

Наталія Литовченко, Олександр Васильєв

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Ретроспективний аналіз травматичних ушкоджень кісток лицевого черепа

▷ **Актуальність.** Актуальні статистичні дані щодо травм щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) з аналізом структури захворюваності та госпіталізації у відділення щелепно-лицевої хірургії (ЩЛХ) відсутні. Такі дані необхідні для оцінювання результативності заходів із профілактики та лікування захворювань ЩЛД, підвищення ефективності надання невідкладної допомоги пацієнтам, виявлення проблем у системі медичної допомоги за профілем щелепно-лицевої хірургії.

Мета: провести статистичний аналіз структури госпіталізації за профілем екстреної щелепно-лицевої хірургії.

Матеріал і методи. Проаналізовано медичну документацію 15 227 пацієнтів, госпіталізованих у 2018–2022 рр. Статистичну обробку даних проведено методом розрахунку середньої величини та екстенсивного показника.

Висновки. Кількість пацієнтів із екстреною патологією ЩЛД досить висока, без тенденції до зниження. Основну частину госпіталізованих становили чоловіки молодого працездатного віку. Із загальної кількості госпіталізованих 28,6 % були пацієнти, які звернулися до стаціонару самостійно, 22,9 % — іногородні. Середня тривалість госпіталізації становила 3,85 доби та істотно не змінювалася протягом досліджуваного періоду. У структурі травматизму переважали рани ЩЛД і переломи нижньої щелепи. Остеосинтез застосовували під час переломів нижньої щелепи у 29,9 % пацієнтів. До 70 % усіх пацієнтів після виписки потребували динамічного спостереження щелепно-лицевого хірурга. Летальність у відділенні ЩЛХ була вкрай низькою та зумовлена наявністю у пацієнтів тяжкої супутньої патології.

Ключові слова: перелом, рани, обличчя, нижня щелепа, середня ділянка обличчя, щелепно-лицева хірургія, статистика.

Стаття опублікована на умовах відкритого доступу за ліцензією CC BY-NC
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.uk>



Вступ

Щелепно-лицевий травматизм є як медичною, так і соціально-економічною проблемою. Побутові й кримінальні травми, розвиток засобів пересування, доступних широкому загалу, дорожньо-транспортні пригоди зумовлюють високий відсоток травм ЩЛД у структурі загального травматизму [1–4]. Водночас попри вдосконалення профілактичних заходів, упровадження нових методів діагностики та лікування захворювань ЩЛД, кількість пацієнтів із травмами не зменшується, а відсоток хворих із тяжкими формами цих патологій щороку зростає [5].

Відсутність стоматологічних відділень у структурі багатопрофільних стаціонарів м. Київ, які

надають спеціалізовану допомогу пацієнтам із супутньою патологією (коагулопатії, алергія на місцеві анестетики, захворювання центральної нервової системи, серцево-судинні захворювання тощо) і вагітним, а також комплексу лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на надання кваліфікованої стоматологічної допомоги маломобільним громадянам [6], призводить до того, що ці категорії пацієнтів також госпіталізуються до відділень ЩЛХ.

Дослідження проводили на базі відділень ЩЛХ комунальних неприбуткових підприємств (КНП) «Київська обласна клінічна лікарня» та «Київська міська клінічна лікарня № 12». Вибір цих лікарень зумовлений тим, що вони мають щелепно-лицеві

травматологічні пункти, які є найбільшими та єдиними у м. Києві та Київській обл., і, відповідно, мають найвищі показники активності оперативної допомоги хворим щелепно-лицевого профілю. У зв'язку з великою кількістю пацієнтів із травматичними ушкодженнями ЩЛД ці відділення виділено в окрему структурну одиницю.

Аналіз даних щодо структури травматизму ЩЛД є необхідним для оцінювання ефективності заходів із профілактики та лікування захворювань і травм ЩЛД, підвищення якості невідкладної допомоги, а також виявлення проблем у системі медичної допомоги за профілем щелепно-лицевої хірургії.

Мета: провести статистичний аналіз звернень та госпіталізації провідних відділень щелепно-лицевої хірургії м. Києва з надання цілодобової екстреної допомоги пацієнтам із травмами та захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.

Матеріали і методи

Дослідження проведено на базі відділень ЩЛХ КНП «Київська обласна клінічна лікарня» та «Київська міська клінічна лікарня № 12». Проаналізовано медичну документацію (статистичні карти вибулих зі стаціонару — форма № 066/о, універсальні виписні/посмертні епікризи — форма № 027/о) 15 227 пацієнтів, госпіталізованих у 2018–2022 рр. До дослідження включено всіх хворих, госпіталізованих у відділення ЩЛХ у зазначений період. Особи, госпіталізовані в інший період чи інше відділення, були виключені. Статистичну обробку даних проведено методом розрахунку середньої величини та екстенсивного показника.

Результати

За даними приймальних відділень обох лікарень за досліджуваний період зареєстровано 27 571 звернення до кабінету щелепно-лицевої хірургії. Обсяг звернень і госпіталізацій щороку збільшується з травня до серпня, а також у жовтні, що пов'язано зі збільшенням кількості пацієнтів із травмами ЩЛД.

У 2018–2022 рр. до відділень ЩЛХ було госпіталізовано 15 227 осіб (табл. 1).

Із даних таблиці можна констатувати щорічне збільшення кількості звернень пацієнтів із щелепно-лицевою патологією, за винятком зменшення кількості звернень 2020 р. майже у 2 рази, що пов'язано з початком пандемії Covid-19 (введення режиму самоізоляції, обмеження планових госпіталізацій тощо). Однак попри збільшення кількості звернень, відсоток госпіталізацій не збільшився, що свідчить про підвищення частки

пацієнтів, які не потребують стаціонарного лікування (рани, забої, садна, гематоми). За досліджуваний період 4 359 пацієнтів (28,6 %) звернулися самостійно. Іногородніх та іноземців було 3 494 (22,9 %). Пацієнти із травмами ЩЛД становили більшість, серед травм були: переломи нижньої щелепи — 33,7 %, середньої ділянки обличчя — 16,5 %, рани — 12,4 %.

Більшість госпіталізованих склали чоловіки (10 354 особи, або 68 %). Із них 7 665 хворих (74 %) мали травми ЩЛД. Така тенденція зберігається щороку, змінюється лише співвідношення (1:2; 1:3).

У жінок частіше трапляються верхньощелепні синусити, періодонтити, кровотечі після видалення зуба, патології прорізування зубів.

Аналіз вікової структури показав, що більшість пацієнтів — це особи молодого працездатного віку (18–44 роки). За досліджуваний період госпіталізовано 9 759 осіб молодого (64,1 %), 2 497 середнього (16,4 %), 1 822 старшого (12 %), 995 похилого (6,5 %) та 154 старечого (1,0 %) віку (табл. 2).

Тривалість госпіталізації у середньому становила 3,85 доби. За досліджуваний період виявлено нерівномірну зміну середньої тривалості госпіталізації: 4,22 ліжко-дня у 2018 р.; 3,33 — у 2019; 3,67 — у 2020; 3,86 — у 2021; 4,38 ліжко-дня — у 2022 р. Найдовшою госпіталізація була у випадку поєднаних переломів нижньої щелепи та середньої ділянки обличчя (7,3 ліжко-дня), множинних переломів нижньої щелепи (6,7) та переломів вилицевого комплексу (5,9 ліжко-дня). Найкоротшою тривалість стаціонарного лікування була під час кровотеч після видалення зуба (1,9 ліжко-дня) та періодонтитів (1,6 ліжко-дня) (табл. 3).

Привертає увагу середня тривалість госпіталізації пацієнтів із переломами верхньої щелепи. Невелика кількість ліжко-днів за тяжких переломів верхньої щелепи за типом Ле Фор II та III пояснюється тим, що пацієнти надходять у стаціонар із поєднаною черепно-мозковою травмою (ЧМТ) і після огляду госпіталізуються міждисциплінарною бригадою до відділення нейрохірургічної реанімації, де отримують комплексне лікування. Лише після стабілізації стану їх переводять до відділення ЩЛХ [7–9].

За досліджуваний період у відділеннях померли 7 осіб (5 у 2019 р., 2 у 2020 р.). Причиною смерті у всіх випадках була декомпенсація тяжкої супутньої патології.

Українською траплялись пацієнти з вогнепальними пораненнями (8 осіб, з яких 3 — з ураженням кісток лицевого скелета, 5 — з ушкодженнями

Таблиця 1.

**Кількість звернень до приймального відділення
та госпіталізованих пацієнтів із патологією щелепно-лицевої ділянки у 2018–2022 рр.**

Причина	Рік				
	2018	2019	2020	2021	2022
Звернення до приймального відділення в кабінет щелепно-лицевої хірургії	5 757	5 886	3 057	6 286	6 485
Госпіталізація до відділення щелепно-лицевої хірургії	2 757	3 509	2 791	3 416	2 754
Доставлення бригадою швидкої медичної допомоги	1 144	1 522	1 757	1 726	1 348
Звернення до стаціонару самостійно	873	1 255	672	770	789
Госпіталізовані іногородні / іноземці	632	806	696	696	664

Таблиця 2.

Аналіз вікової структури

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

Таблиця 3.

**Середня тривалість госпіталізації
у відділення щелепно-лицевої хірургії за нозологією (ліжко-день)**

Діагноз	Рік				
	2018	2019	2020	2021	2022
Незавершене видалення зуба	1,6	1,5	2,5	2,0	2,4
Новоутворення щелепно-лицевої ділянки	2,6	1,9	2,6	2,3	3,3
Травми м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки	2,87	2,1	2,3	1,75	2,4
Верхньощелепний синусит	4,9	4,2	5,0	4,8	4,7
Сіалоаденіт	4,8	3,5	5,4	4,9	4,56
Новоутворення шиї	4,5	4,75	3,6	3,6	2,5
Кровотеча після видалення зуба	1,92	1,98	1,6	1,9	1,8
Періодонтит	1,8	1,5	1,6	1,7	1,6
Ретенція / дистопія зуба	1,8	2,1	2,1	2,7	2,1
Переломи вилицевої кістки	5,4	5,3	4,87	4,95	4,6
Однібічні переломи нижньої щелепи	4,7	3,9	4,6	4,6	5,2
Двобічні переломи нижньої щелепи	5,75	4,9	5,2	5,5	6,1
Переломи вилицевого комплексу	6,5	5,45	5,0	6,9	5,1
Поєднані переломи нижньої щелепи та середньої ділянки обличчя	10,7	9,5	9,5	7,0	6,0
Поєднані переломи нижньої щелепи та вилицевого комплексу	10,8	11,0	9,2	6,1	8,7
Перелом верхньої щелепи Ле Фор I	3,9	2,7	3,1	3,0	3,2
Перелом верхньої щелепи Ле Фор II	5,3	4,7	5,4	5,0	5,8
Перелом верхньої щелепи Ле Фор III	0	9,0	5,7	5,0	4,0

лише м'яких тканин ЩЛД), із травматичними вивихами зубів (23, з них 11 — із больовою дисфункцією СНЩС, 8 і 17 — з переломами передньої стінки верхньощелепного синуса та вилицевого, назоетмоїдального комплексів відповідно).

Більшу частину госпіталізованих становили пацієнти з травмами ЩЛД (серед них переважали чоловіки віком 18–44 років).

Переломи дна орбіти та вилицевого комплексу

Госпіталізовані пацієнти із закритою ЧМТ та струсом головного мозку (СГМ) траплялися у 10,85 % випадків травм ЩЛД. Найчастіше СГМ діагностували під час переломів верхньої щелепи та комбінованих переломів нижньої щелепи і середньої ділянки обличчя (відповідно 88,8 і 36,15 %). У разі переломів нижньої щелепи СГМ діагностовано у 5 % випадків.

Пацієнти із травмами м'яких тканин ЩЛД становили 12,4 % (1 889 осіб) загальної кількості госпіталізованих. У структурі травм м'яких тканин ЩЛД переважали рани (80,6 %), гематоми (9,9 %) та забої м'яких тканин (9,5 %). До стаціонару також надходили громадяни з травмами м'яких тканин ЩЛД у поєднанні з алкогольним сп'янінням середнього й тяжкого ступеня, великим обсягом ураження, ЧМТ та супутньою загальносоматичною патологією.

Переломи середньої ділянки обличчя

Пацієнти з переломами вилицевої кістки та дуги становили 20,2 % загальної кількості госпіталізованих із переломами кісток лицевого черепа. Зміщення уламків спостерігали у 72 % випадків. Їх репозицію проводили під загальною анестезією методом Лімберга у 92,3 % випадків. У 8,7 % випадків застосовували металоостеосинтез.

Переломи дна орбіти та вилицевого комплексу становили відповідно 6,4 і 18,0 % усіх переломів середньої ділянки обличчя. Оперативне лікування у разі переломів дна орбіти проводили у 23,1 % випадків, переломів вилицевого комплексу — у 67,9 %.

Переломи верхньої щелепи траплялися у 4 % випадків. Пацієнти з переломами за типом Ле Фор I та переломами альвеолярного відростка верхньої щелепи становили 2,5 % госпіталізованих із травмами; Ле Фор II — 1,37 %; Ле Фор III — 0,1 %.

Ізольовані переломи кісток носа лікують оториноларингологи, однак у випадку поєднання цієї патології з травмами м'яких тканин ЩЛД пацієнтів направляють до щелепно-лицевого хірурга. За досліджуваній період було госпіталізовано 90 осіб з цією патологією.

Переломи стінок навколоносових пазух траплялися рідко, без потреби хірургічного втручання.

Переломи нижньої щелепи

Найчастішими серед переломів кісток лицевого черепа були переломи нижньої щелепи (65,2 %). Однобічні переломи траплялися дещо частіше (54,7 % загальної кількості переломів нижньої щелепи). Серед однобічних переломів найчастіше реєстрували переломи кута щелепи (50,7 %). Двобічні переломи нижньої щелепи траплялися рідше — у 43,1 % випадків.

Видалення зубів, що знаходилися на лінії перелому, проводили у 5 % випадків у разі переломів тіла нижньої щелепи та 16,5 % — у випадку переломів кута нижньої щелепи.

Множинні переломи нижньої щелепи становили 1,75 % загальної кількості переломів нижньої щелепи. Найчастіше лінії переломів проходили через кут, тіло та суглобовий відросток (73 %).

Поєднана травма (перелом нижньої щелепи та середньої ділянки обличчя) траплялася рідко — у 2,73 % випадків загальної кількості переломів кісток лицевого черепа.

Остеосинтез застосовували під час переломів нижньої щелепи у 29,9 % випадків. В інших випадках проводили імобілізацію нижньої щелепи двощелепним шинуванням.

Обговорення

Проблему масового розвитку засобів індивідуальної мобільності описують багато авторів [1–3]. Основною причиною високого травматизму під час використання цих засобів пересування є нехтування правилами їх експлуатації та правилами дорожнього руху. Інші автори звертають увагу на проблему дуже низької доступності амбулаторної стоматологічної допомоги маломобільним громадянам, що призводить до збільшення навантаження на відділення ЩЛХ [6].

Щорічне збільшення кількості пацієнтів із травмами ЩЛД відзначають усі автори в усіх регіонах [1–5], і, за даними наших колег [10], це триває з 1970-х років. На переважання чоловіків у вибірці та зменшення середньої тривалості госпіталізації вказують усі автори [1–5].

У клінічній практиці колег переломи нижньої щелепи також переважають над іншими переломами кісток лицевого черепа, хоча відсоткове співвідношення різниться: 92, 70–85, 67–87, 73,5–80,5 %. За нашими даними, частка переломів нижньої щелепи трохи нижча — 65,2 %. Така значна різниця може бути пов'язана з обсягом вибірки, термінами досліджень та регіоном.

Наше дослідження підтверджує перевагу однобічних переломів у ділянці кута щелепи над іншими. Відсоткове співвідношення однобічних і двобічних переломів становить 54,7 та 43,1 % за нашими даними; 60 та 40 %, 49 та 49 %, 61,1 та 38,9 %.

Автори попередніх досліджень також оцінюють причини переломів: дорожньо-транспортні пригоди — 43,9 %; напади — 26,7 %. За іншими даними, переважають побутові травми (82,7 %), а дорожньо-транспортні становлять 11,8 % [4]. У країнах зі старіючим населенням переважають побутові травми (зокрема через падіння), а в регіонах із більшою часткою молодого населення — дорож-

ньо-транспортні [6]. Цей висновок частково підтверджують й інші зарубіжні автори [4]. У нашому дослідженні цей критерій не розглядався через високу частоту приховування справжньої причини травми пацієнтами.

Переломи нижньої щелепи поєднуються із переломами середньої ділянки обличчя у 2,4 % випадків, а переломи середньої ділянки обличчя становлять 13,9–20 % загальної кількості переломів кісток лицевого черепа з тенденцією до щорічного зростання [4, 5]. Відомості про частку поєднаних із ЧМТ травм обличчя різняться у різних авторів і складають від 21,3 до 46 % [7], 13,92 % [8]. Переломи нижньої щелепи значно рідше поєднуються з ЧМТ (3,2–3,83 %) [7], ніж переломи середньої ділянки обличчя, що підтверджують наші дані. Наявність ЧМТ та СГМ у пацієнтів збільшує тривалість госпіталізації в середньому на 59,7 % [8].

За даними деяких авторів, наявність у штаті відділення ЩЛХ кабінету медичної реабілітації покращує результати лікування пацієнтів на 31,6–50 % за різними критеріями, а ефективність роботи зростає на 16,7–21,9 % [7]. Отримані нами дані підтверджують необхідність додаткового лікування переважної більшості пацієнтів. Проблемі доступності й ефективності реабілітації наші колеги пропонують розв'язувати, зокрема, за допомогою телемедичних технологій [6].

Висновки

Спостерігається щорічне зростання кількості екстрених звернень у приймальне відділення пацієнтів із травмами та захворюваннями ЩЛД. Водночас кількість госпіталізацій з екстреною патологією не збільшується, оскільки багатьом пацієнтам надають допомогу безпосередньо в приймальному відділенні.

До 70 % усіх пацієнтів після виписки потребують динамічного спостереження щелепно-лицевого хірурга. За відсутності стаціонарних стоматологічних відділень, що здійснюють екстрений прийом пацієнтів із супутньою загальносоматичною патологією, вагітних та маломобільних осіб, ці категорії госпіталізуються до відділення ЩЛХ.

Зменшити навантаження на приймальні відділення стаціонарів та покращити доступність реабілітації пацієнтів після виписки можливо за наявності щелепно-лицевого хірурга в амбулаторній ланці, а відкриття відділень, що здійснюють

екстрений стоматологічний прийом, знизило б навантаження на відділення ЩЛХ та покращило якість стоматологічної допомоги населенню. Також необхідно посилити заходи профілактики стоматологічних захворювань серед маломобільних пацієнтів.

У структурі госпіталізацій переважають пацієнти з травмою ЩЛД. Щорічні спалахи травматизму припадають переважно на літній період, що слід враховувати під час планування профілактичних заходів зі зменшення побутового та дорожньо-транспортного травматизму.

Щорічно до 71,4 % госпіталізованих складають чоловіки молодого працездатного віку (18–44 роки). Найчастіше серед травм трапляються переломи нижньої щелепи, частіше односторонні (54,7 %), в ділянці кута (50,7 %). Остеосинтез застосовують у разі переломів нижньої щелепи у 29,9 % випадків.

Пацієнти з травмою м'яких тканин ЩЛД становлять 12,4 % загальної кількості госпіталізованих. У структурі травми м'яких тканин ЩЛД переважають рани (80,6 %), гематоми (9,9 %) та ущільнення м'яких тканин/удари (9,5 %).

Наявність ЧМТ у пацієнтів із травмами ЩЛД значно збільшує тривалість госпіталізації.

Переломи середньої ділянки обличчя трапляються частіше, ніж переломи нижньої щелепи, і поєднуються з ЧМТ різного ступеня тяжкості.

Летальність у відділеннях ЩЛХ надзвичайно низька і обумовлена наявністю у пацієнтів тяжкої супутньої патології.

Джерело фінансування

Стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Згода на публікацію

Автори надали згоду на публікацію тексту рукопису.

Використання штучного інтелекту

Автори стверджують, що під час написання статті штучний інтелект не використовувався.

ПОСИЛАННЯ / REFERENCES

1. Lytovchenko, N., Kostjuk, T., & Syroizhko, M. (2022). Analysis of the trauma of the middle part of the face over the past five years. *International Journal of Medical Dentistry*, 26(2), 314–317.
2. Malanchuk, V. O., Logvinenko, I. P., Timoshchenko, N. M., & Chepurny, Y. V. (2012). Characteristics of fractures of the zygomatic complex according to archival data for 2006–2010 compared to previous years. *News of Dentistry*, 4, 46–51.

- [Маланчук В. О., Логвиненко І. П., Тимошенко Н. М., & Чепурний Ю. В. (2012). Характеристика переломів вилицевого комплексу за архівними даними за 2006–2010 рр. порівняно з попередніми роками. *Новини стоматології*, 4, 46–51].
- Shuminsky, E. V., & Kopchak, A. V. (2021). Six-year analysis of traumatic injuries of the craniomaxillofacial region: the relationship between maxillofacial and craniocerebral injuries. *Actual Dentistry*, 1, 56–60. [Шуминський Є. В., & Копчак А. В. (2021). Шестирічний аналіз травматичних пошкоджень черепно-щелепно-лицевої ділянки: зв'язок щелепно-лицевої та черепно-мозкової травм. *Сучасна стоматологія*, 1, 56–60]. DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2021-1-56>.
 - Mohammadi, H., Roochi, M. M., Heidar, H., Garajei, A., Dallband, M., Sadeghi, M., Fatahian, R., & Tadakamadla, S. K. (2023). A meta-analysis to evaluate the prevalence of maxillofacial trauma caused by various etiologies among children and adolescents. *Dent. Traumatol.*, 39(5), 403–417. DOI: <https://doi.org/10.1111/edt.12845>. PMID: 37073864.
 - Lytovchenko, N. M., Astapenko, O. O., & Vefelev, S. Yu. (2022). Analysis of traumatic injuries of the middle part of the face over the last five years. *Actual Dentistry*, 1–2, 48–51. [Литовченко Н. М., Астапенко О. О., & Вєфєлєв С. Ю. (2022). Аналіз травматичних ушкоджень середньої ділянки обличчя за останні п'ять років. *Сучасна стоматологія*, 1–2, 48–51]. DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2022-1-2-48>.
 - McCarty, J. C., Kiwanuka, E., Gadkaree, S. K., Siu, J. M., & Catterson, E. J. (2020). Traumatic brain injury in trauma patients with isolated facial fractures. *Journal of Craniofacial Surgery*, 31(5), 1182–1185. DOI: <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000006379>.
 - You, Y., Romero, J., Diaz, G., & Evans, R. (2023). Concurrent traumatic brain injury with craniofacial trauma: a 10-year analysis of a Single Institution's Trauma Registry. *Trauma Care*, 3, 108–113. DOI: <https://doi.org/10.3390/traumacare3030011>.
 - Lucke-Wold, B., Pierre, K., Aghili-Mehrizi, S., & Murad, G. J. A. (2022). Facial fractures: independent prediction of neurosurgical intervention. *Asian Journal of Neurosurgery*, 17, 17–22. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1749068>.
 - State Expert Center of the Ministry of Health of Ukraine. (2025). *Injuries of the maxillofacial region*. [In Ukrainian.] [Державний експертний центр МОЗ України. (2025). *Травми щелепно-лицевої ділянки*.] URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/travmy-shhelepno-lyczevoyi-dilyanky/>
 - Romeo, I., Sobrero, F., Roccia, F., Dolan, S., Laverick, S., Carlaw, K. et al. (2022). A multicentric, prospective study on oral and maxillofacial trauma in the female population around the world. *Dent. Traumatol.*, 38(3), 196–205. DOI: <https://doi.org/10.1111/edt.12750>. PMID: 35390219.

Retrospective Analysis of Traumatic Injuries to the Facial Skull Bone

Nataliia Lytovchenko, Oleksandr Vasyliev

Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine

Introduction. Up-to-date statistical data on maxillofacial injuries, including incidence and hospitalization patterns, are lacking. Such data are essential for evaluating the effectiveness of preventive and therapeutic measures, improving emergency care delivery, and identifying systemic issues within the specialty of maxillofacial surgery.

Objective. To conduct a statistical analysis of hospitalization patterns in emergency maxillofacial surgery.

Material and Methods. Medical records of 15,227 patients hospitalized between 2018 and 2022 were analyzed. Statistical processing was performed using mean values and extensive indicators.

Results. The number of patients with emergency maxillofacial pathology remains consistently high, with no tendency toward decline. The majority of hospitalized patients were young, working-age men. Of all hospitalizations, 28.6% were self-referred patients, and 22.9% were from outside the city. The average length of stay was 3.85 days and remained stable throughout the study period. The injury structure was dominated by maxillofacial wounds and mandibular fractures. Osteosynthesis was performed in 29.9% of mandibular fracture cases. Up to 70% of patients required follow-up care by a maxillofacial surgeon after discharge. Mortality was extremely low and attributable to severe comorbid conditions.

Keywords: fracture, wounds, face, mandible, middle part of face, maxillofacial surgery, statistics.

Стаття: надійшла до редакції 11.12.2025 р.; прийнята до друку 10.02.2026 р.; опубл. 12.03.2026 р.

Литовченко Наталія Михайлівна

кандидат медичних наук,
доцент кафедри хірургічної стоматології
Національного медичного університету
імені О. О. Богомольця,
м. Київ, Україна

 <https://orcid.org/0000-0001-6982-2764>

Васильєв Олександр Сергійович

аспірант кафедри щелепно-лицевої хірургії
Національного медичного університету
імені О. О. Богомольця,
м. Київ, Україна

 <https://orcid.org/0009-0003-8016-5381>