

Superficial Parotidectomy—Our Experience in 232 Cases. J Oral Maxillofac Surg. 2013; 71:410-413. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2012.05.003>.

10. **Beahrs OH, Adson MA.** The surgical anatomy and the technic of parotidectomy. Am J Surg 1958; 95:885.

11. **Brennan P.A., Ammar M., Matharu J.** Contemporary management of benign parotid tumours – the increasing evidence for extracapsular dissection. Oral Dis. 2017 Jan;23(1):18-21.

12. **Emodi O, El-Naaj IA, Gordin A, Akrish S, Peled M.** Superficial parotidectomy versus retrograde partial superficial parotidectomy in treating benign salivary gland tumor (pleomorphic adenoma). J Oral Maxillofac Surg. 2010 Sep;68(9):2092-8.

13. **Riffat F, Mahrous AK, Buchanan MA, Fish BM, Jani P.** Safety of extracapsular dissection in benign superficial parotid lesions. J Maxillofac Oral Surg. 2012 Dec;11(4):407-10.

14. **Hellquist H, Paiva-Correia A, Poorten VV, Quer M, Hernandez-Prera JC, Andreasen S, Zbären P, Skalova A, Rinaldo A, Ferlito A.** Analysis of the Clinical Relevance of Histological Classification of Benign Epithelial Salivary Gland Tumours. Adv Ther 2019 Aug;36(8):1950-1974. Doi: 10.1007/s12325-019-01007-3.

15. **Acunzo M, Romano G, Wernicke D, Croce CM.** MicroRNA and cancer— a brief overview. Adv Biol Regul. 2015; 57:1-9. Doi: 10.1016/j.jbior.2014.09.013.

16. **Denaro M, Navari E, Ugolini C, Seccia V, Donati V, Casani AP, et al.** A microRNA signature for the differential diagnosis of salivary gland tumors. PloS ONE. 2019; 14(1): e0210968. Doi:10.1371/journal.pone.0210968.

Надійшла 28.09.2020



DOI 10.35220/2078-8916-2020-38-4-53-60

УДК: 616-001.52: 616.01/09: 616-06: 619

**С.С. Поліщук, д. мед. н., *В.Я. Скиба, д. мед. н.,
В.С. Поліщук, С.М. Шувалов, д. мед. н.,
О.О. Поліщук, А.І. Далищук**

Вінницький національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова
*Державна установа «Інститут стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
Національної академії медичних наук України»

ЧАСТОТА ТА СТРУКТУРА ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів, що лікувалися у щелепно-лицевому відділенні міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги Вінниці, на базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ВНМУ ім. М.І.Пирогова, в період з 2010 по 2019 роки, показав частоту та структуру переломів нижньої щелепи, причини виникнення їх, складність та наявність поєднаної травми і супутньої патології. Серед пацієнтів з щелепно-лицевою патологією переломами нижньої щелепи було діагностовано у 2127 пацієнтів, що склало близько 8,96 %. Із переломів нижньої щелепи односторонні переломи нижньої щелепи зустрічалися у 1294 пацієнтів, що склало 60,8 % випадків, а двосторонні – 785 (36,9 %)

потерпілих та множинні переломи нижньої щелепи зустрічалися у 48 (2,3 %) випадків. В структурі переломів нижньої щелепи переважають ангулярні переломи – 67,4 %, а також їх поєднання з ментальними – 41,8 % чи суглобовими – 36,1 %. Помітна тенденція до виникнення двобічних більш складних переломів. Зокрема часто зустрічаються поєднані травми при переломах нижньої щелепи, а також на фоні супутньої патології, що слід враховувати при складанні плану лікування таких пацієнтів.

Ключові слова: ретроспективний аналіз, травматичні переломи нижньої щелепи, етіологія, структура, частота, поєднана травма, супутня патологія.

**С.С. Полищук, *В.Я. Скиба, В.С. Полищук,
С.М. Шувалов, О.О. Полищук, А.И. Далищук**

Винницкий национальный медицинский
университет им. Н. И. Пирогова

*Государственное учреждение

«Институт стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии Национальной академии медицинских
наук Украины»

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Ретроспективный анализ историй болезней пациентов, лечившихся в челюстно-лицевом отделении городской клинической больницы скорой медицинской помощи Винницы, на базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ВНМУ им. Н.И. Пирогова, в период с 2010 по 2019 годы, показал частоту и структуру переломов нижней челюсти, причины их возникновения, тяжесть перелома, наличие сочетанной травмы и сопутствующей патологии. Среди больных с челюстно-лицевой патологией перелома нижней челюсти были диагностированы у 2127 пациентов, что составило около 8,96 %. Среди переломов нижней челюсти односторонние перелома нижней челюсти встречались у 1294 пациентов, что составило 60,8 % случаев, а двусторонние – 785 (36,9 %) пострадавших и множественные перелома нижней челюсти встречались у 48 (2,3 %) случаев. В структуре переломов нижней челюсти преобладают ангулярный перелом – 67,4 %, а также их сочетание с ментальным – 41,8 % или суставным – 36,1 %. Заметна тенденция к возникновению двусторонних более сложных переломов. В частности часто встречаются сочетанные травмы при переломах нижней челюсти, а также на фоне сопутствующей патологии, что следует учитывать при составлении плана лечения таких пациентов.

Ключевые слова: ретроспективный анализ, травматические перелома нижней челюсти, этиология, структура, частота, сочетанная травма, сопутствующая патология.

**S.S. Polishchuk, V.Ya. Skyba, V.S. Polishchuk,
S.M. Shuvalov, O.O. Polishchuk, A.I. Dalishchuk**

National Pirogov Memorial Medical University
*State Establishment «The Institute of Stomatology and
Maxillo-Facial Surgery National Academy of Medical
Science of Ukraine»

FREQUENCY AND STRUCTURE OF MANDIBULAR FRACTURES

ABSTRACT

Recently, despite scientific and technological progress, there has been a worldwide increase in traumatic injuries to the head and neck. Their complexity and the presence of complications. All this is an important medical, social and economic problem.

Materials and methods. A retrospective analysis of medical histories of patients treated in the maxillofacial department of the city clinical hospital of Vinnytsia, on the basis of the Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery of VNMU named after MI Pirogov, in the period from 2010 to 2019, showed the frequency and structure fractures of the mandible, their causes, complexity and presence of combined trauma and concomitant pathology. During the reporting period, only 23,735 patients with various maxillofacial pathologies were treated in the maxillofacial department.

Results. Among the maxillofacial pathology with non-gunshot fractures of the mandible were 2127 patients, which was about 8.96 %, fractures of the zygomatic-orbital complex of 275 patients – 1.16 %, fractures of the upper jaw – 115 injured – 0.5 %, fractures of the frontal bone – 57 patients – 0.2 %, fractures of the nasal bones – 211 patients – 0.8 %. That is, among all the pathology of the maxillofacial area, about 11.7 % belongs to traumatic injuries of the bones of the facial skeleton. Of the mandibular fractures, unilateral mandibular fractures occurred in 1,294 patients, accounting for 60.8 % of cases, and bilateral fractures occurred in 785 (36.9 %) injured, and multiple mandibular fractures occurred in 48 (2.3 %) cases. Among the fractures of the mandible there were angular, articular, mental, middle, in the body of the mandible. The largest proportion were patients with mandibular fractures in the mandibular angle – 872 patients, their percentage was equal to 67.4 %, and the smallest number of unilateral fractures were median fractures, which occurred in 41 patients, which amounted to 3.2 %. Among bilateral fractures of the mandible, which occurred in 785 cases (36.9 %), the most common were combinations of angular and articular fractures of the mandible, as well as combinations of angular and mental, mental and articular, middle and angular, in the area of the body and of the angle of the mandible. The largest share were patients with fractures of the mandible in the angle of the mandible and articular- 328 patients, their percentage was equal – 41.8 %, and the smallest number were fractures in the body of the mandible and mental – 23 injured (2.9 %).

Conclusion. Over the past 10 years, there has been a tendency to increase the number of mandibular fractures. The structure of mandibular fractures is dominated by angular fractures – 67.4 %, as well as their combination

with mental – 41.8 % or articular – 36.1 %. The increase in the number of fractures is due to bilateral and more complex fractures, which requires more attention when choosing treatment tactics. In the structure of fractures of the mandible quite a large number are combined fractures – 35.5 %. Of which the most common was traumatic brain injury in patients with mandibular fractures – 24.1 %. Patients with mandibular fractures in 43.5 % were diagnosed with concomitant pathology. Most often, such patients were diagnosed with pathology of the hepatobiliary system – 67.4 %. When drawing up a treatment plan should take into account the possibility of combined trauma in the fracture of the mandible, as well as the presence of concomitant pathology. All this requires finding ways to prevent fractures of the mandible and facial injuries.

Key words: retrospective analysis, traumatic fractures of the mandible, etiology, structure, frequency, combined trauma, concomitant pathology.

Вступ. Останнім часом незважаючи на науково-технічний прогрес, відмічається в усьому світі, зростання травматичних пошкоджень ділянки голови та шиї. Серед таких травм важливе місце належить травмам обличчя. Травматичні пошкодження щелепно-лицевої ділянки, серед всіх травм мирного часу, складають близько 16,5-38% [2, 6, 7, 9, 10, 11]. Поміж цих травм, частіше за все зустрічаються невогнепальні переломи нижньої щелепи, які складають в структурі близько 77-95% випадків, верхньої щелепи 3-20%, обох щелеп 2-8%, виличної кістки та дуги 5-15%, кісток носа 3-5% [9, 10, 11, 14, 16, 17]. Поряд із збільшенням кількості та важкості травм щелепно-лицевої ділянки, збільшується число ускладнень, а також інвалідизації постраждалих. Все це складає важливу медико-соціальну та економічну проблему. Слід відмітити також, що переломи нижньої щелепи мають різну ступінь важкості та перебіг загоєння. Одним з важливих факторів, що впливають на це є наявність супутньої патології, своєчасність звернення за допомогою, належний післяопераційний догляд за травмою [3, 4, 5, 12, 13]. Незважаючи на значні досягнення в лікуванні невогнепальних переломів нижньої щелепи та профілактиці виникнення ускладнень, дана проблема не враховує деяких моментів етіопатогенезу загоєння переломів. Особливо це актуально при збільшені числа хворих з важкими множинними переломами кісток лицевого скелету, які загоюються на фоні соматичної патології. Часто має місце поєднання перелому нижньої щелепи, кісток лицевого скелету та струсу головного мозку, субарахноїдального крововиливу, перелому основи черепа, внутрішньочерепні гематоми. Наявність будь-якої поєднаної травми чи супутньої патології має вплив на умови загоєння, післятравматичну реа-

білітацію хворих та виникнення ускладнень [1, 3, 8, 15, 18]. Тому хворим, які знаходяться на лікуванні щелепно-лицевому відділенні, потрібно проводити лікування не лише перелому нижньої щелепи, але і необхідно підбирати в схемі лікування препарати, які б здійснювали комплексний підхід до вирішення проблеми лікування основного захворювання та супутньої патології, що допоможе зменшити кількість ускладнень.

Постраждалі з переломами кісток лицевого скелету потребують певної соціальної та економічної уваги, залучаючись саме підтримкою системи охорони здоров'я країни та служб соціального захисту.

Мета даної роботи. Провести ретроспективний аналіз частоти та структури травматичних переломів нижньої щелепи.

Матеріали та методи. Провівши ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів, що лікувалися у щелепно-лицевому відділенні міської клінічної лікарні Вінниці, на базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ВНМУ ім. М.І.Пирогова, в період з 2010 по 2019 роки, ми отримали наступну інформацію. За звітний період, у щелепно-лицевому відділенні було проліковано всього 23 735 хворих, з різноманітною щелепно-лицевою патологією.

Результати. Серед щелепно-лицевої патології з невогнепальними переломами нижньої щелепи було 2127 пацієнта, що склало близько 8,96 %, переломи вилично-орбітального комплексу 275 пацієнтів – 1,16 %, переломи верхньої щелепи – 115 потерпілих – 0,5 %, переломи лобної кістки – 57 пацієнтів – 0,2 %, переломи кісток носу – 211 пацієнтів – 0,8 %. Тобто серед всієї патології щелепно-лицевої ділянки близько 11,7% належить травматичним пошкодженням кісток лицевого скелету.

Із переломів нижньої щелепи односторонні переломи нижньої щелепи зустрічалися у 1294 пацієнтів, що склало 60,8 % випадків, а двосторонні – 785 (36,9 %) потерпілих та множинні переломи нижньої щелепи зустрічалися у 48 (2,3 %) випадків. Серед переломів нижньої щелепи зустрічалися ангулярні, суглобові, ментальні, серединні, в ділянці тіла нижньої щелепи. Найбільшу частину склали хворі з переломами нижньої щелеп в ділянці кута нижньої щелепи – 872 пацієнта, їх відсоток рівнявся – 67,4 %, а найменшу кількість однобічних переломів склали серединні переломи, які зустрічалися у 41 пацієнта, що склало 3,2 % (рис. 1).

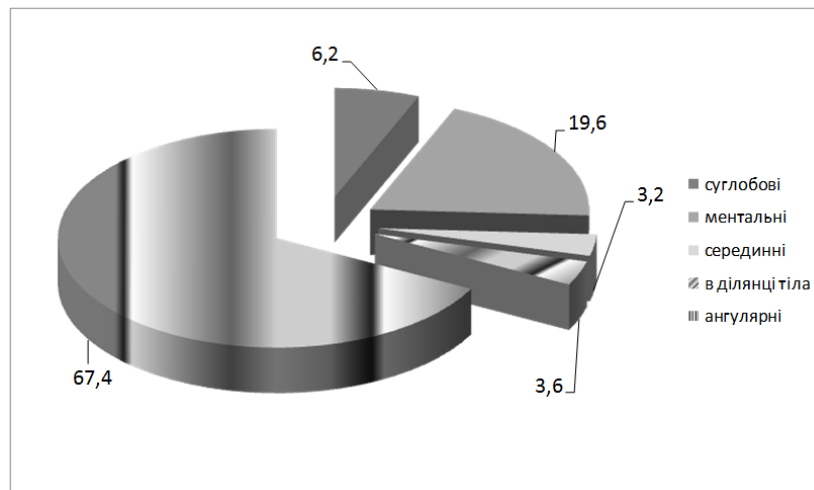


Рис. 1. Частота та структура односторонніх переломів нижньої щелепи в загальній структурі травм щелепно-лицевої ділянки в період 2010-2019 роки (%).

При аналізі структури однобічних переломів нижньої щелепи ми бачимо, що менше за все було невогнепальних переломів нижньої щелепи серединних переломів нижньої щелепи – 3,2 %. При цьому в ділянці тіла нижньої щелепи було зареєстровано – 3,6 %, суглобових – 6,2 %, ментальних – 19,6 % пацієнтів. Переломів нижньої щелепи зі зміщенням було виявлено у 783 (60,5 %) пацієнтів та у 511 (39,5 %) – переломи без зміщення.

Серед двобічних переломів нижньої щелепи, що зустрічалися в 785 випадках (36,9%) найчас-

тіше зустрічалися поєднання ангулярних та суглобових переломів нижньої щелепи, а також зустрічалися поєднання ангулярних та ментальних, ментальних та суглобових, серединні та ангулярні, в ділянці тіла нижньої щелепи та ангулярні. Найбільшу частину склали хворі з переломами нижньої щелеп в ділянці кута нижньої щелепи та суглобові – 328 пацієнта, їх відсоток рівнявся – 41,8 %, а найменшу кількість склали переломи в ділянці тіла нижньої щелепи та ментальні – 23 потерпілих (2,9%) (рис. 2).

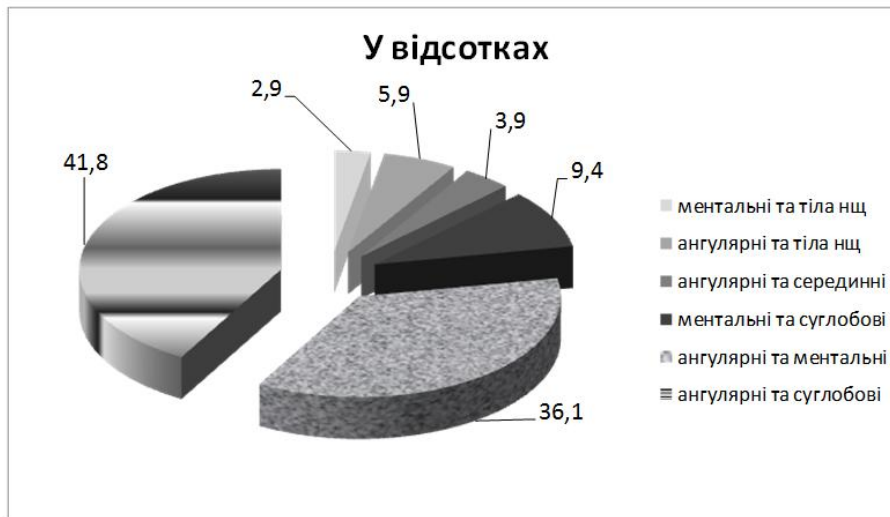


Рис. 2. Частота та структура двосторонніх переломів нижньої щелепи в загальній структурі травм щелепно-лицевої ділянки в період 2010-2019 роки (%).

З 48 пацієнтів (2,3 %), у яких діагностували множинні переломи нижньої щелепи частіше за все були поєднання ангулярних, ментальних, суглобових переломів. При цьому множинні переломи всі діагностувалися зі зміщенням.

Аналізуючи переломи, які зустрічалися по роках, то слід відмітити їх збільшення та зберіга-

ється загальна тенденція до виникнення більш складніших переломів. Із односторонніх переломів частіше за все зустрічаються переломи в ділянці кута нижньої щелепи, а з двобічних переломів ангулярні та суглобові, а також збільшується в динаміці кількість множинних переломів (табл. 1, 2).

Таблиця 1

Розподіл односторонніх переломів нижньої щелепи в період 2010-2019 роки

Локалізація переломів	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Всього
Ангулярні	81	75	74	89	92	88	98	94	97	84	872
Суглобові	9	9	10	7	9	8	6	5	7	11	81
Ментальні	25	28	27	18	17	28	34	21	24	32	254
Серединні	3	5	3	5	5	2	4	7	3	4	41
Ділянка тіла	6	5	5	4	5	7	3	3	4	4	46
Всього	124	122	119	123	128	133	145	130	135	135	1294

Таблиця 2

Розподіл двобічних та множинних переломів нижньої щелепи в період 2010-2019 роки

Локалізація переломів	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Всього
Ангулярні та суглобові	23	27	23	37	35	37	35	32	42	37	328
Ангулярні та ментальні	19	23	21	32	28	29	24	34	37	36	283
Ментальні та суглобові	6	8	5	3	5	8	10	8	10	11	74
Ангулярні та серединні	2	1	2	2	4	3	3	2	7	5	31
Ангулярні та тіла	4	3	4	5	7	5	4	3	5	6	46
Ментальні та тіла	1	2	3	2	1	3	2	2	4	3	23
Множинні	2	1	2	3	4	5	5	9	8	9	48
Всього	55	64	58	81	80	85	78	81	105	98	785

Беручи до уваги даний розподіл діагностованих односторонніх, двобічних та множинних переломів нижньої щелепи, слід відмітити, що така ж тенденція зберігається в динамічному аналізі на протязі 10 років (рис. 3), але помітна тенден-

ція що, кількість переломів зростає так само як і їх важкість. Адже загоєння та лікування множинних та двобічних переломів відбувається важче та потребує більшої уваги особливо при ви-

борі тактики лікування при наявності зміщення відломків.

Аналізуючи переломи по роках зберігається загальна тенденція до різновидів виникнення переломів. Із отриманих даних помітно, що частіше за все зустрічаються ангулярні та ментальні переломи, а рідше за все серединні та в ділянці тіла

нижньої щелепи. Все це підтверджує загальну тенденцію про те що невогнепальні переломи нижньої щелепи зустрічаються частіше в ділянці слабких місць нижньої щелепи. При цьому слід зауважити, що майже завжди такі переломи супроводжує наявність зуба в лінії перелому.

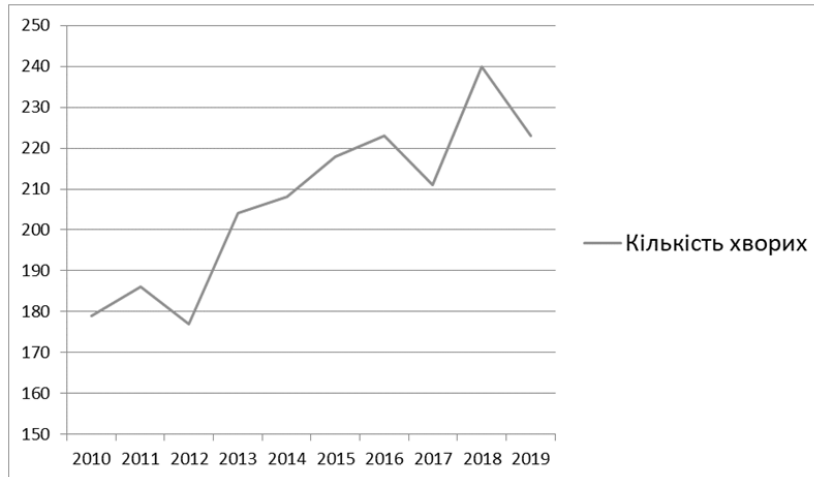


Рис. 3. Динаміка переломів нижньої щелепи у постраждалих в період з 2010 по 2019 роки.

По етіологічному чиннику, невогнепальні переломи нижньої щелепи, частіше за все зустрічалися побутові – 65,1 % (рис. 4). Розподіл між спортивними, дорожньо-транспортними, виробничими травмами не зовсім рівномірний та інформативний, але кидається у вічі більш складні та важкі травми у постраждалих під час дорожньо-транспортних подій. При цьому майже однако-

вий рівень займають дорожньо-транспортні травми та спортивні, та значно рідше виробничі. Побутові причини виникнення переломів нижньої щелепи займають досить високий рівень, що пов'язано перш за все з низьким рівнем культури населення та рівнем життя, що призводить до соціального напруження.

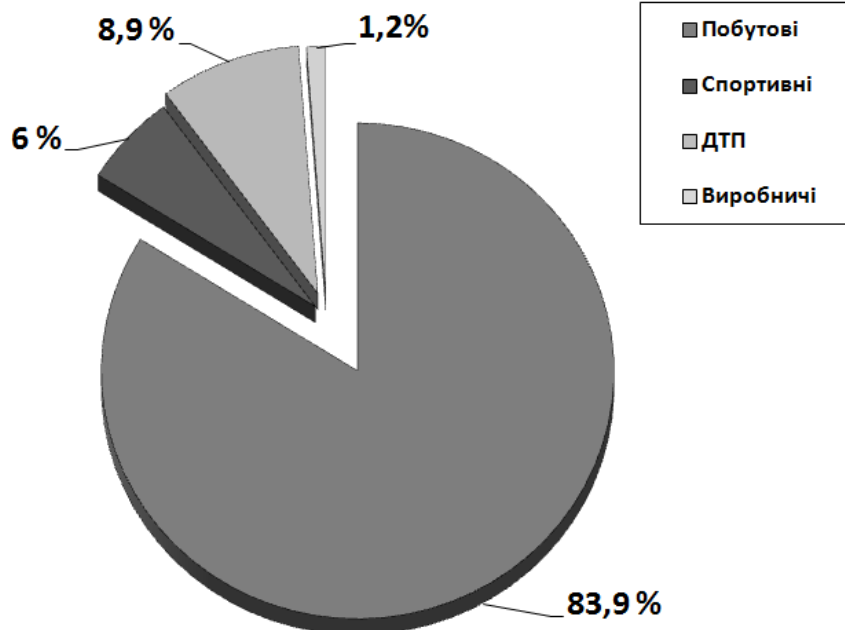


Рис. 4. Розподіл пацієнтів з переломами нижньої щелепи в період 2010-2019 роки по етіологічному чиннику.

Серед побутових травм при невогнепальних переломах нижньої щелепи значно переважають бійки, які можна трактувати, як кримінальну травму. Але досить велику кількість складають постраждалі з переломами нижньої щелепи, які

отримали травму в результаті необачливого падіння. При цьому не досить високу частку причин складають дорожне – транспортні події та спортивні травми. Слід зауважити, що при дорожньо-транспортних пригодах переломи нижньої

щелепи виникають у безпосередньо учасників руху на дорогах (водіїв чи пасажирів) та перехожих. Найменшу кількість склали пацієнти з виробничою травмою. При спробі виявити сезонність виникнення переломів нами ніякої закономірності виявити не вдалося.

Рис 5. Розподіл поєднаної патології у пацієнтів з переломами нижньої щелепи в період за 2010-2019 роки.

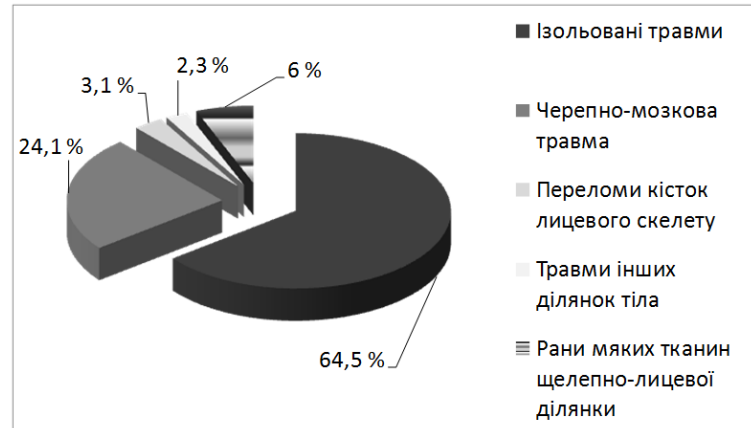
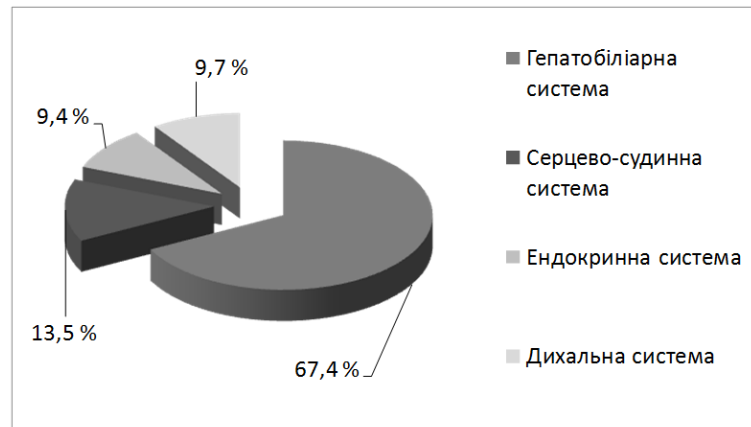


Рис 6. Розподіл супутньої патології у пацієнтів з переломами нижньої щелепи в період за 2010-2019 роки.



З отриманих даних помітно, що переважна більшість переломів нижньої щелепи були ізольованими, що склало 64,5 %. Поєднані невогнепальні переломи нижньої щелепи зустрічалися частіше за все з черепно-мозговою травмою у вигляді струсу головного мозку. Майже кожен четвертий постраждалий з переломом нижньої щелепи мав черепно-мозгову травму – 24,1%, а найменшу частку поєднаної патології при переломі нижньої щелепи склали травми інших ділянок тіла – 3,2 %. Проміжну позицію при цьому розподілу належать переломам кісток лицевого скелету та раним м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

При переломі нижньої щелепи із переломів кісток лицевого скелету частіше зустрічалися переломи верхньої щелепи, вилично-орбітального та назо-орбітального комплексу, стінок гайморової пазухи, лобної пазухи, переломи кісток носу.

Окрім поєднаної патології при невогнепальних переломах нижньої щелепи у таких хворих

Необхідно звернути увагу на те, що невогнепальні переломи нижньої щелепи носили як ізольований так і поєднаний характер. Переломи нижньої щелепи поєднувалися з черепно-лицевою травмою, ранами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки та інших ділянок скелету (рис. 5).

діагностувалася часто супутня патологія внутрішніх органів та систем. За нашими даними супутня патологія виявляється в 43,5 %, що відповідає 1201 пацієнту, що мали діагноз перелом нижньої щелепи. Внаслідок такого аналізу виявлено, що значний відсоток пацієнтів мають патологію гепатобіліарної системи, що складає 67,4 %, та відповідає 624 пацієнтам з переломами нижньої щелепи. Із супутньої патології ще зустрічалася патологія серцево-судинної системи – 13,5 % (125 травмованих), ендокринної системи – 9,4 % (87 постраждалих), дихальної системи – 9,7 % (90 пацієнтів) (рис. 6).

Супутню патологію діагностували, на основі анамнезу життя та захворювання, а також лабораторних, біохімічних, рентгенологічних досліджень.

Висновок. На основі ретроспективного аналізу історій хвороб пацієнтів, що лікувалися у щелепно-лицевому відділенні міської клінічної лікарні Вінниці, на базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ВНМУ

ім. М.І.Пирогова, в період з 2010 по 2019 роки, можна зробити наступні висновки:

1. За останні 10 років прослідковується тенденція до збільшення кількості переломів нижньої щелепи. В структурі переломів нижньої щелепи переважають ангулярні переломи – 67,4 %, а також їх поєднання з ментальними – 41,8 % чи суглобовими – 36,1 %.

2. Збільшення кількості переломів відбувається за рахунок двобічних та більш складних переломів, що потребує більшої уваги при виборі тактики лікування.

3. В структурі переломів нижньої щелепи досить велику кількість займають поєднані переломи – 35,5 %. Із яких найчастіше складала черепно-мозгова травма у пацієнтів з переломами нижньої щелепи – 24,1 %.

4. У хворих з переломами нижньої щелепи в 43,5 % діагностували супутню патологію. Найчастіше у таких пацієнтів діагностували патологію гепатобіліарної системи – 67,4 %.

5. При складанні плану лікування слід враховувати можливість поєднаної травми при переломі нижньої щелепи, а також наявність супутньої патології.

6. Необхідний пошук шляхів профілактики виникнення переломів нижньої щелепи та травм обличчя.

Список літератури

1. **Безруков С. Г.** Профілактика травматичного остеомиєліту нижньої щелепи / С. Г. Безруков, Г. Г. Роганов // *Вісник стоматології*. – 2012. – №4. – С. 67–71
2. **Бернадский Ю. И.** Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Бернадский Ю. И. – М.: Медицинская литература, 1999. – 444 с.
3. **Гулюк А. Г.** Профілактика осложнених консолидації при переломах нижньої щелепи у больных со структурно-метаболическими изменениями костной ткани / А. Г. Гулюк, А. Э. Тащян, Л. Н. Гулюк // *Вісник стоматології*. – 2012. – № 2. – С. 65–71.
4. **Нагірний Я. П.** Якісний та кількісний склад мікрофлори порожнини рота у хворих з травматичними переломами нижньої щелепи / Я. П. Нагірний // *Вісник проблем біології і медицини*. – 2014. – Т. 1, вип. 3. – С. 242–247.
5. Переломи нижньої щелепи: аналіз частоти виникнення, локалізації та ускладнень / Д. С. Аветіков, К. П. Локес, С. О. Ставицький [та ін.] // *Вісник проблем біології і медицини*. – 2014. – Вип. 3(3). – С. 62–64.
6. **Поліщук С. С.** Експериментальне дослідження впливу квертуліну на загоєння травматичних пошкоджень нижньої щелепи щурів / С. С. Поліщук // *Вісник стоматології*. – 2016. – № 3. – С. 17–22.
7. **Поліщук С. С.** Корекція психоемоційного стану у хворих з травмами щелепно-лицевої ділянки / С. С. Поліщук // *Вісник стоматології*. – 2005. – № 1. – С. 50–56.
8. **Рузін Г. П.** Сучасні принципи медикаментозного лікування переломів нижньої щелепи / Г. П. Рузін, О. І. Чирік // *Український стоматологічний альманах*. – 2013. – № 6. – С. 109–112.
9. **Тимофєєв О.О.** Щелепно-лицева хірургія / О.О.Тимофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. –752 с.

10. Травматичні переломи нижньої щелепи з 1995 по 2009 рр. : матеріали клініки кафедри / В. О. Маланчук, А. В. Копчак, М. А. Городійчук [та ін.] // *Вісник стоматології*. – 2015. – № 1. – С. 69–73.

11. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія ; у 2 т. – Т.2. / [Маланчук В. О., Логвіненко І. П., Маланчук Т. О. та ін.] – К., ЛОГОС. – 2011. – 606 с.

12. **Polishchuk S.S.** Histological changes of bone tissue in the perforation defect site of the rat mandible when using hepatoprotector in obstructive hepatitis / S.S. Polishchuk, V.Ya. Skyba, I.S. Davydenko [et al.] // *World of medicine and biology*. – 2020. – Vol. 16, № 2 (72). – P. 193-198.

13. **Skyba V.Ya.** Dynamics of morphometric bone changes in the site of mandibular perforation defect in rats with toxic hepatitis and use of hepatoprotector / V.Ya. Skyba, S.S. Polishchuk, I.S. Davydenko [et al.] // *World of medicine and biology*. – 2020. – Vol. 16, № 2 (72). – P. 198-203.

14. Van den Bergh B. Treatment and complications of mandibular fractures: a 10-year analysis / Van den Bergh B., Heymans M. W., Duvekot F. [et al.] // *J. Craniomaxillofac. Surg.* – 2012. – Vol. 40, № 4. – P. 108–111.

15. **Verma S.** Update on patterns of mandibular fracture in Tasmania, Australia / S. Verma, I. Chambers // *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2015. – Vol. 53, № 1. – P. 74–77.

16. A study of mandibular fractures over a 5-year period of time: A retrospective study / A. Vyas, U. Mazumdar, F. Khan [et al.] // *Contemp. Clin. Dent.* – 2014. – Vol. 5, № 4. – P. 452–455.

17. Management of pediatric mandible fractures / E. M. Wolfswinkel, W. M. Weathers, J. O. Wirthlin [et al.] // *Otolaryngol. Clin. North. Am.* – 2013. – Vol. 46, № 5. – P. 791–806.

18. **Yamamoto M. K.** Evaluation of surgical retreatment of mandibular fractures / M. K. Yamamoto, R. P. D'Avila, J. G. Luz // *J. Cranio maxillofac. Surg.* – 2013. – Vol. 41, № 1. – P. 42–46.

REFERENCES

1. **Bezrukov S. G., Roganov G. G.** Prevention of traumatic osteomyelitis of the lower jaw. *Visnyk stomatologii*'. 2012;4:67–71.
2. **Bernadskiy Yu. I.** *Travmatologiya i vosstanovitel'naya khirurgiya chelyustno-litsevoy oblasti* [Traumatology and reconstructive surgery of the maxillofacial region]. M.: *Meditsinskaya literatura*; 1999:444.
3. **Gulyuk A. G., Tashchyan A. E., Gulyuk L. N.** Prevention of consolidation complications in mandibular fractures with structural and metabolic changes in bone tissue. *Visnyk stomatologii*'. 2012;2:65–71.
4. **Nagirnyj Ja. P.** Qualitative and quantitative composition of oral microflora in patients with traumatic fractures of the lower jaw. *Visnyk problem biologii' i medycyny*. 2014;– 3(1):242–247.
5. **Avetnikov D. S., Lokes K. P., Stavits'kiy S. O. ta in.** Mandibular fractures: analysis of frequency, location, and complications. *Visnyk problem biologii' i meditsini*. 2014; 3(3):62–64.
6. **Polishhuk S. S.** Experimental study of the effect of quertulin on the healing of traumatic injuries of the lower jaw of rats. *Visnyk stomatologii*'. 2016;3:17–22.
7. **Polishhuk S. S.** Correction of the psychoemotional state in patients with maxillofacial injuries. *Visnyk stomatologii*'. 2005;1:50–56.
8. **Ruzin G. P., Chyryk O. I.** Modern principles of medical treatment of lower jaw fractures. *Ukrai'ns'kyj stomatologichnyj al'manah*. 2013;6:109–112.
9. **Tymoffejev O.O.** *Shchhepno-lyceva hirurgija* [Maxillofacial surgery] K.: *VSV «Medycyna»*; 2011:752.
10. **Malanchuk V. O., Kopchak A. V., Gorodijchuk M. A. ta in.** Traumatic fractures of the lower jaw from 1995 to

2009: materials of the Department's clinic. *Visnyk stomatologii*. 2015;1:69–73.

11. **Malanchuk V. O., Logvinenko I. P., Malanchuk T. O. et al.** in. *Hirurgichna stomatologija ta shhelepno-lyceva hirurgija ; u 2 t. – T.2* [Surgical dentistry and maxillofacial surgery; in 2 volumes-Vol.2]. K., LOGOS;2011:606.

12. **Polishchuk S.S., Skyba V.Ya., I.S. Davydenko et al.** Histological changes of bone tissue in the perforation defect site of the rat mandible when using hepatoprotector in obstructive hepatitis. *World of medicine and biology*. 2020; 16, 2(72):193-198.

13. **Skyba V.Ya., Polishchuk S.S., Davydenko I.S. et al.** Dynamics of morphometric bone changes in the site of mandibular perforation defect in rats with toxic hepatitis and use of hepatoprotector. *World of medicine and biology*. 2020; 16, 2(72):198-203.

14. **Van den Bergh B., Heymans M. W., Duvekot F. et al.** Treatment and complications of mandibular fractures: a 10-year analysis. *J. Craniomaxillofac. Surg.* 2012; 40, 4:108–111.

15. **Verma S., Chambers I.** Update on patterns of mandibular fracture in Tasmania, Australia. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2015; 53,1:74–77.

16. **Vyas A., Mazumdar U., Khan F. et al.** study of mandibular fractures over a 5-year period of time: A retrospective study. *Contemp. Clin. Dent.* 2014; 5,4:452–455.

17. **Wolfswinkel E. M., Weathers W. M., Wirthlin J. O. et al.** Management of pediatric mandible fractures. *Otolaryngol. Clin. North. Am.* 2013; 46, 5:791–806.

18. **Yamamoto M. K., D'Avila R. P., Luz J. G.** Evaluation of surgical retreatment of mandibular fractures. *J. Cranio maxillofac. Surg.* 2013; 41, 1:42–46.

Надійшла 14.10.2020



DOI 10.35220/2078-8916-2020-38-4-60-63

УДК 616.311.2-006.31:617.528-071-039.42

О. В. Ашаренкова

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

**ОСОБЛИВОСТІ СВОЄЧАСНОЇ
ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИНОПОДІБНИХ
НОВОУТВОРЕНЬ НА АЛЬВЕОЛЯРНИХ
ПАРОСТКАХ ЩЕЛЕП (КЛІНІЧНИЙ
ВИПАДОК)**

Обізнаність у питаннях етіології, клініки та симптоматики пухлиноподібних новоутворень альвеолярного паростка щелеп дозволить лікареві-стоматологу провести вірну диференційну діагностику, своєчасно поставити діагноз, уникнути помилки під час вибору тактики лікування та усуне ризики розвитку подальших ускладнень.

У клінічному випадку при об'єктивному обстеженні хворого з фіброзним епулісом виявлено щільно еластичне пухлиноподібне новоутворення діаметром 1 x 2 см, розташоване на вестибулярній поверхні альвеолярного відростка верхньої щелепи в проекції кореня 21-го зуба, що має чіткі межі, широку основу. Поверхня

його з незначною горбистістю, червоного кольору, безболісне при пальпації, що не має ознак кровоточивості. Відзначена реактивна слизова оболонка в навколишніх тканинах.

Ключові слова: епуліс, клініка, симптоми, диференційна діагностика.

О. В. Ашаренкова

Национальная медицинская академия
последипломного образования имени П. Л. Шупика

**ОСОБЕННОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ
ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ
ОБРАЗОВАНИЙ НА АЛЬВЕОЛЯРНЫХ
ОТРОСТКАХ ЧЕЛЮСТЕЙ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Осведомленность об этиологии, клинике и симптоматике опухолевидных новообразований альвеолярного отростка челюстей позволит стоматологу провести правильную дифференциальную диагностику, своевременно поставить диагноз, избежать ошибок в выборе тактики лечения и исключить риски дальнейших осложнений.

В клиническом случае при объективном обследовании больного с фиброзным эпulisом выявлено плотно эластичное опухолевидное новообразование диаметром 1 x 2 см, расположенное на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти в проекции корня 21-го зуба, имеющее четкие границы, широкое основание. Поверхность его с незначительной бугристостью, красного цвета, безболезненное при пальпации, не имеющее признаков кровоточивости. Отмечена ареактивная слизистая оболочка в окружающих тканях.

Ключевые слова: эпulis, клиника, симптомы, дифференциальная диагностика.

O. V. Asharenkova

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate
Education

**FEATURES OF TIMELY DIAGNOSTICS
OF TUMOR-LIKE FORMATIONS
ON THE ALVEOLAR PROCESSES
OF THE JAWS (CLINICAL CASE)**

Awareness of the etiology, clinic and symptomatology of tumor-like neoplasms of the alveolar process of the jaws will allow the dentist to carry out the correct differential diagnostics, make a timely diagnosis, avoid mistakes in the choice of treatment tactics and eliminate the risks of further complications.

In a clinical case, an objective examination of a patient with fibrous epulis revealed a densely elastic tumor-like neoplasm, 1 x 2 cm in diameter, located on the vestibular surface of the alveolar process of the upper jaw in the projection of the root of 21st tooth, which had clear