

КОМПЛЕКСНЫЙ РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Введение. Травмы занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности населения. Травма челюстно-лицевой области тяжело переносится больными в связи с выраженным болевым синдромом, эстетическими нарушениями, длительными сроками реабилитации, что предопределяет значимость данной патологии как в научном, так и в практическом плане.

Цель исследования – комплексный ретроспективный анализ структуры травматических повреждений челюстно-лицевой области в Нижегородской области за пятилетний период.

Материал и методы. В ходе исследования проанализировано 1705 историй болезни пациентов с травмами челюстно-лицевой области, проходивших лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко» за период 2004–2008 гг. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программного пакета Statistica 10.

Результаты. Число больных с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области за период исследования составило 28,7 % от общего числа госпитализированных.

В структуре переломов костей лица: переломы ниж-

ней челюсти – 75,5%, скуловой кости и дуги – 7%, верхней челюсти – 1%, костей носа – 0,5%, сочетанная травма – 16%. Средний возраст пациентов – 31,5 года, среди которых мужчин – 83,5%, женщин – 16,5%, а наиболее высокие показатели зафиксированы в Городецком районе и г. Дзержинске.

Соотношение городского и сельского населения 45 % и 55 % соответственно, среди которых 36,5 % - неработающие лица. Пациенты, находящиеся в момент получения травмы в состоянии алкогольного опьянения, составили 10,5%, больные, обратившиеся за медицинской помощью только при наступлении осложнений, – 11,5%. Самые распространенные осложнения – абсцессы и флегмоны окологлазничных областей, травматический остеомиелит, порочная консолидация отломков. При изучении сезонного характера госпитализации пациентов установлено, что максимальные значения приходились на летние месяцы (39,5% от общего числа госпитализированных), минимальные – на зимние (22,7%).

Заключение. Больные с травматическими повреждениями составляют почти 1/3 от общего числа госпитализированных. Подавляющее число травмированных пациентов относится к трудоспособной части населения. Преобладают переломы нижней челюсти.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОНЕКРОЗОВ ЧЕЛЮСТЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова МЗ РФ г. Москва, Россия

Актуальность. В связи с возрастающим количеством случаев различных видов остеонекроза челюстей необходимо улучшение дифференциальной диагностики для оптимизации лечения данной категории больных.

Цель работы – выявление наличия рентгенологических особенностей остеонекрозов челюстей различной этиологии.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение 185 (23 – 79 лет) больных остеонекрозом челюстей различной этиологии. 1-я группа пациентов ($n = 51$) с остеонекрозом челюстей на фоне наркотической зависимости, 2-я группа ($n = 114$) – с бисфосфонатным остеонекрозом челюстей, 3-я группа ($n = 10$) – с остеонекрозом челюстей на фоне терапии деносумабом, 4-я группа ($n = 10$) – с лучевым остеонекрозом челюстей. В ходе работы проанализировали 185 мультиспиральных компьютерных томограмм челюстно-лицевой области, выполненных больным в составе первичного обследования.

Результаты исследования. Для остеонекроза челюстей на фоне наркотической зависимости выявлены особенности:

- 1) обширные участки деструкции костной ткани, выходящие за пределы альвеолярной кости, в том числе с вовлечением костей лицевого скелета,
- 2) чередование участков повышенной и пониженной плотности костной ткани в очагах остеонекроза,
- 3) выраженная ассимилированная с костью периостальная реакция, что приводит к выраженной деформации челюсти,

- 4) патологические переломы челюсти.

Для бисфосфонатного остеонекроза челюстей характерно:

- 1) ограниченные участки деструкции костной ткани,
- 2) диффузное повышение плотности костной ткани в участке остеонекроза,
- 3) подчеркнутость кортикальных пластинок лунок всех зубов,
- 4) отсутствие выраженной деформации челюсти, умеренно выраженная периостальная реакция, ассимилированная с костью,
- 5) наличие изменения структуры костной ткани в области очагов хронической одонтогенной инфекции.

При остеонекрозе челюстей на фоне терапии деносумабом отмечаются сходные с бисфосфонатными остеонекрозами изменения, однако отсутствует подчеркнутость кортикальных пластинок лунок зубов, очаги выраженного остеосклероза. Особенности лучевого остеонекроза:

- 1) выраженность изменений в костной ткани зависит от суммарной очаговой дозы лучевой терапии,
- 2) отсутствие периостальной реакции,
- 3) диффузное неравномерное снижение плотности костной ткани в очагах остеонекроза.

Заключение. Выявленные рентгенологические особенности позволяют улучшить эффективность и качество диагностики остеонекрозов челюстей различной этиологии, что позволит проводить адекватное лечение.