

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020

Ургуналиев Б.К.¹, Юлдашев И.М.², Рахманов А.Т.³, Шаяхметов Д.Б.¹

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ГОСПИТАЛЯ МИНЗДРАВА КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ В 2010–2018 гг.

¹Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, 720020, г. Бишкек, Кыргызская Республика;

²Кафедра специальных клинических дисциплин Международной высшей школы медицины, 720054, г. Бишкек, Кыргызская Республика;

³Кафедра стоматологии детского возраста челюстно-лицевой и пластической хирургии ГОУ ВПО «Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина», 720000, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Авторы изучили медико-социальные характеристики пострадавших с травмами костей лица на основе архивных данных за большой промежуток времени. Было установлено, что большинство больных были социально активными, но неработающими мужчинами молодого трудоспособного возраста со средним, высшим или незаконченным высшим образованием. Большинство из них являлись постоянными жителями сельской местности. Наиболее часто травмы челюстно-лицевой области (ЧЛО) были бытовыми и сезонными (весна — осень), что было обусловлено ростом частоты уличных травм, а также травм, получаемых сельскими жителями во время сезонных сельскохозяйственных работ, а также ростом частоты дорожно-транспортных происшествий.

Анализ системы оказания специализированной медицинской помощи показал, что большинство пострадавших госпитализированы, минуя этап поликлинической диагностики и лечения, самостоятельно в виде самообращения.

Обнаружена высокая частота несвоевременного обращения и госпитализации пострадавших в лечебно-профилактическое учреждение, что было связано с удаленностью места постоянного проживания, материальными проблемами, неадекватным амбулаторным лечением по месту жительства, а также диагностическими ошибками на догоспитальном этапе.

Ключевые слова: переломы челюстей; челюстно-лицевая область; лицевые кости.

Для цитирования: Ургуналиев Б.К., Юлдашев И.М., Рахманов А.Т., Шаяхметов Д.Б. Клинико-эпидемиологические особенности и медико-социальная характеристика пострадавших с повреждениями челюстно-лицевых костей по данным отделения челюстно-лицевой реконструктивной пластической хирургии национального госпиталя Минздрава Кыргызской Республики в 2010–2018 гг. *Российский стоматологический журнал.* 2020; 24(2): 109–113. <http://doi.org/10.17816/1728-2802-2020-24-2-109-113>

Urgunaliyev B.K.¹, Yuldashev I. M.², Rakhmanov A.T.³, Shayahmetov D.B.¹

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES AND MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF VICTIMS WITH INJURIES TO THE MAXILLOFACIAL BONES, ACCORDING TO THE DEPARTMENT OF MAXILLOFACIAL RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY OF THE NATIONAL HOSPITAL OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE KYRGYZ REPUBLIC IN 2010–2018

¹Department of surgical dentistry and maxillofacial surgery, I.K. Akhunbayev Kyrgyz state medical academy, 720020, Bishkek, Kyrgyz Republic;

²Department of special clinical disciplines of the International higher school of medicine, Bishkek, 720054, Kyrgyz Republic;

³Department of pediatric dentistry maxillofacial and plastic surgery State educational institution of higher professional education “Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin”, 720000, Bishkek, Kyrgyz Republic

Report. The authors studied the medical and social characteristics of victims with facial bone injuries based on archived data over a long period of time. It was found that the majority of patients were socially active, but not working men of young working age with secondary, higher or incomplete higher education. Most of them were permanent residents of rural areas. The most frequent injuries WERE domestic and seasonal (spring — autumn), which was due to an increase in the frequency of street injuries, as well as injuries sustained by rural residents during seasonal agricultural work, as well as an increase in the frequency of road accidents.

Analysis of the system of specialized medical care showed that most of the victims were hospitalized, bypassing the stage of clinical diagnosis and treatment, independently in the form of self-treatment.

A high frequency of delayed treatment and hospitalization of victims in medical institutions was found, which was associated with

the remoteness of the place of permanent residence, material problems, inadequate outpatient treatment at the place of residence, as well as diagnostic errors at the pre-hospital stage.

Key words: fractures of the jaws; maxillofacial region; facial bones.

For citation: Urgunaliyev B.K., Yuldashev I.M., Rakhmanov A.T., Shayahmetov D.B. Clinical and epidemiological features and medical and social characteristics of victims with injuries to the maxillofacial bones, according to the Department of maxillofacial reconstructive plastic surgery of the national hospital of the Ministry of health of the Kyrgyz Republic in 2010–2018. *Rossiyskii stomatologicheskii zhurnal*. 2020; 24(2): 109–113. <http://doi.org/10.17816/1728-2802-2020-24-2-109-113>

For correspondence: Urgunaliyev Bakyt Kubanychbekovich, Candidate of Medical Sciences, E-mail: urgunaliyev@yandex.ru

Acknowledgements. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received 04.01.2020

Accepted 17.02.2020

Введение

Повреждения лицевого скелета продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, инвалидизации и смертности населения. Это связано с увеличением бытового и транспортного травматизма [1, 2]. Остаются актуальными вопросы изучения особенностей клинического течения, диагностики, лечения и реабилитации больных с механическими повреждениями костей лица. Это обусловлено тем, что удельный вес пациентов с травмами челюстно-лицевой области (ЧЛО) среди всех больных стоматологических стационаров составляет от 25 до 38% и не имеет тенденции к снижению. Постоянно наблюдается рост пациентов с травмой костей лицевого скелета. Так, за последнее десятилетие произошло их увеличение в 2,4 раза. Также в последнее время наблюдается тенденция к утяжелению характера травм из-за преобладания множественных и сочетанных [3–5].

Согласно данным авторов, переломы костей лицевого скелета в 12,9–35% случаев сочетаются с повреждениями других областей тела. Так, согласно данным литературы, сочетание повреждений костей лица с травмой конечностей составляло 45,6%, грудной клетки — 25%, живота — 12,2%, костей таза — 6,5% и позвоночника — 9,7% [6]. Травмы костей лица были бытовые, производственные, транспортные, спортивные и огнестрельные.

Важность проблемы травматологии черепно-лицевой области обусловлена также высоким количеством осложнений и последствий травм лицевого скелета, посттравматическими деформациями, дефектами и инвалидизацией пострадавших. Ведущей патологией среди травм ЧЛО являлись переломы нижней челюсти, доля которых в среднем составляла 70% всех переломов лица, при этом переломы мыщелковых отростков наблюдались у 15–41% пострадавших. Высокая частота переломов данной локализации связана с пограничным положением нижней челюсти и ее относительно большими размерами [6].

Проблема совершенствования диагностики повреждений тканей ЧЛО, оптимизация последовательности клинического и лучевого обследований пострадавших продолжает оставаться одной из акту-

альных задач современного здравоохранения [5, 7–9]. В настоящее время отсутствует единая тактика в обследовании пациентов с травмами лицевого скелета, не сформулирован оптимальный алгоритм их диагностики и, соответственно, планирования лечения. Особая важность данной проблемы обусловлена и тем, что пострадавшие данной группы относятся к категории тяжелых из-за того, что травмы костей лицевого скелета нередко сопровождаются повреждениями головного мозга, придаточных пазух носа и органов зрения, общими осложнениями в виде тромбоза кавернозного синуса, медиастинита [10].

Решение вышеуказанных проблем возможно при изучении клинико-эпидемиологических, возрастнo-половых особенностей распространения, этиологических признаков и других параметров травмы костей лица.

Цель исследования — изучить клинико-эпидемиологические, возрастнo-половые, сезонные и другие особенности травм костей лицевого скелета по данным отделения челюстно-лицевой реконструктивной, пластической хирургии (ЧЛРПХ) Национального госпиталя Минздрава (НГ МЗ) Кыргызской Республики.

Материал и методы

Мы проанализировали данные, полученные сплошным ретроспективным методом при изучении историй болезни пациентов с повреждениями костей лицевого скелета, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой реконструктивной, пластической хирургии НГ МЗ за 9 лет: с 2010 по 2018 г. Изучили общее число госпитализированных и их динамику, а также социально-биологические и социально-гигиенические характеристики пострадавших.

Социально-биологические и социально-гигиенические характеристики пациентов включали пол и возраст больных, их массу тела и рост, тип телосложения, социальное положение и уровень образования, место постоянного проживания и наличие вредных привычек.

Кроме того, изучили обстоятельства травмы, длительность времени с момента получения травмы до

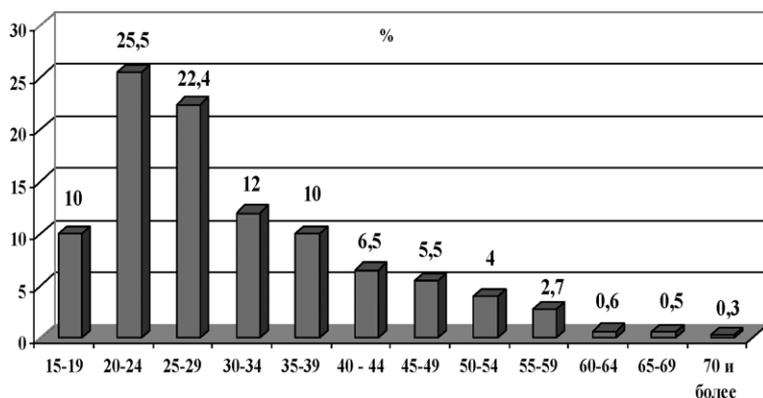


Рис. 1. Возраст больных с травмами лицевого скелета (%).

момента госпитализации и причины несвоевременного обращения за медицинской помощью. Проанализировали сезонность и вид обращений для госпитализации пострадавших в стационар, а также длительность пребывания на стационарном лечении (койко/дни).

В связи с тем, что специализированная медицинская помощь при повреждениях костей лицевого скелета проживающему в северном регионе Кыргызстана населению оказывалась в отделении ЧЛХ НГ МЗ КР и отделениях БНИЦТО, можно считать, что количество пострадавших с травмами ЧЛО, находившихся на стационарном лечении, достоверно отражало уровень данной патологии у взрослого населения этого региона.

Результаты

Наши исследования показали, что за период с 2010 по 2018 г. доля госпитализированных пациентов с травмой лицевого скелета составила 20% — 1954 (из 9196) больных. При этом уровень колебания числа повреждений костей ЧЛО имел тенденцию к снижению до 2013 г. и дальнейшему росту к 2018 г.

Большинство (86,6%) пострадавших были постоянными жителями северного региона республики и только 2,1% — жителями южного региона Кыргызстана. Результаты анализа показали, что каждый третий больной являлся жителем Бишкека и Чуйской области и их доля составила 64,5%. Из общего числа госпитализированных за 8-летний период 1,4% пациентов были приезжими из стран СНГ.

Мы установили, что 56,3% госпитализированных являлись жителями сельской местности. Остальные были жителями столицы (35%) и малых городов республики (8,7%).

Средний возраст госпитализированных составил $30,7 \pm 10,4$ года: от 15 до 74 лет. Проведенный анализ показал, что наибольший удельный вес пострадавших был представлен лицами наиболее трудоспособного возраста — от 20 до 49 лет, который составил 79,9% от общего числа больных (рис. 1). В структуре пострадавших по мере убывания отмечены возраст-

ные группы 20–24 (25,5%), 25–29 (22,4%) и 30–34 (12%) лет.

У мужчин этот показатель был значительно выше, он составил 91%

Каждый третий (36%) пострадавший имел высшее образование, а 16,6% больных на момент получения травмы являлись студентами, среднее образование имели 35,8% пациентов и среднеспециальное — 11,4%. Большинство (75,5%) госпитализированных не работали.

Анализ полученных данных свидетельствовал о сезонности травматизма, когда отмечался рост пострадавших с травмой в весенне-осенний периоды (рис. 2), что также было обусловлено ростом частоты бытовых травм, травм сельских жителей во время сезонных работ, а также ростом частоты дорожно-транспортных происшествий.

Известно, что злоупотребление алкоголем является наиболее частой причиной повреждения костей лица. Так, по данным литературы, сочетание алкогольного опьянения с травмой ЧЛО наблюдалось в 12,8–70% случаев. По нашим данным, на момент поступления в состоянии алкогольного опьянения находились 2,8% госпитализированных пациентов. Такой низкий уровень сочетания алкогольного опьянения с травмой костей лица, возможно, был обусловлен поздним поступлением пострадавших в стационар, так как только 25% пациентов были госпитализированы в первые 12 ч с момента получения травмы. Остальные поступали через 1–5 и более суток с момента травмы (соответственно 23, 16, 10, 7 и 19%).

Также следует отметить, что в условиях Кыргызстана при госпитализации не использовались скрининговые или лабораторные тесты для установления факта опьянения.

При анализе системы оказания специализированной медицинской помощи пациентам с травмой ЧЛО было установлено, что большинство (76%) пострадавших обратились в стационар в виде самообращения, минуя этап поликлинической диагностики и лечения. Только 22% из них были направлены в стационар после первичного осмотра в лечебно-профилактическом учреждении первичной медико-санитарной помощи. Машиной скорой помощи были доставлены 2% больных.

Большинство травм ЧЛО (62%) являлись бытовыми производственными. Причина этого в том, что доля работающих среди пострадавших составляла только 24,5% (рис. 3). Каждый четвертый

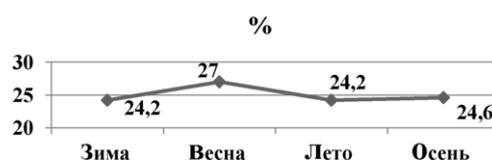


Рис. 2. Сезонность травм лицевого скелета (%).

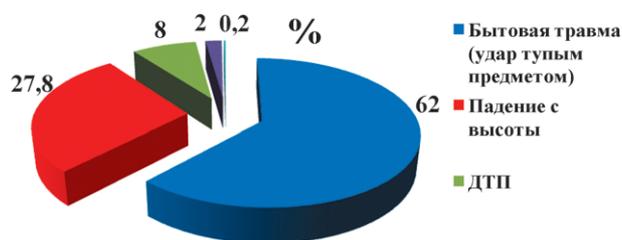


Рис. 3. Структура травмы костей челюстно-лицевой области по данным стационара (%).

пострадавший получил повреждение в результате падения с высоты (27,8%). В результате дорожно-транспортного происшествия травма костей лицевого скелета возникла у 8% госпитализированных. Доля спортивных травм составила 2%.

Как известно, последствия и осложнения травм костей лицевого скелета зависят от своевременности и адекватности их лечения. Позднее обращение, несвоевременные сроки консервативного и оперативного лечения значительно увеличивают сроки выздоровления пострадавших, способствуют развитию осложнений при заживлении костной раны и, соответственно, увеличивают уровень материально-экономических затрат. При позднем обращении чаще наблюдается травматический остеомиелит, ложный сустав или неправильное сращение отломков.

Наши исследования показали высокую частоту несвоевременного обращения и госпитализации пострадавших в лечебное учреждение. Так, в первые 12 ч с момента травмы госпитализированы 25% пострадавших. Через сутки после повреждения — 23% больных, через 2 сут — 16%, через 3 — 0% и через 4 — 7%. Через 5 и более суток с момента травмы был госпитализирован каждый пятый пациент (19%), 8% больных обратились через 10 и более дней.

Причинами позднего и несвоевременного обращения пострадавших для оказания специализированной помощи являлись ошибки в организации первичной стоматологической и травматологической службы, низкая квалификация врачей и медицинского персонала, а также низкая активность самих пострадавших. Особенно это было характерно для жителей сельской местности Кыргызстана. Из поздно обратившихся больных (через 5 и более дней) только 31,3% поступили в отделение после безуспешного амбулаторного лечения по месту жительства. Среди данных больных был высок процент гнойно-воспалительных осложнений, что послужило поводом для направления пострадавших на третий уровень оказания специализированной медицинской помощи. При этом у 21% больных госпитализация была обусловлена диагностическими ошибками на догоспитальном этапе, допущенными врачами, слабо владеющими методами диагностики и лечения.

Кроме того, также большое значение имела недооценка своего состояния и низкая осведомленность

пострадавших о челюстно-лицевых травмах и их осложнениях или нежелание госпитализироваться (1,5%). Из числа несвоевременно госпитализированных 53% указали на материальные проблемы, а 49% — на отдаленность места постоянного проживания. При этом 18,1% пострадавших не смогли назвать причину позднего обращения за медицинской помощью.

Среднее число койко-дней составило $11,52 \pm 3,8$ дня и колебалось от 1 до 27 сут. Большинство пациентов (84,4%) получали специализированную помощь в стационаре от 7 до 8 дней. Доля больных, находившихся на стационарном лечении от 15 до 21 дня, составила 11,3%.

Заключение

Таким образом, изучение медико-социальных характеристик пострадавших с травмами костей лица показало, что большинство из них представлено социально активными и неработающими мужчинами молодого трудоспособного возраста со средним, высшим или незаконченным высшим образованием. Большинство из них являлись постоянными жителями сельской местности. Установлено, что большинство травм ЧЛО были бытовыми и сезонными, что обусловлено ростом частоты уличных травм и травм, получаемых сельскими жителями во время сельскохозяйственных работ, а также ростом частоты дорожно-транспортных происшествий.

Анализ системы оказания специализированной медицинской помощи пациентам с травмами лицевого скелета показал, что большинство пострадавших обращались по поводу госпитализации, минуя этап поликлинической диагностики и лечения, в виде самообращения.

Мы выявили высокую частоту несвоевременного обращения и госпитализации пострадавших в лечебно-профилактические учреждения, что было связано с отдаленностью места постоянного проживания, материальными проблемами, неадекватным амбулаторным лечением по месту жительства в условиях стоматологических поликлиник или районных больниц, а также диагностическими ошибками на догоспитальном этапе, недооценкой своего состояния и низкой осведомленностью пострадавших о челюстно-лицевых травмах или нежеланием госпитализироваться. Большинство пациентов получали специализированную помощь в стационаре от 7 до 8 дней.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
- Aladelusi T., Akinmoladun V., Olusanya A., et al. Analysis of Road Traffic Crashes-Related Maxillofacial Injuries Severity and Concomitant Injuries in 201 Patients Seen at the UCH, Ibadan. *Craniomaxillofac Trauma Reconstr.* 2014; 7(4): 284-9.

3. Копецкий И.С. Тяжелая краниофасциальная травма. *Наука Красноярья*. 2012; 3(3): 89–101.
4. Левенец А.А., Горбач Н.А., Фокас Н.Н. Челюстно-лицевой травматизм как социальная, экономическая и медицинская проблема. *Сибирское медицинское обозрение*. 2013; 80(2): 13–8.
5. Anderson P, Yong R, Surman T, et al. Application of three-dimensional computed tomography in craniofacial clinical practice and research. *Aust Dent. J.* 2014; 4(1): 174–85.
6. Мадай Д.Ю., Щербук А.Ю., Абсава К.А. и др. Стратегия оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с черепно-лицевой травмой в травмоцентре первого уровня. *Врач-аспирант*. 2013; 61(6.1): 126–32.
7. Бабкина Т.М., Демидова Е.А. Современные подходы к диагностике травм челюстно-лицевой области. *Лучевая диагностика и терапия*. 2013; 4 (4): 66–72.
8. Broyles J.M., Wallner C., Borsuk D.E., et al. The role of computer-assisted design and modeling in an edentulous mandibular malunion reconstruction. *J. Craniofac. Surg.* 2013; 24(5): 1835–8.
9. Tsao K., Cheng A., Goss A., Donovan D.J. The use of cone beam computed tomography in the postoperative assessment of orbital wall fracture reconstruction. *J. Craniofacial Surg.* 2014; 25(4): 1150–4.
10. Юлдашев И.М., Ургуналиев Б.К., Ашиналиев А.А., Молдалиев Э.К., Юлдашева Д.Т., Касенова Н.С. Тотальный одонтогенный медиастинит как осложнение гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2011; 3: 97–8.
2. Aladelusi T., Akinmoladun V., Olusanya A., et al. Analysis of Road Traffic Crashes-Related Maxillofacial Injuries Severity and Concomitant Injuries in 201 Patients Seen at the UCH, Ibadan. *Craniomaxillofac Trauma Reconstr.* 2014; 7(4): 284–9.
3. Kopetsky I. S. Severe craniofacial trauma. *Nauka Krasnoyars'ya*. 2012; 3(3): 89–101. (in Russian)
4. Levenets A.A., Gorbach N.A., Focas N.N. Maxillofacial traumatism as a social, economic and medical problem. *Sibirskoe meditsinskoie obozrenie*. 2013; 80(2): 13–8. (in Russian)
5. Anderson P, Yong R, Surman T, et al. Application of three-dimensional computed tomography in craniofacial clinical practice and research. *Aust Dent. J.* 2014; 4(1): 174–85.
6. Maday D.Yu., Shcherbuk A.Yu., Absava K.A., et al. Strategy for providing specialized medical care to victims with craniofacial trauma in the trauma center of the first level. *Vrach-aspirant*. 2013; 61(6.1): 126–32.
7. Babkina T.M., Demidova E.A. Modern approaches to the diagnosis of injuries of the maxillofacial region. *Luhevaya diagnostika i terapiya*. 2013; 4 (4): 66–72. (in Russian)
8. Broyles J.M., Wallner C., Borsuk D.E., et al. The role of computer-assisted design and modeling in an edentulous mandibular malunion reconstruction. *J. Craniofac. Surg.* 2013; 24(5): 1835–8.
9. Tsao K., Cheng A., Goss A., Donovan D.J. The use of cone beam computed tomography in the postoperative assessment of orbital wall fracture reconstruction. *J. Craniofacial Surg.* 2014; 25(4): 1150–4.
10. Yuldashev I.M., Urgunaliyev B.K., Ashinaliev A.A., Moldaliev E.K., Yuldasheva D.T., Kasenova N.S. Total odontogenic mediastinitis as a complication of putrefactive-necrotic phlegmon of the oral floor. *Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2011; 3: 97–8. (in Russian)

REFERENCES

1. Afanasiev V.V. *Surgical dentistry: Textbook*. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. (in Russian)

Поступила 04.01.2020
Принята к печати 17.02.2020