



ТАКТИКА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ  
ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ

Исомов Мираскад Максудович

Ташкентский государственный медицинский университет

<https://orcid.org/0009-0009-4500-3882>



**Аннотация.** В статье изложены научные аспекты 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 качество 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.

TACTICS OF DIFFERENTIATED TREATMENT AND ASSESSMENT OF THE QUALITY  
OF LIFE OF PATIENTS WITH COMBINED MAXILLOFACIAL TRAUMA

Miraskad Maksudovich Isomov  
Tashkent State Medical University

**Annotation.** This article presents the scientific aspects of maxillofacial surgery worldwide, including aspects of concomitant traumatic brain injury. It also discusses modern surgical methods for the treatment of concomitant maxillofacial injury. A differentiated approach to the treatment of concomitant maxillofacial injury is explored. Quality of life and pain are assessed using questionnaires. The effectiveness of surgical treatment and its impact on patients' quality of life are determined.

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

**Актуальность.** Некоторые исследователи считают, что лицевые кости выполняют амортизирующую функцию, защищая головной мозг. В то же время другие эксперты утверждают, что наличие челюстно-лицевых травм повышает риск развития черепно-мозговых повреждений [4,5,7,8,11,12].

В странах ближнего и дальнего зарубежья картина несколько иная: на первом месте ДТП (11,4— 97,1 %), далее, межличностное насилие (5,6—39 %), падения (4,2—32,5 %), спортивная травма (2,8—12 %). Данная патология чаще встречается у мужчин (59,4— 90,5 %) трудоспособного возраста (16—59 лет) [2,3,6,8,10,15], что позволяет судить об экономической, социальной и медицинской значимости решения проблемы комплексного лечения переломов нижней челюсти [8,10,13,14].

Черепно-мозговая травма является одной из актуальных проблем современной медицины. Травматическое повреждение черепа и головного мозга составляет 30—40% в структуре всех травм и занимает первое место по показателям летальности и инвалидизации пациентов трудоспособного возраста [5,12,15]. Важное значение имеют функциональные



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

нарушения, возникающие вследствие травм челюстно-лицевой области. Это обосновано тем, что в ней располагаются жизненно важные органы и из нее начинаются пищеварительная и дыхательная системы [1,2,11]. Множество исследований направлено на изучение методов лечения переломов нижней челюсти. Главным принципом лечения является восстановление анатомической формы костей, возобновление функций мышц и обеспечение правильного соотношения зубных линий [1,8,11,15].

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].

Информирование о показателях качества жизни и разработка стратегий для их улучшения являются важными проблемами не только в медицинских учреждениях. Сравнение показателей качества жизни до и после лечения позволяет оценить, насколько заболевание влияет на физические, психологические и социальные функции пациента. Это также помогает улучшить эффективность и результативность лечения [9].

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 пациентов 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 Euro QoL-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.



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

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.

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.

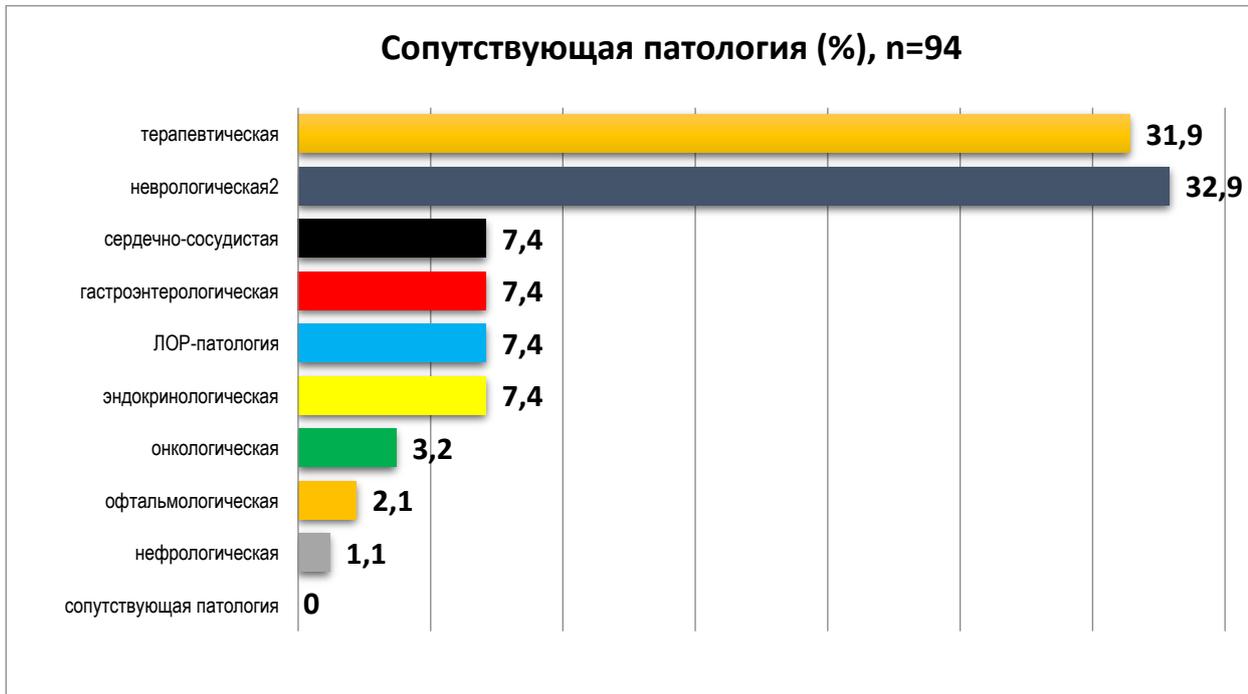
Из общего числа 234 пациентов подавляющее большинство было в ясном сознании и умеренном оглушении, составив 168 (71,8%), тогда как пятую часть составили 63 (26,9%) пациенты в тяжёлом состоянии от глубокого оглушения до различного уровня комы, а при травме в быту доля пациентов в крайне тяжёлом состоянии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

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 дополнительные курсы лечения после осмотра соответствующего специалиста.

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. 1).



**Рис. 1. Наличие соматической патологии у пациентов с сочетанными челюстно-лицевыми травмами (n=234)**

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 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 приёмные отделения нашего стационара с применением шкалы комы Глазго и других шкал и опросников определяющий степень повреждения для дифференцированного подхода к лечению.

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. 2).



**Рис. 2. Состояние пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой при поступлении n=234**

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

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.

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 клинично-неврологическому осмотру, при этом оценивали уровень нарушения сознания, выраженность общемозговой, очаговой, дислокационной, стволовой симптоматики и менингеальных симптомов. Все исследованные 234 пациента подверглись клинично-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.

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 тяжёлом 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).

**Таблица 1**

**Оценка уровня нарушения сознания у пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой n=234**

Уровень сознания	ШКГ, баллы	абс.	%
Ясное	14-15	135	57,7
Умеренное оглушение	13	33	14,1
Глубокое оглушение	11-12	24	10,3



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI  
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

**2 - TOM, 1 - SON. 2026**

**14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740**

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

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.

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

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 (смотрите табл. 2).

**Таблица 2**

**Показатели количества пациентов с переломами свода и основания черепа, n=234**

Количество пациентов	Всего пациентов переломами	Перелом свода	Перелом свода и основания	Перелом основания черепа
234	149	120	26	3
%	63,7%	80,5%	17,5%	2,0%

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

По нашим данным при исследовании 149 пациентов выявлены переломы свода 120 (68,6%), переломы свода и основание черепа могли сочетаться между собой в наших наблюдениях их было 52 (29,7%) случаях, перелом основания черепа 3 (1,7%), всего 175 (100%) случаев наблюдений сочетание нескольких переломов влияло на степень тяжести и течения травмы (смотрите табл. 3).

**Таблица 3**

**Показатели количества случаев с переломами свода и основания черепа у пациентов, n=204**

Количество случаев	Перелом свода	Перелом свода и основания	Перелом основания
175	120	52	3
%	68,6%	29,7%	1,7%

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

В наших исследованиях 234 пациентов отсутствие переломов черепа было зарегистрировано у 85 (36,3%), наличие переломов черепа при краниографии наблюдали у 149 (63,7%) случаев. При этом, с переломы свода 120 (80,5%), переломы свода и основание черепа 26 (17,5%), перелом основания черепа 3 (2,0%), всего 149 (100%) пациентов это в разрезе групп



будет выглядеть следующим образом (смотрите табл. 4).

**Таблица 4**

**Показатели количества пациентов с переломами свода и основания черепа, n=234**

Локализация переломов	Всего n=234, %	1 группа n=104, %	2 группа n=130, %
Перелом свода	120 (51,3%)	19 (8,1%)	101 (43,2%)
Перелом свода и основания	26 (11,1%)	0	26 (11,1%)
Перелом основания черепа	3 (2,0%)	0	3 (2,0%)
Общее количество пациентов	149	19	130

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

При исследовании 149 пациентов выявлены переломы свода 120 (68,6%), переломы свода и основание черепа могли сочетаться между собой в наших наблюдениях их было 52 (29,7%) случаях, перелом основания черепа 3 (1,7%), всего 175 (100%) явления в разрезе групп будет выглядеть следующим образом (смотрите табл. 5).

**Таблица 5**

**Показатели количества пациентов с переломами свода и основания черепа, n=234**

Локализация переломов	Всего n=234, %	1 группа n=104, %	2 группа n=130, %
Перелом свода	120 (51,3%)	19 (8,1%)	101 (43,2%)
Перелом свода и основания	52 (22,2%)	0	52 (22,2%)
Перелом основания черепа	3 (2,0%)	0	3 (2,0%)
Общее количество пациентов	175	19	156

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

Все исследованные 234 пациенты с сочетанной челюстно-лицевой травмой были разделены на две группы в зависимости от степени тяжести полученной травмы.

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.

Всех 234 пациентов по методам лечения распредели следующим образом, консервативному лечению подверглись 104 (44,4%), хирургическому 130 (55,5%) случаях. Среди 130 пациентов второй группы хирургическому лечению подверглись 104 (80%) наблюдениях.



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI  
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

**2 - TOM, 1 - SON. 2026**

**14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740**

По дислокации переломов челюстно-лицевой области и методам лечения пациенты распределились в следующем 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. 6).

**Таблица 6**

**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%
	Хирургическое лечение 104 (80%)	1 0,4%	96 41,0%	6 2,6%	1 0,4%
2 группа n=130 (55,5%)	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%
<i>Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P &lt; 0,001)</i>					

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 мышечкового 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 мышечкового 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 следующее 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.



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI  
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

**2 - TOM, 1 - SON. 2026**

**14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740**

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.

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 мышцелкового 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 полученные результаты согласовывается литературными данными мировых исследователей и является достоверными (смотрите табл. 7).

**Таблица 7**

**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%)
<i>Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P &lt; 0,001)</i>			

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 мышцелкового отростка 78 (21,5%) что согласовывается данными мировых учёных.

В нашем исследовании 234 пациентов при клинико-рентгенологическим обследовании выявлено, что переломы среднем и нижнем отделе челюстно-лицевой области наблюдались



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI  
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

**2 - TOM, 1 - SON. 2026**

**14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740**

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 должен быть направлено на купирование болевого синдрома, которое сильно влияет на качество жизни пациентов. Исследование КЖ пациентов во всех группах проводились до и после проведения лечения (табл. 8).

**Таблица 8**

**Показатели опросника Euro QoL-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
<i>Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P &lt; 0,001)</i>							

Проведённый нами анализ результатов исследования качества жизни 234 пациентов показали, 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 в сторону ухудшения это отягощало общее состояния в целом и соматический статус (смотрите табл. 9).

**Таблица 9**

**Показатели опросника Euro QoL-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
<i>Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P &lt; 0,001)</i>							



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

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.

По нашему убеждению, на основании исследования болевой синдром как сильный раздражитель в первую очередь действует на эмоциональную состоянию пациентов являясь провоцирующем фактором ухудшения состояние и качество жизни (смотрите табл. 10).

**Таблица 10**

### 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)*

В наших исследования 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. 11).

**Таблица 11**

### 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)*

В результате анализа данных исследования всех 234 пациентов можно делать выводы что, настороженность и отслеживание вредных факторов, а также вера в то, что эти сигналы прогрессировании заболевания, могут превратить даже слабую боль в нестерпимую боль.

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 высшее изложенные факторы способствует ухудшению качество жизни пациентов.



**Выводы.**

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. Исследование 234 пациентов показало, что, больше всего страдает параметры КЖ боль/дискомфорт и тревога/депрессия этому способствует эмоциональное состояние пациентов. Визуально-аналоговая шкала и её пять параметров позволяют более детально исследовать болевой синдром.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

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. Бахтеева Г.Р., Лепилин А.В., Сойхер М.Г., Булкин В.А., Мухина Н.М. / Течение и заживление переломов нижней челюсти, сопровождающихся повреждением ветвей тройничного нерва // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. №2. С. 399-403.
3. Васадзе Н. / Накостные потенциометрические показатели у больных с неосложненными и осложненными формами переломов нижней челюсти при консервативном лечении // Современная стоматология. 2014. № 1 (70). С. 84.
4. Дурново Е.А., Хомутишникова Н.Е., Мишина Н.В., Трофимов А.О. / Особенности реконструкции стенок орбиты при лечении травматических повреждений лицевого скелета // Медицинский альманах. 2013. № 5 (28). С.159-161. (9).
5. Карпов С.М., Христофорандо Д.Ю., Шарипов Е.М., Абидокова Ф.А. / Клиника нейрофизиологическое течение краниофациальной травмы // Кубанский научный медицинский вестник. 2011. № 2. С.76-80.
6. Корж Д.Г., Харитонов Д.Ю., Степанов И.В. / Оценка резорбции аутогенных костных блоков с ветви нижней челюсти при горизонтальной аугментации альвеолярного отростка // Подопригра. DOI 10.17116/stomat20199806130 // Стоматология. 2019. Т. 98, № 6. С. 30–32.
7. Левченко О.В., Шалумов А.З., Кутровская Н.Ю., Крылов В.В. / Хирургическое лечение краие орбитальных повреждений, сочетанных с черепно-мозговой травмой // Журнал вопросы нейрохирургии. 2011. №1. С.12–39.
8. Мирзабаев М. Д. / Диагностика и тактика лечения тяжелой черепно-мозговой травмы в аспекте динамики внутричерепной гипертензии // Нейрохирургия и неврология Казахстана. – 2017. - № 2(47). – С.39-44. - ISSN: 1813-3908. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29946516>.
9. Новик А.А., Ионова Т.И. / Руководство по исследованию качества жизни в медицине // под редакцией Ю. Л. Шевченко; 3-е изд., переработанное и дополненное - Москва:



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI  
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

**2 - TOM, 1 - SON. 2026**

**14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740**

Издание Российской академии естественных наук, 2012. - 527 с.: ил., портер.; 21см.; ISBN978-5-94515-117-8.

10. Семенов А.В. / Эпидемиология тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы в г. Иркутске / А.В. Семенов, Ю.А. Семенова, А.В. Семенов, Л.А. Зимина, В.Э. Борисов // Дальневосточный медицинский журнал. – 2017. – № 4. – С. 82–85.

11. Al-Ekrish A.A., Al- Shawaf R., Schullian P., Al-Sadhan R., Hörmann R., Widmann G. / Validity of linear measurements of the jaws using ultralow- dose MDCT and the iterative techniques of ASIR and MBIR. // Int J Computer Assist Radiol Surg 2016; 11: 1791–1801. <https://doi.org/10.1007/s11548-016-1419-y>.

12. Cassie A.B., Heath J.O., Nicolas L.H., Andrew J.W., Heather E.H., Martin S. / Incidence of traumatic intracranial hemorrhage expansion after stable repeat head imaging: A retrospective cohort study. // <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2022.01.028>.

13. 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.

14. 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.

15. Mahmoodi B., Rahimi-Nedjat R., Weusmann J., Azaripour A., Walter C., Willershhausen B. / Traumatic dental injuries in a university hospital: a four-year retrospective study. // BMC Oral Health. 2015 Nov 4;15(1):139.

