high level and show no downward trend. The majority of the patients are young, able-bodied men. Of all the admitted persons, 28.6% came to the hospital on their own; 22.9% were nonresidents and foreigners. The average hospital stay was 3.85 days, it did not change significantly during the studied period. The prevailing types of trauma were maxillofacial injuries and mandibular fractures. For 29.9% of patients with the latter type, the treatment method of choice was osteosynthesis. Up to 70% of all the patients needed to be followed-up by a maxillofacial surgeon after discharge. The mortality rate in maxillofacial surgery departments is extremely low; all such cases involved concomitant pathologies.

Keywords: trauma, wounds, face, maxillofacial surgery, statistics**Author contribution:** Markarov AE, Eremin DA — manuscript editing, preparation of the final version of the article; Martirosov AV, Khandzratsyan AS, Orazvaliev AI — study planning, data interpretation, manuscript drafting; Bugayan SA, Khalifaev OI — data collection, analysis. Authors claim to have contributed to the study equally.✉ **Correspondence should be addressed:** Aram V. Martirosov
Fortunatovskaya, 1, Moscow, 105187, Russia; dr.martirosov@mail.ru**Received:** 09.08.2023 **Accepted:** 06.09.2023 **Published online:** 23.10.2023**DOI:** 10.24075/brsmu.2023.038

Челюстно-лицевой травматизм — это и медицинская, и социально-экономическая проблема. Бытовая и криминальная травма, развитие средств передвижения, доступных широкому кругу населения, дорожно-транспортные происшествия обуславливают высокий процент травмы ЧЛО в структуре общего травматизма [1–4]. В то же время несмотря на совершенствование мер профилактики, внедрение новых методов диагностики и лечения заболеваний ЧЛО, количество пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями

ЧЛО не уменьшается, а процент пациентов с тяжелыми формами этих заболеваний ежегодно увеличивается [5]. Отсутствие стоматологических отделений в структуре многопрофильных стационаров г. Москвы, оказывающих специализированную помощь пациентам с сопутствующей патологией (коагулопатия, аллергия на местные анестетики, заболевания ЦНС, сердечно-сосудистые заболевания и т. д.) и беременным, а также комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оказание квалифицированной стоматологической помощи

маломобильным гражданам [6], приводит к тому, что данные категории граждан также госпитализируются в отделения ЧЛХ.

В структуре Городской клинической больницы имени Ф. И. Иноземцева Департамента здравоохранения Москвы имеются отделение челюстно-лицевой хирургии № 1 и гнойное отделение челюстно-лицевой хирургии № 2. Прием и осмотр пациентов в приемном отделении осуществляют в двух отдельных кабинетах, согласно нормам СанПиН. Оба отделения относятся к травматологическому профилю стационара.

С 2018 г. в стационаре кратковременного пребывания Городской клинической больницы имени Ф. И. Иноземцева Департамента здравоохранения Москвы оказывают плановую медицинскую помощь по профилю челюстно-лицевой хирургии. Из сотрудников отделения челюстно-лицевой хирургии № 1 сформирована единственная в г. Москве выездная бригада челюстно-лицевых хирургов, осуществляющая в круглосуточном режиме консультации пациентов с острой патологией челюстно-лицевой области, находящихся на лечении в стационарах г. Москвы. В связи с большим количеством пациентов с гнойно-воспалительной патологией ЧЛО гнойное отделение челюстно-лицевой хирургии выделено в отдельное структурное подразделение и является единственным таковым в России.

Актуальные статистические данные по гнойно-воспалительным заболеваниям ЧЛО имеются в открытом доступе [5], однако актуальные сведения по травме ЧЛО с анализом структуры заболеваемости, а также по госпитализируемой заболеваемости в отделении ЧЛХ отсутствуют. Анализ актуальных статистических данных необходим для оценки результативности мер по профилактике и лечению заболеваний и травм ЧЛО, повышения эффективности оказания неотложной помощи пациентам, выявления проблем в системе оказания медицинской помощи по профилю «Челюстно-лицевая хирургия».

Цель работы — представить статистический анализ обращений и госпитализированной заболеваемости отделения челюстно-лицевой хирургии № 1, которое развернуто на 39 коек и представляет собой одно из ведущих отделений г. Москвы по оказанию круглосуточной экстренной помощи пациентам с травмами и заболеваниями челюстно-лицевой области.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводили на базе отделения челюстно-лицевой хирургии № 1 Городской клинической больницы имени Ф. И. Иноземцева г. Москвы. Произведен анализ медицинской документации (статистические карты выбывших из стационара — форма №066/у-02, универсальные выписные/посмертные эпикризы — форма

№ 027/у) 15227 госпитализированных пациентов за период с 2018 по 2022 г. В исследование были включены все пациенты, госпитализированные в отделение челюстно-лицевой хирургии № 1, в указанный период. Лица, госпитализированные в иной период или другое отделение, были исключены. При статистической обработке данных использованы методы расчета средней величины и экстенсивного показателя.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общая статистика

По данным приемного отделения Городской клинической больницы имени Ф. И. Иноземцева, за исследуемый период зарегистрировано 27571 обращение в кабинет челюстно-лицевой хирургии № 1. Ежегодно рост числа обращений и госпитализаций приходится на летние месяцы, с мая по август, а также на октябрь. Данный рост происходит преимущественно за счет увеличения числа пациентов с травмами ЧЛО. В отделение челюстно-лицевой хирургии №1 за период с 2018 по 2022 г. было госпитализировано 15 227 человек (табл. 1).

Почти двукратное уменьшение количества обращений в 2020 г. связано с началом пандемии новой коронавирусной инфекции Covid-19 (введение режима самоизоляции, ограничение плановой госпитализации и т. д.). Учитывая данный факт, можно констатировать ежегодный рост числа обращений в приемное отделение пациентов с челюстно-лицевой патологией. Несмотря на это процент госпитализаций не повышается, что свидетельствует об увеличении доли пациентов с патологией, не требующей госпитализации (раны, ушибы, ссадины, гематомы).

За исследуемый период 4359 (28,6%) стационарных пациентов обратились самостоятельно. Иногородних и иностранцев было 3494, что составило 22,9% от числа всех госпитализированных. Пациенты с травмой челюстно-лицевой области преобладали в общем числе. Из них с переломами нижней челюсти — 33,7%, средней зоны лица — 16,5%, с ранами — 12,4%. Среди госпитализированных большинство было мужчин — 10 354 (68%). Из них 7665 (74%) — с травмами ЧЛО. Из года в год такая ситуация сохраняется, меняется только соотношение (1 : 2, 1 : 3) (рис. 1).

Верхнечелюстные синуситы, периодонтиты, кровотечения после удаления зуба, патологии прорезывания зубов встречаются чаще у женщин (рис. 2).

Анализ по возрастной структуре показал, что большая часть пациентов — молодого, трудоспособного возраста, 18–44 лет. Всего за исследуемый период госпитализировано 9759 (64,1%) лиц молодого, 2497 (16,4%) среднего, 1822 (12%) старшего, 995 (6,5%) пожилого и 154 (1,0%) старческого возрастов (табл. 2).

Средняя продолжительность госпитализации составила 3,85 суток. За исследуемый период отмечено

Таблица 1. Число обратившихся в приемное отделение и госпитализированных с патологией ЧЛО

	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Число обращений в приемное отделение в кабинет ЧЛХ	5757	5886	3057	6286	6485
Число госпитализаций в отделение ЧЛХ	2757	3509	2791	3416	2754
доставленные бригадой СМП	1144	1522	1757	1726	1348
обратившиеся в стационар самостоятельно	873	1255	672	770	789
Число госпитализированных иногородние/иностранцы	632	806	696	696	664

неравномерное изменение средней продолжительности госпитализации — 4,22 к/д (койко-дня) в 2018 г., 3,33 — в 2019 г., 3,67 — в 2020 г., 3,86 — в 2021 г. и 4,38 — в 2022 г.

Самой длительной стала госпитализация при сочетанных переломах нижней челюсти и средней зоны лица (7,3 к/д), множественных переломах нижней челюсти (6,7 к/д) и переломах скуло-орбитального комплекса (5,87 к/д). Наименьшая продолжительность стационарного лечения пришлась на кровотечения после удаления зуба (1,9 к/д) и периодонтиты (1,6 к/д) (табл. 3).

Обращает на себя внимание средний койко-день при переломах верхней челюсти. Небольшой койко-день при тяжелых переломах верхней челюсти по типу Ле Фор II и III обусловлен тем, что данные пациенты поступают в стационар с сочетанной ЧМТ (черепно-мозговой травмой) и после осмотра междисциплинарной бригадой госпитализируются в отделение нейрохирургической реанимации, где им оказывают комплексное лечение, и только после стабилизации состояния переводятся в отделение ЧЛХ [7–9]. За исследуемый период в отделении умерло семь человек (пять — в 2019 г., два — в 2020 г.). Во всех случаях причиной смерти была декомпенсация тяжелой сопутствующей патологии.

В Городской клинической больнице имени Ф. И. Иноземцева организована выездная бригада ЧЛХ для оказания специализированной помощи пациентам с острой челюстно-лицевой патологией, находящимся на лечении в других стационарах г. Москвы, которые не имеют в структуре отделения челюстно-лицевой хирургии. За исследуемый период бригадой осуществлено 4729 выездов в стационары г. Москвы, в том числе 566 — в инфекционные отделения для лечения пациентов с COVID-19 (707 — в 2018 г., 994 — в 2019 г., 722 — в 2020 г., 1135 — в 2021 г. и 1171 — в 2022 г.).

В структуре отделения имеется кабинет реабилитации (кабинет долечивания) для пациентов с челюстно-лицевой патологией, в котором они наблюдаются после выписки для коррекции лечения или его продолжения в амбулаторных условиях (снятие и/или коррекция шин, резиновых тяг, снятие швов, перевязки и т. д.). За период исследования в кабинет реабилитации обратилось на повторный осмотр 10275 пациентов (2401 — в 2018 г., 2262 — в 2019 г., 1853 — в

2020 г., 2233 — в 2021 г. и 1526 — в 2022 г.), что составило 67,5% от числа госпитализированных.

Частная статистика

Пациенты с хроническим и обострившимся периодонтитом составили 12,6% от числа госпитализированных, из них женщины — 67,5%. Показаниями к госпитализации с данной патологией были:

- 1) беременность;
- 2) поливалентная аллергия на местные анестетики;
- 3) коагулопатии, в первую очередь связанные с приемом антикоагулянтов;
- 4) тяжелая общесоматическая патология (в первую очередь сердечно-сосудистая);
- 5) маломобильность пациентов.

С луночковым кровотечением после удаления зуба за исследуемый период госпитализировано 962 человека. Большая часть госпитализированных с данным диагнозом — пациенты старше 60 лет (63%). С незавершенным удалением зуба — 87, с острой перфорацией верхнечелюстного синуса, в т. ч. с инородным телом (корень зуба, имплант), — 161, с таким осложнением, как дислокация корня зуба в мягкие ткани при удалении, — 12.

Новообразованием ЧЛО стали причиной госпитализации 202 (1,3%) пациентов. Среди них мужчин 58,9%, женщин — 41,1%. В структуре преобладают лица молодого возраста (40,1% — молодого, 27,7% — среднего, 26,2% — старшего, 7,4% — пожилого и 0,5% — старческого возрастов). Данные пациенты были госпитализированы в плановом порядке.

Крайне редко встречались пациенты с огнестрельными ранениями — 8 (из них 3 — с повреждением костей лицевого скелета, 5 — с повреждениями только мягких тканей ЧЛО), травматическими вывихами зубов — 23, болевой дисфункцией ВНЧС (височно-нижнечелюстного сустава) — 11, переломами передней стенки верхнечелюстного синуса и скуло-назо-этноидального комплекса — 8 и 17 соответственно.

Большую часть в структуре госпитализации занимали пациенты с травмой ЧЛО (среди них преобладали мужчины в возрасте 18–44 лет).

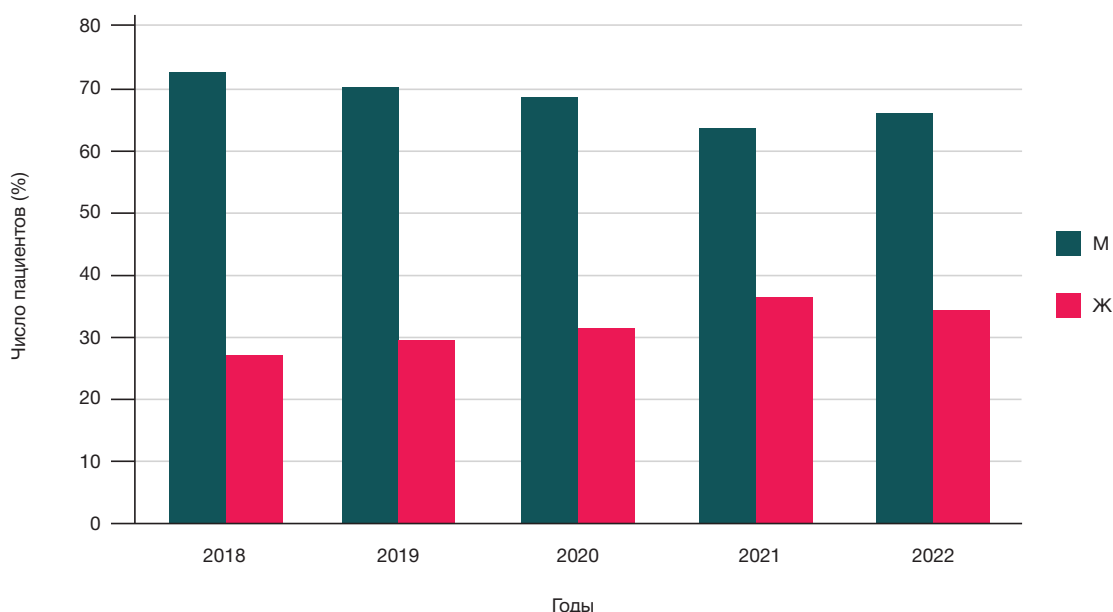


Рис. 1. Статистика распределения пациентов по половому признаку

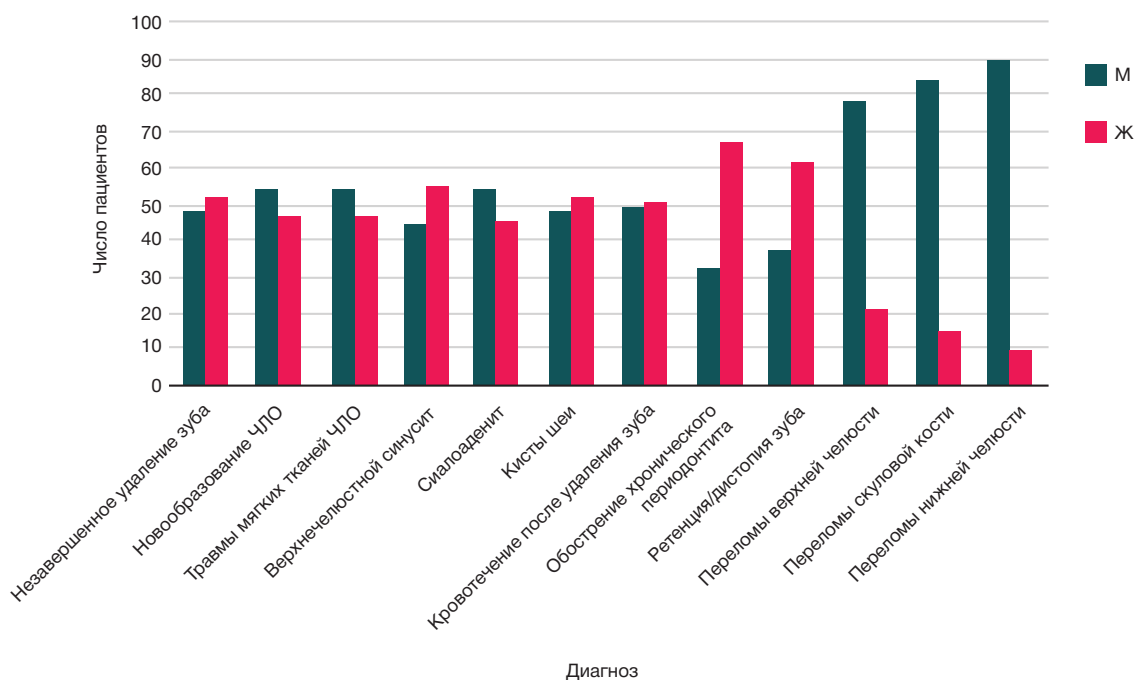


Рис. 2. Статистика распределения пациентов по нозологии и половому признаку

Госпитализированные с ЗЧМТ (закрытой черепно-мозговой травмой) и СГМ (сотрясением головного мозга) встречались в 10,85% случаев при травме ЧЛО. Наиболее часто СГМ диагностировалось при переломах верхней челюсти и комбинированных переломах нижней челюсти и средней зоны лица (88,8% и 36,15% соответственно). СГМ при переломах нижней челюсти было диагностировано в 5% случаев.

Пациенты с травмой мягких тканей ЧЛО составили 12,4% (1889) от общего числа госпитализированных лиц. В структуре травмы мягких тканей ЧЛО у пациентов преобладали раны (80,6%), гематомы (9,9%) и ушибы мягких тканей (9,5%). Всех пациентов с укушенными ранами госпитализировали для проведения антирабической и противостолбнячной вакцинации. В стационар также поступали граждане с травмой мягких тканей ЧЛО в сочетании с алкогольной интоксикацией средней и тяжелой степени, большим объемом поражения, черепно-мозговой травмой, наличием общесоматической патологии.

Переломы средней зоны лица

Пациенты с переломами скуловой кости и дуги составили 20,2% от общего числа госпитализированных с переломами костей лицевого скелета. Смещение отломков наблюдали в 72% случаев. Их репозицию производили под общей анестезией методом Лимберга в 92,3% случаев. В 8,7% случаев применяли остеосинтез, преимущественно — спицевой по Макиенко.

Таблица 2. Динамика распределения пациентов по возрасту

Возраст	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
18–44	67,6	63,5	71,4	63,5	61,7
45–59	14,6	18	15,4	17,6	15,3
60–74	10,3	12,1	8,4	12,1	14,9
75–89	6,65	6,3	4,3	6,5	7,5
90+	0,66	0,4	0,3	0,3	0,6

Переломы дна глазницы и скулоглазничного комплекса составили 6,4% и 18,0% от всех переломов средней зоны лица. Оперативное лечение пациентов с переломами дна орбиты проводили в 23,1% случаев, с переломами скулоглазничного комплекса — в 67,9% случаев.

Переломы верхней челюсти встречались в 4% случаев. Пациенты с переломами по Ле Фор I и переломами альвеолярного отростка верхней челюсти составили 2,5% от госпитализированных с травмой, Ле Фор II — 1,37%, Ле Фор III — 0,1%.

Изолированные переломы костей носа лечат оториноларингологи, однако при сочетании данной патологии с травмами мягких тканей ЧЛО пациентов направляют к челюстно-лицевому хирургу. За исследуемый период госпитализировано 90 граждан с данной патологией.

Переломы стенок придаточных пазух носа встречались крайне редко и не требовали проведения хирургического вмешательства.

Переломы нижней челюсти

Наиболее часто среди переломов костей лицевого черепа встречались переломы нижней челюсти (65,2%). Односторонние — несколько чаще (54,7% от общего числа переломов нижней челюсти). При этом среди односторонних переломов чаще наблюдались переломы угла челюсти (50,7%). Двухсторонние переломы нижней челюсти встречались реже (43,1%) (табл. 4).

Таблица 3. Средняя продолжительность госпитализации в отделение ЧЛХ по нозологии

Диагноз	Средний (койко-день)				
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Незавершенное удаление зуба	1,6	1,5	2,5	2	2,4
Новообразование ЧЛО	2,6	1,9	2,6	2,3	3,3
Травмы мягких тканей ЧЛО	2,87	2,1	2,3	1,75	2,4
Верхнечелюстной синусит	4,9	4,2	5	4,8	4,7
Сиалоаденит	4,8	3,5	5,4	4,9	4,56
Кисты шеи	4,5	4,75	3,6	3,6	2,5
Кровотечение после удаления зуба	1,92	1,98	1,6	1,9	1,8
Периодонтит	1,8	1,5	1,6	1,7	1,6
Ретенция/дистопия зуба	1,8	2,1	2,1	2,7	2,1
Переломы скуловой кости	5,4	5,3	4,87	4,95	4,6
Переломы н/ч односторонние	4,7	3,9	4,6	4,6	5,2
Переломы н/ч двухсторонние	5,75	4,9	5,2	5,5	6,1
Переломы н/ч множественные	6,5	5,45	5	6,9	5,1
Переломы скуло-орбитального комплекса	10,7	9,5	9,5	7	6
Комбинированные переломы (нижняя челюсть и средняя зона лица)	10,8	11	9,2	6,1	8,7
Перелом верхней челюсти Ле Фор I	3,9	2,7	3,1	3	3,2
Перелом верхней челюсти Ле Фор II	5,3	4,7	5,4	5	5,8
Перелом верхней челюсти Ле Фор III	0	9	5,7	5	4

Удаление зубов, находящихся в линии перелома, производили в 5% случаев при переломах тела и 16,5% — угла нижней челюсти.

Множественные переломы нижней челюсти составили 1,75% от общего числа переломов нижней челюсти. Чаще всего линии переломов находились в области угла, тела и суставного отростка (73%).

Сочетанная травма (перелом нижней челюсти и средней зоны лица) встречалась редко и составила 2,73% от общего числа переломов костей лицевого черепа.

Остеосинтез применяли при переломах нижней челюсти в 29,9% случаев. В остальных — проводили иммобилизацию нижней челюсти двучелюстным шинированием.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Проблема массового развития средств индивидуальной мобильности описывается многими отечественными и зарубежными авторами [1–3]. Основная причина высокого травматизма при использовании данных средств передвижения — пренебрежение правилами их эксплуатации и правилами дорожного движения. Другие авторы акцентируют внимание на проблеме крайне низкой доступности амбулаторной стоматологической помощи маломобильным гражданам, которая приводит к повышению нагрузки на отделения ЧЛХ. [6]. Ежегодный рост числа пациентов с травмой челюстно-лицевой области отмечают все авторы во всех регионах [10–15], и, согласно данным наших коллег [10], он продолжается с 1970-х гг. На преобладание лиц мужского пола в выборке, а также снижение среднего койко-дня указывают все авторы [10–15].

В клиническом опыте коллег переломы нижней челюсти также преобладают над остальными переломами костей лицевого черепа, однако процентное соотношение разнится: 92% [12], 70–85% [13], 67–87% [14], 73,5–80,5% [15]. По нашим сведениям, доля переломов нижней

челюсти несколько ниже — 65,2%. Столь существенная разница может быть связана с объемом выборки, сроками исследований, регионом.

Наше исследование подтверждает преобладание односторонних переломов в области угла челюсти над остальными. Процентное соотношение односторонних и двусторонних переломов: 54,7% и 43,1% по нашим данным, 60% и 40% [14], 49% и 49% [12], 61,1 и 38,9% [13].

Авторы предыдущих исследований также приводят статистическую оценку причин переломов: причинами травм становятся дорожно-транспортные происшествия (43,9%) и нападения (26,7%). По другим данным, среди причин травм на первом месте находится бытовая травма (82,7%), а дорожно-транспортная составляет 11,8% [14]. В странах со стареющим населением преобладает бытовая травма (в т. ч. в результате падения), а с большей долей молодого населения — дорожно-транспортная [16]. Вывод косвенно подтверждают и другие зарубежные авторы [4]. Нами же данный критерий не рассматривался ввиду высокой частоты случаев укрывания истинной причины травмы пациентами.

Переломы нижней челюсти сочетаются с переломами средней зоны лица в 2,4% случаев, а переломы средней зоны лица занимают от 13,9 до 20% от общего числа переломов костей лицевого черепа, с тенденцией к ежегодному росту [14, 15]. Резкий рост относительного количества травм средней зоны лица приходился на 2000–2007 гг., после чего регистрировался равномерный рост их доли [10]. Наши данные подтверждают выводы авторов. Доля сочетанных травм возросла до 2,73%, а переломов средней зоны лица — до 25,85%.

Сведения о доли сочетанных с ЧМТ травм лица у различных авторов разнятся и составляют от 21,3 до 46% [7], 13,92% [8]. Переломы нижней челюсти значительно реже сочетаются с ЧМТ (3,2–3,83%) [7], чем переломы области средней зоны лица, что подтверждают полученные нами данные. Наличие ЧМТ и СГМ у пациентов увеличивает сроки госпитализации в среднем на 59,7% [8].

Таблица 4. Статистика переломов нижней челюсти

Перелом в области	%	Смещение (%)	ЧМТ (%)
Односторонние			
Угла	50,7	58,1	3,3
Тела	17,75	49,4	4
Суставного отростка	28,7	66	4,4
Ветви	2,7	61,2	7,5
Двухсторонние			
Тела и угла	48,7	72,4	5
Тела и суставного отр.	38,3	74,3	7,9
Угла и суставного отр.	9	75,5	6,2
Тела и ветви	4	74,4	6,4

По данным некоторых авторов, наличие в штате отделения ЧЛХ кабинета медицинской реабилитации улучшает результат лечения пациентов на 31,6–50% по разным критериям, а эффективность работы возрастает на 16,7–21,9% [17]. Полученные нами сведения подтверждают необходимость в долечивании подавляющего большинства пациентов. Проблему доступности и эффективности реабилитации наши коллеги предлагают решить в том числе при помощи телемедицинских технологий [6].

Летальность от травм ЧЛО не указана ни в одной из исследованных статей, что косвенно подтверждает наш вывод о ее отсутствии.

ВЫВОДЫ

Отмечается ежегодный рост числа экстренных обращений в приемное отделение пациентов с травмой и заболеваниями ЧЛО, при этом число госпитализаций с экстренной челюстно-лицевой патологией не увеличивается, что свидетельствует о большом количестве пациентов, помощь которым была оказана в приемном отделении. До 70% всех пациентов после выписки нуждаются в динамическом наблюдении челюстно-лицевого хирурга. При отсутствии стационарных стоматологических отделений, ведущих экстренный прием пациентов с сопутствующей общесоматической патологией, беременных и маломобильных пациентов, данные лица госпитализируются в отделение ЧЛХ. Уменьшить нагрузку на приемные отделения стационаров,

улучшить доступность реабилитации пациентов после выписки возможно при наличии челюстно-лицевого хирурга в амбулаторном звене, а открытие отделений, ведущих экстренный стоматологический прием, снизило бы нагрузку на отделение ЧЛО и улучшило качество оказания стоматологической помощи населению. Необходимо также усилить меры профилактики стоматологических заболеваний среди маломобильных пациентов. В структуре госпитализации значительно преобладают пациенты с травмой ЧЛО. Ежегодно скачки травматизма приходится на летний период. Данный факт нужно учитывать при планировании профилактических мероприятий по уменьшению бытового, уличного и дорожно-транспортного травматизма. Ежегодно до 71,4% госпитализированных составляют мужчины молодого, трудоспособного возраста, 18–44 лет. Наиболее часто среди травм встречаются переломы нижней челюсти, чаще односторонние (54,7%), в области угла (50,7%). Остеосинтез применяли при переломах нижней челюсти в 29,9% случаев. Пациенты с травмой мягких тканей ЧЛО составляют 12,4% от общего числа госпитализированных лиц. В структуре травм мягких тканей ЧЛО преобладают раны (80,6%), гематомы (9,9%) и ушибы мягких тканей (9,5%). Наличие ЧМТ у пациентов с травмами ЧЛО значительно увеличивает продолжительность госпитализации. Переломы средней зоны лица встречаются гораздо чаще, чем нижней челюсти, и сочетаются с ЧМТ различной степени тяжести. Летальность в отделениях ЧЛХ крайне низкая и обусловлена наличием у пациентов тяжелой сопутствующей патологии.

Литература

- Аксенова Е. И., Подчернина А. М. Основные тенденции в увеличении доли травматизма москвичей на основе данных медицинской статистики. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2021; 2: 403–16.
- Гречухин И. В. Состояние проблемы травматизма по данным официальной статистики и научное обоснование совершенствования его учета. Менеджер здравоохранения. 2017; 7: 41–9.
- Баранчикова М. В. Лица, управляющие средствами индивидуальной мобильности как субъекты и потерпевшие в криминальных дорожно-транспортных происшествиях. Витимология. 2022; 9 (4): 408–16.
- Mohammadi H, Roochi MM, Heidar H, Garajei A, Dallband M, Sadeghi M, et al. A meta-analysis to evaluate the prevalence of maxillofacial trauma caused by various etiologies among children and adolescents. Dent Traumatol. 2023; 39 (5): 403–17. DOI: 10.1111/edt.12845. PMID: 37073864.
- Маржаров А. Э., Еремин Д. А., Оразвалиев А. И., Мартиросов А. В., Краснов Н. М., Шень П. А. и др. Статистический анализ гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Медицинский алфавит. 2022; 7: 40–6.
- Лебедев М. В., Керимова К. И., Захарова И. Ю., Бахтурин Н. А. Система оказания медицинской помощи населению по профилю «челюстно-лицевая хирургия» на территории Российской Федерации. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020; 1: 383–402.
- McCarty JC, Kiwanuka E, Gadkaree SK, Siu JM, Catterson EJ. Traumatic brain injury in trauma patients with isolated facial fractures. Journal of Craniofacial Surgery. 2020; 31 (5): 1182–5.
- Yuchen Y, Romero J, Diaz G, Evans R. Concurrent traumatic brain injury with craniofacial trauma: a 10-year analysis of a Single Institution's Trauma Registry. Trauma Care. 2023; 3: 108–13.
- Lucke-Wold B, Pierre K, Aghili-Mehrizi S, Murad GJA. Facial fractures: independent prediction of neurosurgical intervention. Asian Journal of Neurosurgery. 2022; 17: 17–22.

10. Копецкий И. С., Притько А. Г., Полунина Н. В., Насибуллин А. М. Травматизм челюстно-лицевой области (опыт 50-летнего наблюдения). Вестник РГМУ. 2010; 2: 31–4.
11. Дрегалкина А. А., Костина А. Н. Структура заболеваний челюстно-лицевой области среди жителей Свердловской области. Проблемы стоматологии. 2018; 14 (2): 68–73.
12. Бахтеева Г. Р., Кузьмин А. С. Статистическое исследование травм челюстно-лицевой области. Bulletin of Medical Internet Conferences. 2012; 2 (11): 930.
13. Шашков В. А., Гайворонский И. В., Гайворонская М. Г., Иорданишвили А. К., Родионов А. А., Ничипорук Г. И. Распространенность различных видов переломов нижней челюсти у взрослых. Вятский медицинский вестник. 2021; 1 (69): 41–7.
14. Чжан Ш., Петрук П. С., Медведев Ю. А. Переломы нижней челюсти в области тела и угла: структура, эпидемиология, принципы диагностики. Часть I. Российский стоматологический журнал. 2017; 21 (2): 100–3.
15. Фокас Н. Н., Левенец А. А., Горбач Н. А. Характеристика повреждений челюстно-лицевой области у взрослого населения и анализ деятельности отделения челюстно-лицевой хирургии по материалам КГБУЗ ККБ (г. Красноярск). Сибирское медицинское обозрение. 2014; 3: 44–8.
16. Romeo I, Sobrero F, Roccia F, Dolan S, Laverick S, Carlaw K, et al. A multicentric, prospective study on oral and maxillofacial trauma in the female population around the world. Dent Traumatol. 2022; 38 (3): 196–205. DOI: 10.1111/edt.12750. PMID: 35390219.
17. Гончарова А. В. Роль стационарзамещающих технологий в реабилитации больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Вестник РГМУ, 2011; 5: 76–9.

References

1. Aksenova EI, Podchernina AM. The main trends in the increase in the share of injuries of muscovites based on medical statistics. Current problems of health care and medical statistics. 2021; 2: 403–16. Russian.
2. Grechuhin IV. The condition of traumatism problem according to data of official statistics and scientific foundation for its control. Manager of health care. 2017; 7: 41–9. Russian.
3. Baranchikova MV. Individuals driving personal mobility aids as subjects and victims in criminal road accidents. Victimology. 2022; 9 (4): 408–16. Russian.
4. Mohammadi H, Roochi MM, Heidar H, Garajei A, Dallband M, Sadeghi M, et al. A meta-analysis to evaluate the prevalence of maxillofacial trauma caused by various etiologies among children and adolescents. Dent Traumatol. 2023; 39 (5): 403–17. DOI: 10.1111/edt.12845. PMID: 37073864.
5. Markarov AE, Eremin DA, Martirosov AV, Orazvaliev AI, Krasnov NM, Shen PA, et al. The statistical analysis of purulent-inflammatory diseases of the maxillo-facial region. Medical alphabet. 2022; 7: 40–6. Russian.
6. Lebedev MV, Kerimova KI, Zakharova IYu, Bakhturin NA. System of rendering medical assistance to population in the profile "oral and maxillofacial surgery" in the territory of the Russian Federation. Current problems of health care and medical statistics. 2020; 1: 383–402. Russian.
7. McCarty JC, Kiwanuka E, Gadkaree SK, Siu JM, Catterson EJ. Traumatic brain injury in trauma patients with isolated facial fractures. Journal of Craniofacial Surgery. 2020; 31 (5): 1182–5.
8. Yuchen Y, Romero J, Diaz G, Evans R. Concurrent traumatic brain injury with craniofacial trauma: a 10-year analysis of a Single Institution's Trauma Registry. Trauma Care. 2023; 3: 108–13.
9. Lucke-Wold B, Pierre K, Aghili-Mehrizi S, Murad GJA. Facial fractures: independent prediction of neurosurgical intervention. Asian Journal of Neurosurgery. 2022; 17: 17–22.
10. Kopetski IS, Pritiko AG, Polunina NV, Nasibullin AM. Traumatism of maxillofacial region (during 50 years). Bulletin of RSMU. 2010; 2: 31–4. Russian.
11. Dregalkina AA, Kostina IN. The structure of diseases of the maxillofacial region among residents of Sverdlovsk Region. Actual problems in dentistry. 2018; 14 (2): 68–73. Russian.
12. Bakhteewa GR, Kuzmin AS. Statistical research of maxillofacial injuries. Bulletin of Medical Internet Conferences. 2012; 2 (11): 930. Russian.
13. Shashkov VA, Gaivoronsky IV, Gaivoronskaya MG, Iordanishvili AK, Rodionov AA, Nichiporuk GI. Prevalence of different types of lower jaw fractures in adults. Medical Newsletter of Vyatka. 2021; 1 (69): 41–7. Russian.
14. Chzhan Sh, Petruk PS, Medvedev YuA. Fractures of the mandible at the body and angle region: patterns, epidemiology, diagnostic principles. Part I. Russian Journal of Dentistry. 2017; 21 (2): 100–3. Russian.
15. Romeo I, Sobrero F, Roccia F, Dolan S, Laverick S, Carlaw K, et al. A multicentric, prospective study on oral and maxillofacial trauma in the female population around the world. Dent Traumatol. 2022; 38 (3): 196–205. DOI: 10.1111/edt.12750. PMID: 35390219.
16. Romeo I, Sobrero F, Roccia F, Dolan S, Laverick S, Carlaw K, et al. A multicentric, prospective study on oral and maxillofacial trauma in the female population around the world. Dent Traumatol. 2022; 38 (3): 196–205. DOI: 10.1111/edt.12750. PMID: 35390219.
17. Goncharova AV. Use of stationary substituting technologies in rehabilitation of patients with inflammatory diseases of the maxillofacial region. Bulletin of RSMU. 2011; 5: 76–9. Russian.