

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАПРАВЛЕНИЙ НА ЭКСТРЕННУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В ОТДЕЛЕНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Максимович Е. В., Толчков Т. Д.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. При возникновении клинических ситуаций, которые могут угрожать жизни пациента и значительно ухудшить состояние его здоровья осуществляется его экстренная госпитализация. Также следует отметить, что пациентам с патологией, требующей комплексного подхода к диагностике и лечению с применением наиболее сложных и точных методов обследования, оперативного лечения, круглосуточного наблюдения врачей, регулярного ухода и реабилитации, оказывается медицинская помощь,

в стационарных условиях. Кроме того, следует учитывать анатомические и функциональные особенности челюстно-лицевой области, которые предрасполагают к развитию инфекционно-воспалительных осложнений, и, как правило, существенно отражаются на общем состоянии пациентов, а также особенности питания и дыхания челюстно-лицевых пациентов, при развитии у них как воспалительных заболеваний, так и при возникновении травм челюстно-лицевой области.

Цель исследования: провести анализ структуры направлений на экстренную госпитализацию в отделения челюстно-лицевой хирургии 1 и 2 учреждения здравоохранения «11-я городская клиническая больница» г. Минска.

Материалы и методы. Ретроспективные исследования проводились на клинической базе кафедры хирургической стоматологии 2-ом стоматологическом отделении учреждения здравоохранения «31-я городская поликлиника». Проанализирован журнал направлений на экстренную госпитализацию в учреждение здравоохранения «11-я городская клиническая больница» г. Минска в отделения челюстно-лицевой хирургии 1 и 2 за период 2022–2023 гг.

Результаты и обсуждение. За 2022–2023 гг. в экстренном порядке на госпитализацию было направлено 163 пациента в возрасте от 19 до 92 лет, средний возраст составил 41,0 (21,0–55,0). При анализе возрастных групп в соответствии с классификацией ВОЗ определено, что лица молодого возраста (18–44 гг.) составили 45,3 % (74), среднего возраста (45–59 лет) — 30,6 % (50), пожилые люди (60–74 гг.) — 20,7 %, старческого возраста (75–90 лет) — 2,8 % (4), 0,6 % (1). Соответственно, преобладают лица трудоспособного возраста, — 74,1 %, что определяет социальную значимость исследуемого вопроса.

Среди лиц молодого возраста в структуре заболеваемости преобладают пациенты с воспалительными заболеваниями челюстных костей — 50,0 % (37), далее 23,0 % (17) — воспалительные заболевания мягких тканей, травмы челюстных костей — 12,2 % (9), одонтогенные воспалительные заболевания верхнечелюстного синуса — 6,7 % (5), заболевания слюнных желез — 4,0 % (3),

новообразования — 1,4 % (1), осложнения хирургического лечения — 2,7 % (2).

Среди лиц среднего возраста в структуре заболеваемости также преобладают пациенты с воспалительными заболеваниями челюстных костей — 50,0 % (25), далее 20,0 % (10) — воспалительные заболевания мягких тканей, травмы челюстных костей — 14,0 % (7), одонтогенные воспалительные заболевания верхнечелюстного синуса — 4,0 % (2), заболевания слюнных желез — 10,0 % (5), новообразования — 2,0 % (1).

К воспалительным заболеваниям одонтогенной этиологии, которые могут требовать госпитализации пациента, относятся острый гнойный одонтогенный периостит челюсти, одонтогенный абсцесс челюстно-лицевой области, острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложненный флегмоной прилежащих клетчаточных пространств, к заболеваниям неодонтогенной этиологии отнесены фурункулы, травматический остеомиелит нижней челюсти, сиадениты.

Согласно данным специальной литературы, доля пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области составляет до 60 % пациентов отделений челюстно-лицевой хирургии (И. О. Походенько-Чудакова, А. А. Кабанова, 2020). Длительное лечение данных заболеваний, особенно при наличии осложнений, увеличивает период временной нетрудоспособности, а также материальные затраты государства на лечение и реабилитацию таких пациентов, что определяет социально-экономическую значимость данной проблемы.

Что касается травматических повреждений челюстных костей, то согласно статистическим данным, отмечается рост повреждений в челюстно-лицевой области при увеличении общего числа травм, при этом переломы костей лицевого скелета составляют от 70 % до 88 %, среди которых преобладают переломы нижней челюсти у мужчин трудоспособного возраста, что определяет социальную значимость анализируемой темы.

Переломы челюстей с прохождением линии перелома через лунки зубов являются открытыми и инфицированными, а также

при сочетании с повреждением мягких тканей инфекционно-воспалительный процесс может и вторично распространяться на кость. Соответственно одними из ближайших во временном аспекте осложнений переломов костей лицевого скелета являются травматические инфекционно-воспалительные процессы, среди которых особое место в связи с длительной нетрудоспособностью, частотой хронизации и возможным развитием тяжелых осложнений, сопряженных с сенсibilизацией организма, а, следовательно, генерализацией инфекционного процесса, занимает травматический остеомиелит челюстных костей, доля которого составляет 10–30 % от общего числа переломов челюстей. Среди факторов, которые способствуют развитию травматического остеомиелита, следует выделить позднее обращение за медицинской помощью, ошибкой в постановке диагноза при некоторых видах переломов (например, мышечкового отростка). Чем позднее начинается лечение, тем благоприятнее условия для развития инфекционно-воспалительных осложнений. Также неполноценные репозиция, фиксация костных отломков, нерациональная иммобилизация челюстей являются причинами, которые способствуют развитию травматического остеомиелита. Соответственно пациентов с травматическими переломами челюстных костей при их обращении за медицинской помощью необходимо направлять на госпитализацию в экстренном порядке.

Среди неондонтогенных инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области особое место следует уделить фурункулам. У пациентов с фурункулами в челюстно-лицевой области возможно развитие таких тяжелых осложнений как тромбоз вен лица, тромбоз кавернозного синуса, сепсис, и их также необходимо госпитализировать в экстренном порядке. Доля пациентов составляет по данным В. В. Косарева и соавт., 2012, И. О. Походенько-Чудаковой, М. С. Флерьянович, 2022, составляет до 30 % среди всех инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Сиалоадениты относятся к наиболее часто встречающимся заболеваниям слюнных желез. Чаще в воспалительный процесс вовлекаются околоушные железы, что объясняется наличием узких

и сильно разветвленных протоков, малым содержанием муцина и низкой устойчивостью к токсическим воздействиям серозных энзимпродуцирующих железистых ацинусов. Для поднижнечелюстной железы более характерно развитие воспалительного процесса на фоне слюннокаменной болезни в результате сгущения слюны и затрудненного ее оттока из железы. Крайне редко в воспалительный процесс вовлекаются подъязычные и малые слюнные железы.

Развитию одонтогенного верхнечелюстного синусита способствуют анатомические особенности взаимоотношения дна верхнечелюстного синуса и верхушек корней зубов. При локализации верхушек корней зубов в верхнечелюстном синусе и развитии инфекционно-воспалительного процесса — периодонтита, в последний вовлекается слизистая оболочка верхнечелюстного синуса.

Выводы. В результате проведенного анализа определено, что среди направлений на госпитализацию по экстренным показаниям, преобладают лица трудоспособного возраста, у которых причиной направления на госпитализацию в 50,0 % наблюдений являются воспалительные заболевания челюстных костей, в 20,0–23,0 % — воспалительные заболевания мягких тканей, травмы челюстных костей составляют — 12,2 %.

Результаты проведенного исследования могут быть использованы при планировании стационарных койкомест специализированных отделений.