

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ



Исомов Мираскад Максудович¹, Ризаев Жасур Алимджанович², Мирзаев Алишер Умирзокович³

1 - Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

3 - Региональное управление «Зафаробод», Государственного Учреждения «Фонда Навоийского горно-металлургического комбината», Республики Узбекистан, г. Навои

ЮЗ-ЖАҒ ЖАРОҲАТИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ ТАШХИСИ, ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ВА ҲАЁТ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

Исомов Мираскад Максудович¹, Ризаев Жасур Алимджанович², Мирзаев Алишер Умирзокович³

1 - Тошкент давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;

3 - "Навоий кон-металлургия комбинати фонди" давлат муассасасининг "Зафаробод" минтақавий бошқармаси, Ўзбекистон Республикаси, Навоий ш.

OPTIMIZING DIAGNOSIS, TREATMENT, AND IMPROVING QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH COMBINED MAXILLOFACIAL TRAUMA

Isomov Miraskad Maksudovich¹, Rizaev Jasur Alimjanovich², Mirzaev Alisher Umirzokovich³

1 - Tashkent State Medical University, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

3 - Zafarobod Regional Office of the State Institution "Navoi Mining and Metallurgical Plant Fund", Republic of Uzbekistan, Navoi

e-mail: mirzaev-69@mail.ru

Резюме. Мақолада бутун дунё бўйлаб юз-жағ жароҳлиги ривожланишининг тарихий жиҳатлари, шунингдек, қўшма бош мия шикастланишининг жиҳатлари баён этилган. Шу билан бирга, юз-жағ қўшма жароҳатларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг замонавий усуллари, юз-жағ қўшма жароҳатларини даволашда дифференциал ёндашув ҳамда ҳаёт сифати ва оғриқ синдромини сўровномалар ёрдамида баҳолаш масалалари ёритилган. Бундан ташқари, жарроҳлик даволаш самарадорлигини аниқлаш ва унинг беморлар ҳаёт сифатига таъсири таҳлил қилинган.

Калит сўзлар: ривожланиш тарихи, алгоритм, сўровномалар, шкалалар, қўшма юз-жағ ва бош мия жароҳати, дифференциал ёндашув.

Abstract. This article presents the historical development of maxillofacial surgery worldwide and discusses aspects of combined craniocerebral trauma. It also explores modern surgical methods for the treatment of combined maxillofacial trauma. A differentiated approach to the treatment of combined maxillofacial trauma is explored. Quality of life and pain are assessed using questionnaires. Determining the effectiveness of surgical treatment and its impact on patients' quality of life.

Keywords: developmental history, algorithm, questionnaires, scales, combined maxillofacial and craniocerebral trauma, differentiated approach.

Актуальность. По данным мировой литературы, с начала XXI века наблюдается устойчивая тенденция к росту челюстно-лицевой травматизма как в России, так и в странах Европы и Северной Америки. По мнению ряда авторов, удельный вес травм челюстно-лицевой области (ЧЛО) среди общего количества поврежденных ко-

стей колеблется от 3,2 до 11%, при этом переломы костей лицевого скелета наблюдаются в 88,2%, травмы мягких тканей – в 9,9%, ожоги лица – в 1,9% случаев [4,6,11,12,14].

Только в США черепно-мозговая травма (ЧМТ) возникает у 1,6 млн. пострадавших, 260 000 из них госпитализируют, 60 000 — умирают,

85 000 — устанавливают инвалидность. Тяжелая ЧМТ включает два дискретных, различных вида — первичную и вторичную [9,11,12].

Острая черепно-мозговая травма характеризуется непредсказуемостью последствий. Никто не может точно предугадать исход болезни, даже в самой её лёгкой форме. Острая черепно-мозговая травма привлекает внимание исследователей высокой смертностью на начальных стадиях и частой инвалидностью в рези дуальном периоде. Из-за неврологических дефектов и в результате изменения личности пострадавшие не могут приспособиться к жизни, страдает социальная адаптация [7,12]. Многообразие повреждающих факторов и повреждений затрудняет возможность создания единой классификации, способной удовлетворить всех исследователей и клиницистов. Поэтому совершенствование рабочей классификации повреждений скул орбитального комплекса представляет большой теоретический и практический интерес [2,10,13].

Диагностика и лечение травматических повреждений верхней зоны лица продолжают оставаться одной из сложнейших проблем современной экстренной хирургии [3,14,15].

Внедрение таких современных методов диагностики мульти спиральная компьютерная томография (МСКТ) с возможностью последующей обработки полученных данных для формирования изображений многоплоскостной реконструкции (MPR) и 3D-реконструкции повысили чувствительность и точность обнаружения черепно-лицевых переломов, что позволяет проводить более подробный анализ травматических повреждений глазницы [1,8]. В клинической медицине все чаще используется исследование качества жизни, потому что оно позволяет изучить влияние болезни на различные компоненты здоровья пациента и выявить дополнительные преимущества или недостатки проводимой терапии. Внедрение передовых методов исследования качества жизни в клиническую практику позволило получить доступ к важной информации о аспектах функционирования больного. Эти данные могут быть использованы при разработке лечебно-реабилитационных программ и мониторинге состояния больного в процессе лечения [5].

Таким образом, угрожающий рост и последствия острой черепно-мозговой травмы делают её серьёзной социальной проблемой государственного значения.

Цель - улучшение результатов лечения пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой путём применения современных методов комплексной диагностики и дифференцированной тактики лечения и оценкой качества жизни.

Материал и методы. Нами проведён анализ полученных данных обследования 234 паци-

ентов сочетанными челюстно-лицевыми травмами, получивших лечение в отделение челюстно-лицевой хирургии Ташкентской медицинской академии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан в период с 2019 по 2024 гг.

Нами выбранный дифференцированный подход к тактике, консервативному и хирургическому лечению базировался на клинической картине, объективных показателях инструментального обследования, степени выраженности неврологических признаков и оценке сознания пациентов по шкале комы Глазго и других методов.

Для оценки качества жизни применяли опросники: Европейского Опросника Качества Жизни EuroQol-5D и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) для определения интенсивности болевого синдрома, прошедшие стандартную процедуру валидации. После установления диагноза все пациенты были подвержены оперативному вмешательству – наложения колостомы, наложения различных анастомозов и другим реконструктивным методам операции.

Результаты и обсуждения. Все исследованные 234 пациента с сочетанной челюстно-лицевой травмой были разделены на две группы в зависимости от степени тяжести полученной травмы. В первую группу вошли –104 (44,4%) пациента, средней степени тяжести которым проводилось консервативное лечение в нижней зоне челюстно-лицевой области и у них наблюдался ушибы головного мозга средней степени. Во вторую группу включили – 130 (55,5%) у которых травму оценили тяжелой степени тяжести течения и ушибы головного мозга тяжелой степени, им проводилось в основном хирургическое лечение нижней и средней зоне челюстно-лицевой области. В нашем исследовании все 234 пациентов по полу и возрастным группам распределили согласно классификации Всемирной организации здравоохранения. Нами выбранный дифференцированный подход к тактике, консервативному и хирургическому лечению базировался на клинической картине, объективных показателях инструментального обследования, изучения пациентов по половозрастному аспекту.

Необходимо отметить, что зачастую в быту пациенты получали травмы при падении с малой высоты: в ванной, со стула, дивана, кровати, топчана, подоконника, с лестницы, при езде на велосипеде. У пациентов первой группы с сочетанной челюстно-лицевой травмой в подавляющем большинстве бытовая (60,7%) явилась основной причиной травмы, и среди них также преобладали травмы, полученные при падении с высоты своего роста у 61,1% пациентов, криминальную травму зарегистрировали в 12,4% и ДТП в 15,4% случаев (рис. 1).

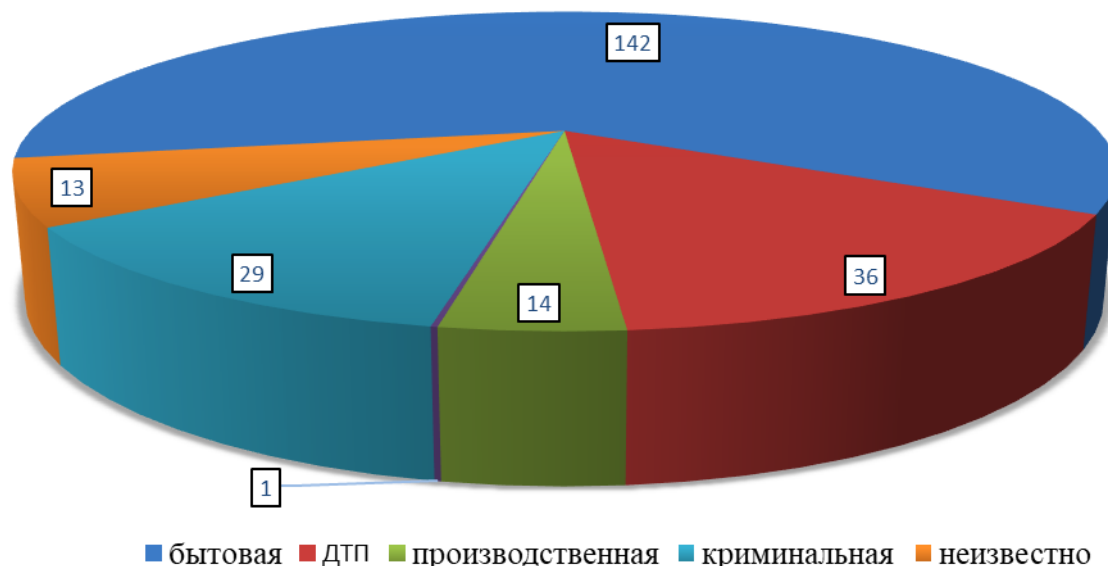


Рис. 1. Распределение пациентов по механизму травмы (n=234)



Рис. 2. Наличие соматической патологии у пациентов с сочетанными челюстно-лицевыми травмами (n=234)

Часто встречающейся причиной при сочетанной челюстно-лицевой

травме явилось бытовая травма – 142 (60,7%); дорожно-транспортное происшествие (ДТП) – 36 (15,4%); криминальные травмы зарегистрированы у 29 (12,4%); производственные травмы составили 14 (6,0%); с неизвестной причиной поступили 13 (5,5%) пациента.

По нашим данным наибольшее число было с бытовой травмой, составив больше половины от всех пациентов (60,7% и 61,1% соответственно), затем регистрировали ДТП у 15,4% и криминальную травму у 12,4%, а неизвестные причины травмы – у 5,5% случаев.

Из общего числа 234 пациентов подавляющее большинство было в ясном сознании и умеренном оглушении, составив 168 (71,8%), тогда как пятую часть составили 63 (26,9%) пациенты в тяжёлом состоянии от глубокого оглушения до различного уровня комы, а при травме в быту доля пациентов в крайне тяжёлом состоянии увеличилась до 3 (1,3%) случаев.

Согласно полученным данным нашего исследования, значительную часть пациентов сочетанными челюстно-лицевыми травмами представляли мужчины трудоспособного возраста 184 (78,6%), что является актуальной проблемой,

как в социальном, так и в экономическом аспектах.

При обследовании соматического статуса выявлено, что среди 234 пациентов у 94 (40,2%) отмечено наличие соматической патологии, проявляющейся в виде артериальной гипертензии у 30 (31,9%), неврологическая патология 31 (32,9%), ишемической болезнью сердца у 7 (7,4%) случаев. В 7 (7,4%) наблюдениях гастроэнтерология, ЛОР органы 7 (7,4%), у 7 эндокринология (7,4%), онкология 3 (3,2%) офтальмология 2 (2,1%) пациентов печеночная патология и у 1 (1,1%) почечная недостаточность.

Нами при обследовании у пациентов отмечались сопутствующие соматические заболевания, которые, безусловно, оказывали влияние на течение сочетанной челюстно-лицевой травмы. Так, из 234 у 94 (40,2%) пациентов сопутствовала соматическая патология, проявляющаяся как изолированно, так и в сочетании (смотрите рис. 2).

В наших наблюдениях выяснилось, что у одного и того же пациента отмечалось сочетание двух и более соматических заболеваний, особенно это было характерно для сердечно-сосудистых заболеваний эти пациенты получали дополнитель-

ные курсы лечения после осмотра соответствующего специалиста.

Значительный интерес с точки зрения диагностики, определения дифференцированной тактики, результатов и исходов лечения представляет изучение особенности клинического течения у пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой.

В наших наблюдениях из 234 пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой, поступивших на лечение в стационар, у 117 (50%), - при поступлении регистрировали состояние средней тяжести, у чуть более трети, 85 (36,3%), – тяжелые, и лишь у 29 (12,4%) наблюдали удовлетворительное состояние; в крайне тяжелом состоянии поступили 3 (1,3%) случаев (смотрите рис. 3).

Во всех 234 случаях обследования пациентов мы поступали индивидуально к каждому случаю и дифференцированно принимали решения при определении дальнейшей тактики лечение.

В наших исследованиях крайне тяжёлое состояние наблюдались у 3 (1,3%) пациентов с ушибом головного мозга тяжелой степени, переломом основания черепа с ливреей и множественными повреждениями средней зоны лица.

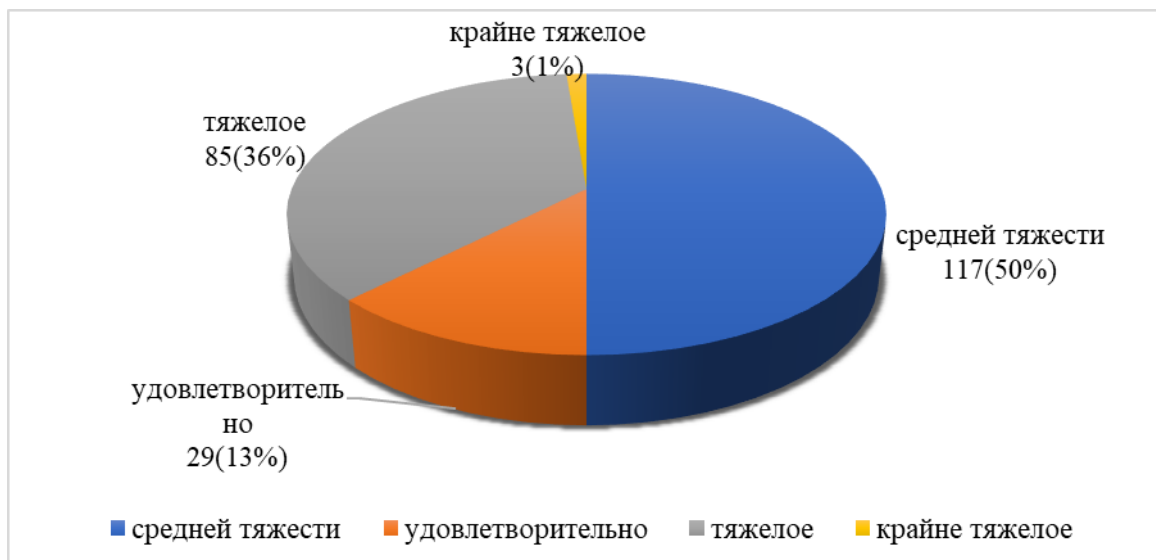


Рис. 3. Состояние пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой при поступлении n=234

Таблица 1. Оценка уровня нарушения сознания у пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой n=234

Уровень сознания	ШКТ, баллы	абс.	%
Ясное	14-15	135	57,7
Умеренное оглушение	13	33	14,1
Глубокое оглушение	11-12	24	10,3
Сопор	9-10	16	6,8
Кома I	7-8	14	6,0
Кома II	5-6	9	3,8
Кома III	3-4	3	1,3
Итого		234	100

Тяжёлое состояние наблюдали у 85 (36,3%) пациентов с множественными повреждениями средней зоны лица и ушибом головного мозга тяжелой степени.

Пациентов с ушибами головного мозга средней степени с переломами нижней зоны лица 117 (50%) оценили как средней степени тяжести. В наших наблюдениях у 29 (12,4%) пациентов отмечено удовлетворительное состояние.

Пациенты с сочетанной челюстно-лицевой травмой, при поступлении в стационар подверглись общему клинико-неврологическому осмотру, при этом оценивали уровень нарушения сознания, выраженность общемозговой, очаговой, дислокационной, стволовой симптоматики и менингеальных симптомов. Все исследованные 234 пациента подверглись клинико-неврологическому осмотру при поступлении и в динамике, при этом оценивали уровень нарушения сознания по ШКГ, выраженность или наличие общемозговой, очаговой, стволовой симптоматики и менингеальных симптомов.

В зависимости от клинической фазы течения пациентов сочетанными челюстно-лицевыми травмами разделились следующим образом: 128 (54,7%) пациентов - в стадии клинической компенсации; 64 (27,3%) - в стадии клинической субкомпенсации; 33 (14,1%) - в стадии умеренной клинической декомпенсации; 9 (3,9%) - в стадии клинической декомпенсации.

Тяжесть состояния у пациентов с сочетанной челюстно-лицевой мы определяли при поступлении в приёмное отделения нашего стационара с применением шкалы комы Глазго и других шкал и опросников определяющий степен повреждения для дифференцированного подхода к лечению.

Исследование нашей выборки из 234 пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой, ясное сознание сохранили 135 пациента, что составило 57,7 % наблюдений. В умеренном оглушении было 33 (14,1%) и в глубоком – 24 (10,3%) пациента. Распределение пациентов, находившихся в тяжёлым состоянии, было следующим образом: сопор - 16 (6,8%), кома I - 14 (6,0%), кома II -

9 (3,8%) случаев. У оставшихся 3 (1,3%) пациентов было – кома III степени (смотрите табл. 1).

На основании проведенного нами анализа выявлены основные закономерности в клиническом течении сочетанных челюстно-лицевых травм. Так, отмечалось характерное изменение уровня сознания от ясного сознания до комы.

Все 234 пациента с сочетанной челюстно-лицевой травмой, при поступлении в стационар подверглись к инструментальным методам исследования на основании существующих стандартных методов лечения и разработанными нами алгоритма и шкалы переломов челюстно-лицевой области.

В наших исследованиях 234 пациентов отсутствие переломов черепа было зарегистрировано у 85 (36,3%), наличие переломов черепа при краниографии наблюдали у 149 (63,7%) наблюдений.

При этом, всего 149 (100%) с переломы свода 120 (80,5%), переломы свода и основание черепа 26 (17,5%), перелом основания черепа у 3 (2,0%), пациентов.

Учитывая стабильное состояние всех 234 пациентов с сочетанной травмой отсутствие очаговой симптоматики или начальных стадий дислокационного синдрома, со стороны нейрохирурга были пролечены консервативно.

Нашим 234 пациентам нейрохирургические операции не проводились, так как, на диагностическом этапе проводили отбор по степени тяжести повреждения организма той или иной степени согласно разработанному алгоритму и шкалы переломов челюстно-лицевой области.

По нашим данным сроки от момента полученной травмы до госпитализации в стационар пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой, колебался от нескольких минут до нескольких суток это зависело от степени тяжести пациента.

В наших исследованиях всех 234 пациентов по методам лечения распредели следующим образом, консервативному лечению подверглись 104 (44,4%), хирургическому 130 (55,5%) случаях.

Таблица 2. Показатели видов лечения пациентов с переломами челюстно-лицевой области, n=234

Количество пациентов, виды лечения		Верхняя челюсть	Нижняя челюсть	Скуловая кость	Кости носа
1 группа, n=104 (44,4%)	Все пациенты лечились консервативно	5 (2,1%)	74 (31,6%)	21 (9,0%)	4 (1,7%)
2 группа, n=130 (55,5%)	Хирургическое лечение 104 (80%)	1 (0,4%)	96 (41,0%)	6 (2,6%)	1 (0,4%)
	Консервативное лечение 26 (20%)	1 (0,4%)	16 (6,8%)	8 (3,4%)	1 (0,4%)
Всего 234		7 (3,0%)	186 (79,5%)	35 (14,9%)	6 (2,6%)

Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P < 0,001)

Таблица 3. Показатели количества переломов челюстно-лицевой области у пациентов в разрезе групп, n=456

Локализация переломов	Всего, n=234, %	1 группа, n=104, %	2 группа, n=130, %
Верхняя челюсть	16 (3,5%)	8 (1,7%)	8 (1,7%)
Нижняя челюсть	362 (79,4%)	157 (34,4%)	205 (44,9%)
Скуловая кость	66 (14,5%)	32 (7,0%)	34 (7,5%)
Кости носа	12 (2,6%)	5 (1,1%)	7 (1,5%)
Общее количество случаев	456	202	254

Примечание: отличия показателей статистически достоверны ($P < 0,001$)

Среди 130 пациентов второй группы хирургическому лечению подверглись 104 (80%), 26 (20%) получили консервативное лечение.

По дислокации переломов челюстно-лицевой области и методам лечения пациенты распределились в следующим образом, представители первой группы получали консервативное лечение 104 (44,4%), из них с переломами нижней челюсти у 74 (31,6%), скуловой кости у 21 (9,0%), верхней челюсти у 5 (2,1%) и кости носа у 4 (1,7%).

Во вторую группу включены 130 (55,5%) из них 104 (80%) пациента оперированы, с переломами нижней челюсти 96 (41,0%), скуловой кости 6 (2,6%), верхней челюсти 1 (0,4%) и перлом носа 1 (0,4%) случаях, лечились консервативно с переломами нижней челюсти 16 (6,8%), скуловой кости 8 (3,4%), верхней челюсти 1 (0,4%) и перлом носа 1 (0,4%) случаях наблюдений (смотрите табл. 2).

Если рассмотреть проведенный анализ полученных данных исследования в разрезе групп с переломами челюстно-лицевой области 234 пациентов количество случаев будет выглядеть следующим образом, всего 456 (100%) случаев, перелом нижней челюсти 362 (79,4%), скуловой кости 66

(14,5%), верхней челюсти 16 (3,5%) и кости носа 12 (2,6%) случаях наблюдений.

В наших исследованиях показатели первой группы перелом в подбородочной области 54 (14,9%), в области угла нижней челюсти 50 (13,8%), в области мышцелкового отростка 34 (9,4%), в области тела нижней челюсти 13 (3,6%) и в области ветви нижней челюсти 6 (1,7%) случаях наблюдений.

По нашим данным показатели второй группе перелом в подбородочной области 71 (19,6%), в области угла нижней челюсти 65 (17,9%), в области мышцелкового отростка 44 (12,1%), в области тела нижней челюсти 18 (5,0%) и в области ветви нижней челюсти 7 (1,9%) случаях наблюдений.

Нами проведенный анализ полученных данных исследования с переломами челюстно-лицевой области 234 пациентов показало следующие результаты у 186 (79,5%) нижняя челюсть, у 35 (15,0%) скуловая кость, у 7 (3,0%) верхняя челюсть и кости носа у 6 (2,5%) случаях наблюдений.

В первой группе перелом нижней челюсти 157 (34,4%), скуловой кости 32 (7,0%), верхней челюсти 7 (1,5%) и кости носа 9 (2,0%) случаях наблюдений.

Таблица 4. Показатели количества случаев с переломами челюстно-лицевой области у пациентов в разрезе групп, n=456

Локализация переломов	Всего, n=234, %	1 группа, n=104, %	2 группа, n=130, %
В среднем отделе переломы всего	94 (100%)	41 (43,6%)	53 (56,4%)
Перелом зубов, альвеолярного отростка ВЧ	6 (6,4%)	1 (1,1%)	5 (5,3%)
Перелом ВЧ по верхнему типу (Le Fort III)	6 (6,4%)	2 (2,1%)	4 (4,2%)
Перелом ВЧ по среднему типу (Le Fort II)	8 (8,5%)	4 (4,2%)	4 (4,2%)
Перелом ВЧ по нижнему типу (Le Fort I)	6 (6,4%)	3 (3,2%)	3 (3,2%)
Перелом назоорбитоэтмоидального комплекса (NOE)	12 (12,7%)	5 (5,3%)	7 (7,4%)
Перелом скуловерхнечелюстного комплекса (ZMC)	56 (59,6%)	26 (27,7%)	30 (31,9%)
Перелом нижнем отделе переломы всего	362 (100%)	157 (43,4%)	205 (56,6%)
Перелом подбородочной области	124 (34,2%)	54 (14,9%)	70 (19,3%)
Перелом угла нижней челюсти	114 (31,5%)	50 (13,8%)	64 (17,7%)
Перелом мышцелкового отростка	77 (21,3%)	34 (9,4%)	43 (11,9%)
Перелом тела / ветви нижней челюсти	4 (1,1%)	1 (0,3%)	3 (0,8%)
Перелом ветви нижней челюсти	31 (8,6%)	13 (3,6%)	18 (5,0%)
Перелом костей носа	12 (3,3%)	5 (1,4%)	7 (1,9%)
Всего количества переломов и баллов	456 (100%)	198 (43,4%)	258 (56,6%)

Примечание: отличия показателей статистически достоверны ($P < 0,001$)

Таблица 5. Показатели опросника Euro Qul-5D до лечения (n=234)

Группы	Количество пациентов	М (мобильность)	С (Самообслуживание)	БА (Бытовая активность)	Б/Д (Боль/Дискомфорт)	Т/Д (Тревога/депрессия)	EQ-балл состоян. здоровья
1	104	1	1	0,39658	0,123	0,08611	0,66271
2	130	1	1	0,3404	0,123	0,08465	0,6645
Итого:	234	1	1	0,36138	0,123	0,08601	0,661705

Примечание: отличия показателей статистически достоверны ($P < 0,001$)

Таблица 6. Показатели опросника Euro Qul-5D после лечения (n=234)

Группы	Количество пациентов	М (мобильность)	С (Самообслуживание)	БА (Бытовая активность)	Б/Д (Боль/Дискомфорт)	Т/Д (Тревога/депрессия)	EQ-балл состоян. здоровья
1	104	1	1	0,38922	0,4979	0,95208	-0,57638
2	130	1	1	0,3259	0,5244	1,025	-0,6124
Итого:	234	1	1	0,354912	0,464848	0,975237	-0,54345

Примечание: отличия показателей статистически достоверны ($P < 0,001$)

Таблица 7. Показатели шкалы ВАШ до лечения (n=234)

Группы	Количество пациентов	1-нет боли (0)	2-слабая боль (1-3)	3-умеренная боль (4-6)	4-очень сильная боль (7-9)	5- нестерпимая боль (10)
1	104	0	20	7	0	0
2	130	0	22	33	1	1
Итого:	234	0	42	40	1	1

Примечание: отличия показателей статистически достоверны ($P < 0,001$)

Таблица 8. Показатели шкалы ВАШ после лечения (n=234)

Группы	Количество пациентов	1-нет боли (0)	2-слабая боль (1-3)	3-умеренная боль (4-6)	4-очень сильная боль (7-9)	5- нестерпимая боль (10)
1	104	100	2	0	0	0
2	130	131	1	0	0	0
Итого:	234	231	3	0	0	0

Примечание: отличия показателей статистически достоверны ($P < 0,001$)

Во второй группе перелом нижней челюсти, 205 (44,9%) скуловой кости 34 (7,5%), верхней челюсти 9 (2,0%) и кости носа 7 (1,5%) случаях наблюдений. (смотрите табл. 3).

На основании анализа полученных данных исследования в разрезе групп с переломами нижней челюсти 234 пациентов количество случаев будет выглядеть следующим образом, всего 362 (100%) случаев, из них перелом в подбородочной области 125 (34,5%), в области угла нижней челюсти 115 (31,8%), в области мышечкового отростка 78 (21,5%), в области тела нижней челюсти 31 (8,6%) и в области ветви нижней челюсти 13 (3,6%) случаев наблюдений.

По результатам нашего исследования у одного и того же пациента отмечались сочетание двух и более переломов, особенно это было характерно для нижней челюсти.

По данным нашего исследования установлено что, переломы среднем отделе 94 (20,6%) и нижнем отделе челюстно-лицевой области 362 (79,4%), всего было 456 случаев наблюдений что согласовывается литературными данными мировых исследователей и является достоверными (смотрите табл. 4).

Таким образом, на основании анализа полученных данных нашего исследования чаще всего переломы нижней челюсти наблюдались в подбородочной области 125 (34,5%), в области угла нижней челюсти 115 (31,8%) и в области мышечкового отростка 78 (21,5%) что согласовывается данными мировых учёных.

В нашем исследовании 234 пациентов при клинко-рентгенологическом обследовании выявлено, что переломы среднем и нижнем отделе челюстно-лицевой области наблюдались 456 случаев. Это связано с анатомической особенностью

расположения структур при получении травмы различного генеза и их уязвимостью.

Исследование качества жизни 234 пациентов достигалось с применением Европейского Опросника Качества Жизни Euro QoL-5D.

По нашему убеждению, лечение в первую очередь должно быть направлено на купирование болевого синдрома, которое сильно влияет на качество жизни пациентов. Исследование КЖ пациентов во всех группах проводилось до и после проведения лечения (табл. 5).

Проведённый нами анализ результатов исследования качества жизни 234 пациентов показал, что данные, полученные в двух группах различные.

Качество жизни пациентов сильно ухудшалось и медленно восстанавливались у пациентов с сопутствующей соматической патологией.

По нашим данным во всех исследуемых группах больше всего ухудшались параметры опросника Euro QoL-5D как, боль/дискомфорт и тревога/депрессия.

Показатели исследования качество жизни пациентов первой группы были стабильными так как у них полученные травмы по тяжести отмечено средней степени. Показатели второй группы пациентов были лабильными так как у них травмы и её течение было отмечено тяжёлой степени и болевой синдром выходил на первый план потому, это сильно влияло на их качество жизни (смотрите табл. 6).

Исследование качество жизни 234 пациентов показало, что, больше всего страдает параметры боль/дискомфорт и тревога/депрессия этому способствует эмоциональное состояние которые образуя своего рода порочный круг усиливая друг друга ухудшает качество жизни.

В своих научных исследованиях мы использовали визуально аналоговую шкалу для определения интенсивность болевого синдрома у наблюдаемых пациентов.

Всем известная прошедшая валидации шкала для определения болевого синдрома, визуально аналоговая шкала и её пять параметров позволяют более детально исследовать болевой синдром, отсутствие боли (0 балла), слабая боль (1-3 балла), умеренная боль (4-6 балла), очень сильная боль (7-9 балла), нестерпимая боль (10 балла) что означает максимальный вариант возможного ощущения болевого синдрома при этом пациент субъективные болевые ощущение отмечает сам.

По нашему убеждению, на основании исследования болевой синдром как сильный раздражитель в первую очередь действует на эмоциональную состоянию пациентов являясь провоцирующим фактором ухудшения состояние и качество жизни (смотрите табл. 7).

Применения шкалы ВАШ после лечения при различных хирургических вмешательствах дали следующие результаты, после проведения лечения во всех двух группах наблюдались регресс болевого синдрома до исчезновения, слабая боль сохранялась только лишь у двух пациентов первой группе, одного пациента второй группы, что доказывает эффективность методов лечения при дифференцированном подходе. После операционные параметры болевого ощущения пациентами приведено в следующей таблице (табл. 8).

Таким образом, на основании наших исследования можно сделать следующие выводы, проведение избегания закрепляется очень быстро, поскольку это приводит к усилению страха, ограничению физической активности и к другим физическим и психологическим последствиям, которые способствуют нетрудоспособности и распространению боли в сою очередь все выше изложенные факторы способствует ухудшению качество жизни пациентов.

Выводы:

1. В зависимости от клинической фазы течения пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой разделились следующим образом: 128 (54,7%) пациентов - в стадии клинической компенсации; 64 (27,3%) - в стадии клинической субкомпенсации; 33 (14,1%) - в стадии умеренной клинической декомпенсации; 9 (3,9%) - в стадии клинической декомпенсации.

2. Согласно полученным данным нашего исследования, значительную часть пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой представляли мужчины трудоспособного возраста 184 (78,6%), что является актуальной проблемой, как в социальном, так и в экономическом аспектах.

3. При обследовании соматического статуса выявлено, что среди 234 пациентов у 94 (40,2%) отмечено наличие соматической патологии, проявляющейся в виде артериальной гипертензии у 30 (31,9%), неврологическая патология 31 (32,9%), ишемической болезнью сердца у 7 (7,4%) случаев. В 7 (7,4%) наблюдениях гастроэнтерология, ЛОР органы 7 (7,4%), у 7 эндокринология (7,4%), онкология 3 (3,2%) офтальмология 2 (2,1%) пациентов печеночная патология и у 1 (1,1%) почечная недостаточность.

4. Анализ полученных данных исследования в разрезе групп с переломами челюстно-лицевой области 234 пациентов количество случаев будет выглядеть следующим образом 456 (100%), перелом нижней челюсти, 362 (79,4%) скуловой кости 66 (14,5%), верхней челюсти 16 (3,5%) и кости носа 12 (2,6%) случаях наблюдений что является очень актуальным.

5. Исследование 234 пациентов показало, что, больше всего страдает параметры КЖ боль/дискомфорт и тревога/депрессия этому спо-

существует эмоциональное состояние пациентов. Визуально-аналоговая шкала и её пять параметров позволяют более детально исследовать болевой синдром.

Литература:

1. Абдулкеримов Т.Х., Абдулкеримов Х.Т., Мандра Ю.В. и др. / Эффективность применения технологий 3D-моделирования и трехмерной печати в диагностике и лечении пациентов с переломами костей средней зоны лица // Проблемы стоматологии. 2022. Т. 18, № 3. С. 101-108.
2. Исомов М. М., Ризаев Ж. А., Мирзаев А. У. Тактика диагностики, лечения и улучшение качества жизни пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой // Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2026. – Т. 6. – №. 2-2. – С. 36-51.
3. Ризаев Ж. А., Хусанбаева Ф. А. Проверка эффективности предложенной схемы лечения стоматологических заболеваний у пациентов с хронической болезнью почек // Journal of reproductive health and uro-nephrology research. – 2022. – С. 54.
4. Ризаев Ж. А., Гайбуллаев Э. А. Рентгенологическая диагностика агрессивного пародонтита на фоне проводимого лечения // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2025. – №. 20. – С. 14-19.
5. Ризаев Ж. А., Бекжанова О. Е., Ризаев Э. А. Оценка эндогенной интоксикации у детей с герпетическим стоматитом по спектральному составу веществ низкой и средней молекулярной массы // Клиническая стоматология. – 2017. – №. 4. – С. 15-17.
6. Ризаев Ж. А., Ризаев Э. А., Кубаев А. С. Роль иммунной системы ротовой полости при инфицировании пациентов коронавирусом SARS-COV-2 // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – №. 3. – С. 67-69.
7. Ризаев Ж. А., Агабабян И. Р. Место статинов в лечении хронического пародонтита у больных атеросклерозом коронарных артерий // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2026. – №. 12. – С. 62-67.
8. Ризаев Ж. А. и др. Особенности премедикации стоматологических заболеваний с учетом психоэмоционального состояния пациента // Science and Education. – 2023. – Т. 4. – №. 2. – С. 368-374.
9. Bellamy J.L., Mundinger G.S., Flores J.M., Reddy S.K., Mithani S.K., Rodriguez E.D., Dorafshar A.H. / Facial fractures of the upper craniofacial skeleton predict mortality and occult intracranial injury after blunt trauma: an analysis. // J. Craniofacial Surgery. 2013. vol. 24 no. 6. P.1922 1926. DOI: 10.1097/scs.0b013e3182a30544.
10. Davies R., Hammond D., Ridout F., Hutchison, I., / Magennis P. / British Association of Oral and Maxillofacial Surgeons' National Facial Injury Surveys: Hard tissue facial injuries presenting to UK emergency departments. Br. // J. Oral Maxillofacial. Surg. 2020, 58, 152–157. [Cross Ref] [PubMed].
11. El-Menyar A. / Incidence, Demographics, and Outcome of Traumatic Brain Injury in The Middle East: A Systematic Review // World Neurosurgery. 2017 Nov. – Vol.107. P. 6-21.
12. Lalloo R, Lucchesi LR, Bisignano C, et al. / Epidemiology of facial fractures: Incidence, prevalence and years lived with disability estimates from the Global Burden of Disease 2017 study. // Inj Prev. 2019; 26: i27-i35. doi:10.1136/injuryprev-2019-043297.
13. Putri S.N.V., Fauzi A.R., Paramita D.K., Dachlan I., Seswandhana R. / Maxillofacial trauma severity effects in patients with head injury in a tertiary care center in Yogyakarta, Indonesia. // Eur J Plast Surg 2022; 45: 393–398, <https://doi.org/10.1007/s00238-021-01904-3>.
14. Rangarajan S., Chen E.W., Nguyen X.M., Lakshmi D., Sethi K., Bailey J. / Epidemiology of craniomaxillofacial fractures over a 5-year period at a midwestern level 1 trauma center serving a large rural population. // J Oral Maxillofac Surg 2024; 82(6): 663–670, <https://doi.org/10.1016/j.joms.2024.03.002>.
15. Widmann G., Bischel A., Stratis A., Bosmans H., Jacobs R., Gassner E- M, et al. / Spatial and contrast resolution of ultralow dose dent maxillofacial CT imaging using iterative reconstruction technology. // Dentomaxillofac Radiol 2017; 46(4): 20160452. <https://doi.org/10.1259/dmfr.20160452>.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ

Исомов М.М., Ризаев Ж.А., Мирзаев А.У.

Резюме. В статье изложены исторические аспекты развития челюстно-лицевой хирургии во всем мире, изложены аспекты сочетанной черепно-мозговой травмы. А также современные методы хирургического лечения сочетанной челюстно-лицевой травмы. Дифференцированный подход в лечение сочетанной челюстно-лицевой травмы. Оценка качества жизни и болевого синдрома с помощью опросников. Определение эффективности хирургического лечения и влияние на качество жизни пациентов.

Ключевые слова: история развития, алгоритм, опросники, шкалы, сочетанная челюстно-лицевая и черепно-мозговой травма, дифференцированный подход.