

Резюме

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖОЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Аль Ширафи Мохаммед Авад

На основе проведенного углубленного анализа литературных источников изучена история, терминология, эпидемиология и прикладные аспекты одновременных оперативных вмешательств. Проанализирован характер таких операций у пациентов с желчекаменной болезнью. Показано, что критических методов оценки и прогнозирования осложнений одновременных хирургических вмешательств не существует.

Ключевые слова: одновременные операции, желчекаменная болезнь.

Стаття надійшла 8.08.2010 р.

SIMULTANNION OF OPERATION FOR PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS

Alshrafi Mohammed Awaad

On the basis of the conducted deep analysis of literary sources history, terminology, epidemiology and applied aspects of simultannion of operative interferences, is found out. Character of such operations is analyzed for patients with cholelithiasis. It is show that receptive methods of estimation and prognostication of complication simultanion of surgical interferences does not exist.

Key words: simultannion operation, cholelithiasis.

УДК: 616.+612.75] - 053.5/.6 : 616.2/.6-036.12(477)

С.И.Григорюк

Харьковский национальный медицинский университет, Харьковская областная клиническая больница, г. Харьков

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА: СТРУКТУРА ТРАВМ И АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ

Проведен анализ опубликованных данных относительно частоты повреждений лицевого черепа с учётом медико-социальных, организационных и конституционально-биологических факторов. Отмечена необходимость междисциплинарного подхода к решению проблемы профилактики осложнённого течения этих травм, что объясняется высокой частотой сочетанных повреждений и посттравматическими особенностями функционального состояния органов и систем.

Ключевые слова: повреждения лицевого черепа, осложнённое течение, структура травм, приемственность и взаимосвязь.

Публикация является фрагментом плановой научно – исследовательской работы Харьковского национального медицинского университета «Удосконалення та розробка нових методів діагностики та лікування хворих з патологією щелепно – лицевої області» (№ держреєстрації 0106U001858; 2006-2010р.).

В экономически развитых странах частота травм и несчастных случаев занимает третье место в структуре причин смертности: после сердечно - сосудистых заболеваний и новообразований; на втором - среди причин первичной инвалидности и заболеваний с временной нетрудоспособности. По данным ВОЗ ежегодно от травм гибнет 300 тыс лиц трудоспособного возраста и более семи миллионов травмированных ежегодно становятся инвалидами [20]. Последние годы в структуре общего травматизма увеличился удельный вес челюстно-лицевой травмы (ЧЛТ); среди городского населения её удельный вес в структуре различных травм составляет 3,2 - 8,0% [4]. В тоже время, по данным специализированных челюстно - лицевых стационаров, в структуре госпитализированных 38,4% лиц с ЧЛТ, что свидетельствует о медицинской и социальной значимости данной патологии [1]. Согласно эпидемиологическим исследованиям, наиболее частыми причинами ЧЛТ являются дорожные происшествия (43,9%) и нападения (26,7%). Среди других причин, в порядке убывания, распределились: ЧЛТ от падения (16,5%), несчастные случаи на производстве (9,5%), спортивные травмы ЧЛО (3,18%). По другим данным, среди причин ЧЛТ на первом месте находится бытовая травма (82,7%), а дорожно-транспортная травма составляет 11,8%; при этом, уменьшение количества лиц, получивших ЧЛТ на производстве связывают со спадом последнего в постсоветских странах [29] и нынешними кризисными явлениями в экономике разных стран.

Как свидетельствуют данные специализированных челюстно-лицевых клиник, дорожно - транспортная травма и травма при падении с высоты отличаются от других видов ЧЛТ множественностью и наибольшей тяжестью переломов костей лица [56], в тоже время, большинство пациентов с ЧЛТ - трудоспособного возраста [1, 29]; согласно эпидемиологическим данным, преобладающее число пострадавших в возрасте 21-30 и 31-40 лет (соответственно 28,5% и 26,6%), тогда как в возрастных группах 15-20 и 41-50 лет частота ЧЛТ имеет сопоставимые уровни (16,7% и 15,7% соответственно), а в возрастной группе 51-60 лет - составляет 9,1% и уменьшается в возрастном периоде после 60 лет до 3,3% [16]. Данные отечественных исследователей аналогичны данным зарубежных авторов, согласно которым пик ЧЛТ приходится на второе - четвертое десятилетия жизни [34]: мужчины получают ЧЛТ чаще, чем женщины; соотношение мужчин и женщин в структуре челюстно-лицевых

стационаров – стабильно и составляет от 8:1 до 9:1 [1, 16, 26]. Указанное предопределяет актуальность исследований проблемы с научно - медицинских позиций для совершенствования диагностики, прогнозирования осложнённого течения, индивидуализации лечения и реабилитации пациентов с повреждениями лицевого черепа (ЛЧ).

Целью работы было проведение анализа частоты и характера ЧЛТ, а также факторов, причин и условий возникновения осложнённого течения поврежденных ЛЧ.

Материал и методы исследования. Материалом исследования стали опубликованные за последние годы результаты эпидемиологических, клинических и экспериментальных исследований по проблеме распространённости, структуры, частоты, а также факторов, причин и условий возникновения осложнённого течения повреждений ЛЧ. При выполнении работы применены методы системного анализа: логического структурирования, компонентной архитектоники явлений, функционального подхода и топографического описания. Используются научные обзоры и публикации первых двух уровней доказательности.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют, что изолированные переломы нижней челюсти (НЧ) занимают ведущее место среди повреждений лицевого скелета [28, 32, 49]. Среди госпитализированных по поводу травм тканей челюстно-лицевой области (ЧЛО) пациенты этой категории составляют от 67% до 87% [8, 10, 17]. При этом, у 60,0% отмечается односторонний перелом НЧ [14, 29], из них у 20,2% имеют место переломы тела НЧ [29]. Двухсторонние переломы НЧ составляют более 40%, что обусловлено формой кости (в виде «подковы») и двойной фиксацией ее у основания черепа [26].

У 32,5% пациентов с переломами нижней челюсти (НЧ) имеют место переломы в области угла [14]. Высокая частота таких переломов обусловлена анатомо - физиологическими особенностями НЧ, а также многообразием местных и общих причин. Эта локализация переломов сопровождается наиболее высоким уровнем осложнений (до 30% и более) [9, 44]. Довольно часто среди переломов НЧ встречаются ангулярные переломы в сочетании с переломами тела челюсти (22,7%) и одновременные переломы тела челюсти и суставного отростка (10%) [14]. Переломы мыщелкового отростка составляют от 6,4% [35, 41] до 30,8% всех случаев переломов НЧ [21]. При этом, частота переломов у основания мыщелкового отростка возрастает при двусторонних переломах НЧ [29]. В связи с анатомическими особенностями строения мыщелкового отростка, височно - нижнечелюстного сустава НЧ, прилежащих к нему жевательных мышц и мягких тканей, его переломы протекают иначе, чем переломы НЧ иной локализации [25, 31]; около 75-97% переломов НЧ являются открытыми: локализуются в пределах зубного ряда [26, 29]. Переломы НЧ различной локализации часто сопровождаются разнообразными осложнениями; нередко их следствием являются мышечно - суставные нарушения [2, 21], а частота осложнений воспалительного характера, колеблется в пределах от 4,4% до 40,0% [3, 21, 23, 27]. На втором месте среди всех переломов челюстно-лицевой области находятся переломы верхней челюсти (ВЧ), они встречаются в 3-5 раз реже, чем НЧ и составляют от 2,0% до 9,2% [4, 26]; при этом, среди переломов ВЧ чаще встречаются переломы альвеолярного отростка [26].

Переломы скуловых костей и скуловых дуг составляют от 4,0% до 20,0% в структуре повреждений ЛЧ [4, 13, 26]. За последние 20 лет структура травмы скулового комплекса изменилась в сторону тяжёлых повреждений, поскольку в число типичных переломов ЛЧ относят многооскольчатые переломы (5,8%) и многооскольчатые переломы с костными дефектами (3,5%) [13]; чаще они возникают при тангенциальном направлении силы удара с отрывом кости по линии анатомических швов [26].

Переломы обеих челюстей регистрируются в 2,4% случаев повреждений ЛЧ [4], при этом, переломы костей средней зоны ЛЧ регистрируются в 13,9% от общего числа переломов ЧЛО [21] и в последнее время имеют тенденцию к ежегодному приросту частоты в пределах 20,0% [26]. Показатели частоты переломов костей носа при ЧЛТ разноречивы, она колеблется от 4,6% [29] до 20,0% [26], а по данным зарубежных авторов в случаях ЧЛТ частота повреждения костей носа составляет 40,0% [22, 45]. Орбитальные переломы, возникающие при ЧЛТ, нередко сопровождаются тупой травмой глаз и, по данным литературы, их частота колеблется от 1,0 до 70,0%. Что касается частоты переломов костей ЧЛО различных локализаций в зависимости от пола, то у женщин чаще встречаются переломы костей носа (23,7%), зубов (22,7%), альвеолярного отростка ВЧ (20%), тогда как у мужчин – НЧ, причём травма у мужчин, как правило, более тяжёлая и множественная [26]. Среди предрасполагающих причин получения травм ЧЛО как изолированных, так и сочетанных - злоупотребление алкоголем занимает ведущее место [40, 46]. Сочетание алкогольного опьянения с ЧЛТ регистрируется в 12,8-70,0% [33, 57]. У данного контингента, несмотря на развитие новых методов лечения и реабилитации, частота осложнённого течения остается достаточно высокой [10]. Известно, что множественная, сочетанная и комбинированная травмы отличаются особой тяжестью клинических проявлений со значительным расстройством жизненно важных функций, трудностью диагностики, сложностью лечения, высоким уровнем инвалидности и летальности. Такие повреждения значительно чаще сопровождаются травматическим шоком, кровопотерей, угрожающими расстройствами кровообращения и дыхания. О тяжести политравмы свидетельствуют показатели летальности: при изолированных переломах она составляет 2,0%, при множественных – 16,0%, при сочетанных повреждениях – 50,0% и более [5]. В последние годы отмечен рост количества пострадавших с сочетанными поражениями – травмами двух и более анатомических сегментов одним поражающим фактором [29]. У пострадавших с повреждениями ЧЛО частота сочетанных травм достигает 10,0-12,0% [12, 33, 43]. Часто ЧЛТ сочетаются с травмами шейного отдела позвоночника, частота которых колеблется у этой категории пациентов от 0,3 % до 19,3%. К сожалению, у 10-25 % таких пациентов диагноз повреждения шейного отдела позвоночника верифицируется несвоевременно [6]. Имеются сообщения

о редко встречающихся сочетанных повреждениях ЧЛТ и гортани [50]. По данным неврологических клиник сочетанные повреждения головного мозга и ЧЛО составляют от 15,0% до 35,0% всей сочетанной ЧМТ. В свою очередь, в структуре сочетанных повреждений с ЧЛТ преобладают черепно-мозговые травмы (ЧМТ), которые наблюдаются у 37,8-79,7%, значительно отягощая состояние пациентов, и в части случаев являясь ведущими по тяжести повреждениями [42, 47].

Фактором, который предопределяет сочетание лицевой и ЧМТ является анатомическое, топографическое и функциональное единство мозгового и лицевого отделов черепа [11]. Особенностью сочетанной травмы лица и головного мозга является то, что повреждение головного мозга, вследствие современных представлений о биомеханике травмы, может возникать и при отсутствии удара по мозговому отделу черепа, т.е. данные повреждения могут быть вызваны воздействием травмирующего агента только на лицевой отдел черепа, либо на лицевой и мозговой отделы черепа одновременно [4]. Сила действующего фактора, вызвавшего перелом костей лица, по своей интенсивности обычно превосходит предел эластичности и прочности отдельных костей [4] и передается непосредственно на расположенный рядом головной мозг, вызывая дисциркуляторные и структурные изменения различной степени выраженности [24]. Таким образом, наличие ЧЛТ предопределяет высокую степень риска черепно-мозговой травмы (ЧМТ), так как сила, необходимая для повреждений ЛС рассматривается одновременно и причинным фактором ЧМТ [49].

Во всех промышленно развитых странах ЧМТ является одной из главных причин смерти и неврологических нарушений [36, 48]. В категории пострадавших с сочетанной черепно – челюстно – лицевой травмой также отмечается неуклонный рост уровня летальности и инвалидности [15, 37]. Большинство пациентов (71,3%) с сочетанием ЧЛТ и ЧМТ поступают в стационар в трудоспособном возрасте – от 15 до 50 лет, из них в состоянии алкогольного опьянения - 24,0% [30]. Среди детей повреждения лица при сочетанной ЧМТ встречаются у 24,2% пациентов [19]. Как свидетельствуют клинические данные, сочетанная ЧЛТ, по сравнению с изолированной, существенно увеличивает период временной нетрудоспособности (на 11-12 суток), ухудшает медицинский и социальный прогноз; 17,0-71,1% пациентам требуется лечения у невролога после выписки из клиники челюстно-лицевой хирургии [18, 38, 39]. При легкой ЧМТ в сочетании с повреждениями челюстно-лицевой локализации превалирует стоматологическая симптоматика, а при среднетяжелой и тяжелой ЧМТ – неврологическая [7, 18]. При этом исход ЧМТ у больных с ЧЧЛТ зависит от локализации повреждений ЛЧ и, как свидетельствуют клинические данные, уровень «неврологической смерти» с изолированным переломом НЧ составляет 1,6%, тогда как у пациентов со срединными и верхними переломами - на порядок повышается риск, достигая 20,3% [49]. К сожалению, в последние годы отмечено увеличение удельного веса тяжелых повреждений ЛЧ, чаще верхней и средней зон лица [12].

Выводы

1. Проблема травматизма ЧЛО не утратила своей актуальности, а рост количества ЧЛТ, и их удельного веса в показателях общего травматизма, а также сохранение высокого уровня летальности и инвалидизации этой категории пациентов является актуальной научно - медицинской и социально значимой проблемой, находящейся на стыке ряда медицинских специальностей, что требует обоснования алгоритмов лечебной тактики для стоматологов, челюстно-лицевых хирургов для учёта общих и местных реакций на ЧЛТ в системе индивидуализации лечения.
2. Широкое распространение легких ЧМТ, нередко остающихся за гранью внимания врача-стоматолога, определяют увеличивающуюся потребность в изучении затронутой проблемы, поскольку головной мозг отличается высокой чувствительностью даже при лёгких травматических воздействиях. Содержательный анализ исследований, посвящённых этому вопросу, позволяет прийти к выводу, что проблема взаимосвязи ЧЛТ с так называемыми легкими ЧМТ изучена недостаточно и представляет значительный научный и практический интерес и является перспективной в контексте изучения механизмов возникновения осложнённого течения повреждений ЛЧ. Среди групп факторов, рассматривающихся в качестве индикаторов осложнённого течения повреждений ЛЧ - следующие: демографические, конституционально - биологические, метаболические, факторы биомеханической сочетанности повреждений ЛЧ, другие.

Дальнейшие исследования по данной проблеме должны быть направлены на изучение роли дисциркуляторных, сосудисто-рефлекторных и иммунных и метаболических (включая метаболизм соединительной ткани, как необходимое условие оптимизации условий репаративного остеогенеза) реакций в механизмах возникновения осложнённого течения, а также разработки системы клинического прогнозирования и индивидуализации тактики лечения пациентов с повреждениями ЛЧ на этапах применения хирургического метода.

Литература

1. Аболфазл М. Хірургічне лікування і остеопластика при переломах вилицевого комплексу: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Київ, 2006. – 23 с.
2. Багаутдинова В.И. Основные направления диагностики и лечения мышечно-суставных нарушений после переломов нижней челюсти различной локализации / В.И. Багаутдинова // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии: Сб. науч. тр. / Харьковский государственный медицинский университет. – Харьков, 2002. – Вып. 5. – С. 11–12.

- 3.Баситханова Э.И. Профилактика послеоперационных воспалительных осложнений у больных с патологией челюстно-лицевой области / Э.И. Баситханова // Стоматология. – 2005. – Т. 84, № 2. – С. 50-51.
- 4.Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский // 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2006. – 456 с.
- 5.Гаркави А.В. Политравма. Особенности оказания медицинской помощи пострадавшим на догоспитальном этапе / А.В. Гаркави, С.З. Горшков // Медицинская помощь. – 1999. – №3. – С.19-26.
- 5.Гаркави А.В. Повреждения лица и шеи при катастрофах / А.В.Гаркави, О.Н.Ивашенко, Р.Х. Явлюева // Медицинская помощь. – 2004. – № 1. – С. 35–44.
- 7.Григорова И.А. Церебролизин в лечении больных молодого возраста с черепно-мозговой и кранио-фациальной травмой / И.А.Григорова, Н.А.Некрасова, С.М.Григоров // Міжнародний неврологічний журнал.– 2006.– № 6. – С.27–34.
- 8.Ивасенко П.И. Комплексное лечение воспалительных осложнений переломов нижней челюсти с использованием иммуномодулятора и регионарной лимфотропной терапии / П.И. Ивасенко, Е.П. Журко, А.В. Чекин, В.Д. Конвай, Т.М. Анисимова // Клиническая стоматология. – 2007.– №4.– 44-45.
- 9.Инкарбеков Ж.Б. Применение озона для профилактики воспалительных осложнений после остеосинтеза нижней челюсти / Ж.Б. Инкарбеков, Г.И. Джунусова // Клиническая стоматология. – 2007. – №4. – С. 88.
- 10.Калиновский Д.К. Совершенствование оказания медицинской помощи на этапах лечения и реабилитации пострадавших с травмами челюстно-лицевой области / Д.К. Калиновский, И.Н. Матрос-Таранец, С.Б. Алексеев, Т.Н. Хახелева // Травма. – 2006. – Т.7, №3. – С.383-389.
- 11.Корж Г.М. Лечение oro-фациальных повреждений при острой механической черепно-челюстно-лицевой травме/ Г.М. Корж // Материалы III съезда нейрохирургов России, 4-8 июля 2002, Санкт-Петербург. – С.36-37.
- 12.Лимберг А.А. Особенности тактики лечения пострадавших с сочетанной черепно-лицевой травмой / А.А. Лимберг, М.О. Данилевич, С.В. Марченко, К.А. Абсава, Т.Г. Мкртчян // Материалы III съезда нейрохирургов России, 4-8 июля 2002, Санкт-Петербург. – С. 44.
- 13.Логвиненко І.П. Лікування переломів вилицевого комплексу, що призвели до зміни об'єму орбіти: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Київ, 2005. – 23 с
- 14.Локес Е.П. Частота переломов нижней челюсти и методы их лечения / Е.П. Локес // Вісник УМСА. – 2004. – Т.6, Вип.4. – С. 116.
- 15.Мадай Д.Ю. Хирургическая тактика у пострадавших с тяжелой травмой челюстно-лицевой области в аспекте патогенеза травматической болезни: Тезисы Всероссийской конференции "Скорая помощь-2007" / Д.Ю. Мадай, К.П. Головкин, И.М. Самохвалов // Скорая медицинская помощь. – 2007. – Т.8, № 3. – С. 63-64.
- 16.Максимча С.В. Обґрунтування застосування гіпосенсибілізуючої терапії у хворих з переломами нижньої щелепи: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Київ, 2007. – 21 с.
- 17.Маланчук В.О. Антимікробна дія поліфенолів винограду в комплексному лікуванні переломів нижньої щелепи / В.О.Маланчук, С.А.Усенко, А.В.Копчак, М.А. Гордійчук, Н.О. Долінська // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2007. – Т.7, вип.1-2. – С.291-293.
- 18.Мальцев С.А. Хирургическая тактика при повреждениях средней и боковой зон лицевого черепа / С.А. Мальцев, Л.Н. Кузнецова, В.М. Турунцев, Н.А. Шекунова // Травматология и ортопедия России. – 2006. – Т.40, №2. – С. 196.
- 19.Мартиросян М.М. Особенности неврологической диагностики при сочетанной черепно - мозговой травме у детей /М.М. Мартиросян // Неврологический журнал.– 2004. – Т.9, №6. – С. 15-19.
- 20.Масна-Чала О.З. Мікробіологія і антибактеріальна терапія флегмон щелепно-лицевої ділянки / О.З. Масна-Чала // Науковий вісник Ужгородського державного університету: серія Медицина. – 2005. – Вип.24. – С. 134-136.
- 21.Матрос-Таранец И.Н. Планирование реконструктивно - восстановительных операций в челюстно - лицевой области с использованием современных методов лучевой диагностики, компьютерных технологий и телемедицины / И.Н. Матрос-Таранец, Д.К. Калиновский, С.Б. Алексеев, Т.Н.Хახелева // Травма. – 2006. – Т.7, №1. – С.51-56.
- 22.Ніканоров Ю.О. Лікування та реабілітація постраждалих з переломами кісток середньої зони лицевого черепа із застосуванням пелюдотерапії та магніто-пелюдотерапії: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Одеса, 2005 – 17 с.
- 23.Панкратов А.С., Мелкумова А.Ю. Клинические особенности переломов нижней челюсти у лиц пожилого и старческого возраста / А.С. Панкратов, А.Ю. Мелкумова // Стоматология. – 2000. – №4. – С.28-33.
- 24.Передков К.Я. Щелепно-лицьові пошкодження, поєднані із черепно-мозковою травмою: Автореф. дис ... канд. мед. наук. – Київ, 1993. – 20 с.
- 25.Рябокоть Є.М. Діагностика і комплексне лікування хворих із переломами виросткового відростка нижньої щелепи і кістковими захворюваннями скронево-нижньощелепного суглоба: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Полтава, 2002. – 34 с.
- 26.Саврасова Н.А. Рентгенодиагностика травматических повреждений челюстно-лицевой области / Н.А. Саврасова, Т.Ф. Тихомирова, И.И. Сергеева, В.В. Рожковская // Белорусский медицинский журнал. – 2005. – № 2
- 27.Сукачев В.А. Профилактика лечений травматического остеомиелита нижней челюсти методом внутрикостной перфузии / В.А. Сукачев, Б.Е. Елеусизов // Стоматология. – 1987. – №1. – 46-47.
- 28.Тимофеев А.Н. Анализ травматических повреждений нижней челюсти по материалам клиники челюстно-лицевой хирургии Главного военного госпиталя / А.Н. Тимофеев, В.Г. Шальга, В.В. Коваленко // Вестник стоматологии. – 1997. – №3. – С.472-473.
- 29.Травматология челюстно-лицевой области / Под ред. В.О. Кенбаева. – Шымкент, 2006. – 118 с.

- 30.Харитонов Д.Ю. Возрастные аспекты диагностики и лечения сочетанных кранио-фациальных повреждений / Д.Ю. Харитонов // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2003. – Т.6, № 2.-С.47-52.
- 31.Хачкевич Г. А. Особенности применения хирургического предущного доступа к височно-нижнечелюстному суставу при травмах / Г.А. Хачкевич, И.Г. Трофимов // Стоматология. – 2007. – Т. 86, № 6. – С. 47–49.
- 32.Челюстно-лицевой травматизм в промышленном мегаполисе: современный уровень, тенденции, инфраструктура / Матрос-Таранец И.Н., Калиновский Д.К., Алексеев С.Б., Абу Халиль М.Н., Дадонкин Д.А. – Донецк, 2001. – 193 с.
- 33.Adams C.D. Changing patterns of severe craniomaxillofacial trauma in Auckland over eight years / C.D. Adams, J.S. Januszkiewicz, J. Judson // Aust.N.Z.J.Surg. – 2000. – V.70, № 6. – P.401-404.
- 34.Batstone M. Transfer of facially injured road trauma victims and its impact on treatment / M. Batstone, F. Nonsour, P. Pattel // ANZ. J. Surg. – 2005. – V. 75. – P. 401-414.
- 35.Bootcher M. Erfolgsbever tung Konservative und chirurgiseher therapiementhoden bei kiefegeleknfracturen / M. Bootcher // Zahn. Mund. Kieferheilk. – 1996. – V.76, №3.– P. 283-288.
- 36.Bruns J. The epidemiology of traumatic brain injury: a review / J.Bruns, W.A.Hauser // Epilepsia.– 2003.– V. 44. – P.2-10.
- 37.Bullock R. Management and prognosis of severe traumatic brain injury. Part 1: Guidelines for the management of severe traumatic brain injury / R.Bullock, R.Chesnut, G. Clifton //J. Neurotrauma. – 2000. – V.17. – P.451-553.
- 38.Centonze D. Cortical hyperexcitability in post-traumatic stress isorder secondary to minor accidental head trauma: a neurophysiologic study / D.Centonze, M.G. Palmieri, L. Boffa // Rev. Psychiatr. Neurosci. – 2005. – V.30, № 2. – P. 127-132.
- 39.Croker V., McDonald S. Recognition of emotion from facial expression following Traumatic brain injury / V. Croker, S. McDonald // Brain Injury. – 2005. – V.19, №10. – P.787-799.
- 40.Cunningham R.M. The effects of alcohol on head injury in the motor vehicle crash victim / R.M. Cunningham, R.F. Maio, E.M. Hill, B.J. Zink // Alcohol and Alcoholism. – 2002. – V.37, №3. – P.236-240.
- 41.Dal Sacso G., Capchesio P. Trattamento conservativo delle fratturo mandibolari condilari / G. Dal Sacso, P. Capchesio // Dent. Cadmos. – 1986. – V. 4, №1. – P. 61-67.
- 42.Echlin P.S. Craniomaxillofacial injury in sport: a review of prevention research / P.S. Echlin, R.E. Upshur, D.M. Peck, E.N. Skopelja // Br. J. Sports Med. – 2005. – V.39. – P. 254-263.
- 43.Gassner R., Hackl W., Tuli T., Emshoff R. Facial injuries in skiing. A retrospective study of 549 cases / R. Gassner, W. Hackl, T. Tuli, R. Emshoff // Sports Med. – 1999. – V.27, №2. – P.127-134.
- 44.Gorgu M. Respective comparative study of the range of movement of emporomandibular joints after mandibular fractures: rigid or non-rigid fixation / M. Gorgu, O. Deren, B. Sakman, D. Ciliz, B. Erdogan // Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand. Surg. – 2002. – V.36. – P. 356-361.
- 45.Kucik C. J. Management of Acute Nasal Fractures / C. J. Kucik, T. Clenney, J. Phelan // American Family Physicia. – 2004. – V. 70. – № 7. – P. 1315-1320.
- 46.Kvaal S.I.Tooth and jaw injuries following violence-diagnosis and treatment in emergency department / S.I. Kvaal, B. Kvaal // Tidsskr. Nor. Laegeforen. – 2000. – V.10, №120(7). – P.843-847.
- 47.Lewandowski B. Agriculture-related severe craniofacial injuries in rural children and adolescents / B. Lewandowski, J. Szymaska // Ann. Agric. Environ. Med. – 2008. – V. 15. – P. 59-62.
- 48.Maldonado M.D. The potential of melatonin in reducing morbidity-mortality after craniocerebral trauma / M.D.Maldonado, F. Murillo-Cabezas, M.P. Terron, L.J. Flores, D.X. Tan, L.C. Manchester, J. Reiter // J. Pineal Res. – 2007. – V. 42. – P. 1-11.
- 49.Martin C.G. Do facial fractures protect the brain or are they a marker for severe head injury /C.G. Martin, D.A. Spein, J.D. Richardson// Amer.Surg. – 2002.–V.68.–P.477-481.
- 50.Myer C. Trauma of the larynx and craniofacial structures: airway implications / C. Myer // Pediatric Anesthesia. – 2004. – V. 14. – P. 103-106.

Резюме

**ПОШКОДЖЕННЯ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА:
АНАЛІЗ КОНСТИТУЦІЙНО-БІОЛОГІЧ-
НИХ ФАКТОРІВ СТРУКТУРИ ТРАВМ ТА
ФАКТОРІВ З УСКЛАДНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ**
Григоров С.Н.

Проведений аналіз друкованих даних відносно частоти ураження лицевого черепа з урахуванням медико-соціальних, організаційних та конституційно-біологічних факторів. Відмічена необхідність інтердисциплінарного підходу до вирішення проблеми профілактики ускладнень даних травм.

Ключові слова: пошкодження лицевого черепа, ускладнений перебіг, структура травм, взаємозв'язок.

Стаття надійшла 29.06.2010 р.

**FACIAL SKELETON INJURIES:
ANALYSIS OF CONSTITUTIONAL-BIOLOGICAL
FACTORS, STRUCTURE OF TRAUMAS AND
FACTORS OF COMPLICATED COURSE**
Grygorov S.

The analysis of published data concerning frequency of facial skeleton injuries was carried out with a glance at medico -social, organizational and constitutional-biological factors. The necessity of interdisciplinary approach to the problem-solving of prophylaxis of complicated course of these traumas was observed, which is explained with high frequency of combined injuries and posttraumatic features of functional state of organs and systems.

Key words: facial skeleton injuries, complicated course, structure of traumas, succession and interconnection.