



IF = 9.2

**MODERN TREATMENT AND ASSESSMENT OF THE
QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH COMBINED
MAXILLOFACIAL TRAUMA****Isomov Miraskad Maksudovich**Associate Professor, Department of Maxillofacial Surgery,
Tashkent State Medical University<https://doi.org/10.5281/zenodo.18722931>**ARTICLE INFO**Received: 15th February 2026Accepted: 19th February 2026Online: 21st February 2026**KEYWORDS**

Developmental history,
algorithm, questionnaires,
scales, combined maxillofacial
and craniocerebral trauma,
differentiated approach.

ABSTRACT

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.

**СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ****Исомов Мираскад Максудович**

Доцент кафедры Челюстно-лицевой хирургии

Ташкентского государственного медицинского университета

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18722931>**ARTICLE INFO**Received: 15th February 2026Accepted: 19th February 2026Online: 21st February 2026**KEYWORDS**

История развития,
алгоритм, опросники,
шкалы, сочетанная
челюстно-лицевая и
черепно-мозговой травма,
дифференцированный
подход.

ABSTRACT

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 качества жизни и болевого синдрома с помощью опросников. Определение эффективности хирургического лечения и влияние на качество жизни пациентов.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, травмы являются причинами смерти в среднем около 5,1 миллиона человек ежегодно (что составляет 9,2 % от общего числа

смертей) [1,5,8,10] и являются причиной стойкой потери трудоспособности и инвалидизации более чем 7 миллионов человек [1,5].

С конца первого десятилетия XXI века по настоящее время на фоне



IF = 9.2

увеличения частоты и тяжести травматизма отмечается значительный рост количества пациентов с острыми травмами челюстно-лицевой области (ЧЛО) [2,9,11,12,13,14].

Сочетанная травма челюстно-лицевой области, как правило, осложняется повреждением костей черепа, головного мозга. Как известно, сочетанная травма включает синдром взаимного отягощения, приводящего к развитию тяжелых осложнений. Поэтому в настоящее время немалый интерес представляют работы, касающиеся изучения патогенеза, клиники, диагностики и лечения больных с данной травмой [1,5,7].

Электроэнцефалография - метод нейрофизиологического обследования, который используется в диагностике черепно-мозговой травмы и оценке её исхода. Динамическое ЭЭГ наблюдение в остром периоде ЧМТ даёт ценную информацию об уровне сознания и достоверно характеризует течение и исход черепно-мозговой травмы. По данным многих исследователей неблагоприятными ЭЭГ признаками были: снижение биоэлектрической активности и увеличение Δ – дельта волн, первые 14 суток после перенесенной ЧМТ [6].

Методика АСВП позволяет неинвазивно получить данные о функциональном состоянии ствола головного мозга. Данные АСВП характеризуют поражения от периферического уровня - слуховой нерв, до нижних бугров четверохолмия - средний мозг.

Методика обследования также даёт возможность выявлять патологический уровень и степень поражения и величину сдавления ствола головного мозга [4,6,8].

При проведении АСВП у больных с ЧМТ нарушается функция слухового анализатора и центральных проводящих путей, далее происходит нарушение кровообращения, либо кровоизлияние с образованием фактора сдавления (гематомы) в области проводящих путей и ядер [4,6,11].

Для постановки точного диагноза по современным представлениям в 100% случаев требуется выполнение мульти спиральной компьютерной томографии, а в некоторых ситуациях ультразвукового исследования (УЗИ) и магнитно-резонансной томографии [1,6].

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 [1,6].

Шкала тяжести лицевых повреждений (Facial Injury Severity Scale — FISS). Шкала FISS предназначена для оценки тяжести изолированных лицевых



IF = 9.2

повреждений. Критериями тяжести повреждения, согласно данной шкале, являются стоимость лечения и длительность госпитализации пострадавших. Следует отметить, что шкала не имеет категориального разделения травм в зависимости от общей суммы баллов, а интерпретация тяжести основана на оценке силы корреляции суммы баллов и показателей стоимости и длительности лечения пострадавших [4,6,11].

Шкала оценки острого физиологического и хронического состояния здоровья (Acute physiology & chronic health evaluation — APACHE). Второй модифицированный вариант шкалы стал наиболее распространенным. Шкала APACHE II включает 12 физиологических параметров. Точность оценки при сочетанной ЧМТ повышается за счет включения в шкалу оценку уровня сознания [4,6,11].

Информирование о показателях качество жизни и разработка стратегий для их улучшения являются важными проблемами не только в медицинских учреждениях. Сравнение показателей качество 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 [3].

Цель - улучшение результатов лечения пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой путём применения современных методов комплексной диагностики и

дифференцированной тактики лечения и оценкой качество жизни.

Материал и методы.

В нашем исследовании проведён анализ полученных данных обследования 234 пациентов сочетанной челюстно-лицевой травмой, получившие лечение в отделение челюстно-лицевой хирургии Ташкентской медицинской академии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан в период с 2019 по 2024 гг.

Нам было интересно с точки зрения диагностики, определения дифференцированной тактики, результатов и исходов лечения и изучение особенности клинического течения повреждений у пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой.

Мы 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.

Результаты и обсуждения.

Все исследованные 234 пациенты 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.



IF = 9.2

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 104 (80%) пациентам нижней и средней зоне челюстно-лицевой области.

При поступлении в стационар все 234 пациента с сочетанной челюстно-лицевой травмой, были проведены краниография, эхоэнцефалоскопия, электроэнцефалография, ультразвуковая транс краниальная доплерография, исследование акустических стволовых вызванных потенциалов, МСКТ либо МРТ головного мозга.

Нашим 234 пациентам нейрохирургические операции не проводились, так как, на диагностическом этапе алгоритма проводили отбор по степени тяжести повреждения организма той или иной степени.

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.

В нашем исследовании среди выявленных патологии по частоте встречаемости превосходили неврологические – 31 (32,9%) и терапевтические заболевания - 30 (31,9%) случаев наблюдений.

На основании результатов нашего исследования можем указать, что у одного и того же пациента отмечались сочетание двух и более соматических заболеваний, особенно это было характерно для сердечно-сосудистых заболеваний.

Нами для установления диагноза и выбора метода лечения всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее в себя клиничко-неврологические и инструментальные методы исследования.

Исследование нашей выборки из 234 пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой, ясное сознание сохранили 135 пациента, что составило 57,7 %. В умеренном оглушении было 33 (14,1%) и в глубоком – 24 (10,3%) пациентов. 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%) пациента были – 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
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

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.

Показатели случаев переломов у наших пациентов было следующим образом, всего их было 456, в первой группе 198 (43,4%), во второй группе 258 (56,6%) случаях наблюдений (смотрите табл. 2).

Таблица 2. Показатели количества случаев с переломами у пациентов челюстно-лицевой области в разрезе групп, n=234

Локализация переломов	Всего n=234, %	1 группа n=104, %	2 группа n=130, %
В среднем отделе 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 (НОЕ)	12 (12,7%)	5 (5,3%)	7 (7,4%)
Перелом скуловерхнечелюстного комплекса (ZMC)	56 (59,6%)	26 (27,7%)	30 (31,9%)
В нижнем отделе всего	362 (100%)	157 (43,4%)	205 (56,6%)
В подбородочной области	124 (34,2%)	54 (14,9%)	70 (19,3%)
В области угла нижней челюсти	114 (31,5%)	50 (13,8%)	64 (17,7%)
В области 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%)
В области ветви нижней челюсти	31 (8,6%)	13 (3,6%)	18 (5,0%)
Перелом костей носа	12 (3,3%)	5 (1,4%)	7 (1,9%)
Общее количество случаев	456 (100%)	198 (43,4%)	258 (56,6%)
<i>Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P < 0,001)</i>			



По данным нашего исследования переломы могли сочетаться между собой, несколько видов и ещё наблюдались двухстороннее повреждение.

Во всех случаях обращения пациентов мы поступали индивидуально к каждому случаю и дифференцированно принимали решения для определения дальнейшей тактики лечение.

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.

В наших исследованиях 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 (смотрите табл. 3).

Таблица 3

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

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 (смотрите табл. 4).

Таблица 4

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



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. 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	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%) случаев в разрезе групп будет выглядеть следующим образом (смотрите табл. 6).

Таблица 6. 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)



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

По дислокации переломов челюстно-лицевой области пациенты распределились в следующим образом, представители первой группы получали консервативное лечение 104 (44,4%), из них с переломами нижней челюсти 74 (31,6%), скуловой кости 21 (9,0%),

верхней челюсти 5 (2,1%) и кости носа 4 (1,7%) случаях наблюдений.

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 26 (20%) из них 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. 7).

Таблица 7

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

Все исследованные 234 пациенты 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.

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 у 6 (2,5%) кости носа случаях наблюдений (смотрите табл. 8).

Таблица 8. Показатели количества пациентов с переломами челюстно-лицевой области, n=234

Количество пациентов	Верхняя челюсть	Нижняя челюсть	Скуловая кость	Кости носа
234	7	186	35	6
%	3,0 %	79,5 %	15,0 %	2,5 %
<i>Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P < 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 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.

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. 9).

Таблица 9. 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
<i>Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P < 0,001)</i>			



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.

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.

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.

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. 10).

Таблица 10

Показатели количества случаев с переломами нижней челюсти у пациентов в разрезе групп, n=362

Локализация переломов	Всего n=234, %	1 группа n=104, %	2 группа n=130, %
В подбородочной области	125 (34,5%)	54 (14,9%)	71 (19,6%)
В области угла нижней челюсти	115 (31,8%)	50 (13,8%)	65 (17,9%)
В области мышцелкового отростка	78 (21,5%)	34 (9,4%)	44 (12,1%)
В области тела нижней челюсти	31 (8,6%)	13 (3,6%)	18 (5,0%)
В области ветви нижней челюсти	13 (3,6%)	6 (1,6%)	7 (1,9%)
Общее количество случаев	362	157	205
<i>Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P < 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 клинко-рентгенологическом обследовании выявлено, что переломы средним и

нижнем отделе челюстно-лицевой области наблюдались 456 случаев.

Нами в результате исследования разработан алгоритм тактики лечения пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой (смотрите рис.1)

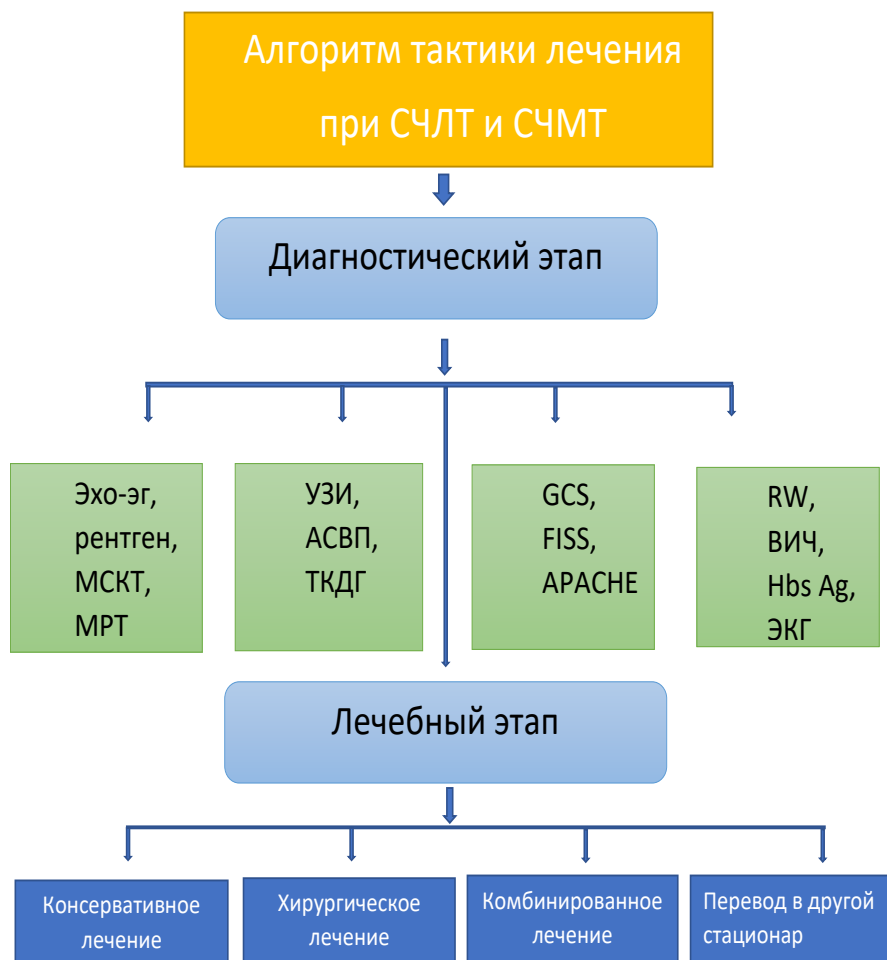


Рис. 1. Алгоритм тактики лечения пациентов с сочетанной челюстно-лицевой и черепно-мозговой травмой

Нами разработанный алгоритм состоит из двух этапов, первый диагностический охватывает объективный осмотр врача и методов инструментального исследования.

Второй этап лечебный, где по степени тяжести пациента принимается решения для определения дальнейшей тактики путём дифференцированного

подхода. Во всех случаях каждому пациенту относятся индивидуально при необходимости проводится дополнительные лечебные мероприятия.

Наш алгоритм применяется у пациентов с сочетанными челюстно-лицевыми и черепно-мозговыми травмы для определения тактики лечения.



IF = 9.2

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

В свою очередь купирование болевого синдрома положительно влияет на показатели качества жизни пациентов. Поэтому, 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 хирургического лечения.

Проведённый нами анализ результатов исследования качества жизни (КЖ) 234 пациентов показали, что данные, полученные во всех двух группах различные. КЖ у пациентов сильно ухудшались и медленно восстанавливались с сопутствующей соматической патологией.

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 отмечено травмы и её течение было отмечено тяжёлой степени и болевой синдром выходил на первый план потому, что, сильно влияет на качество жизни пациентов.

Исследование качество жизни 234 пациентов показало, что, больше всего страдает параметры боль/дискомфорт и тревога/депрессия этому

способствует эмоциональное состояние пациентов.

В своих научных исследованиях мы использовали шкалу ВАШ. Визуальная 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.

Переживание боли способно привести на крайне негативные размышления, которые вызовут страхи усиления боли, повреждения и последствий у пациентов вырабатывает некий доминантный очаг в головном мозге как своего рода пусковой механизм возникновения боли.

Шкала ВАШ определяющий болевой синдром удобен для применения и основано на субъективные восприятия пациента, заполнятся со пострадавшего что делает её более достоверной.

Болевой синдром как сильный раздражитель в первую очередь действует на эмоциональную состоянию пациентов являясь провоцирующем фактором ухудшения состояние во всей исследуемой группе.

В наших исследования применения шкалы ВАШ после лечения при различных хирургических вмешательствах дали следующие результаты, после проведения хирургического лечения во всех двух группах наблюдались



IF = 9.2

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.

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

Во всех исследуемых группах больше всего ухудшались параметры опросника EuroQol-5D как, боль/дискомфорт и тревога/депрессия это связано с тем, что, болевой синдром является самым сильным раздражителем влияющий на эмоциональное состояние и качество жизни пациентов.

Таким образом, 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. Кроме шкалы комы Глазго в своем исследовании мы использовали ещё шкалу, определяющую тяжести лицевых повреждений и шкалу оценки острого физиологического и хронического состояния здоровья пациента.

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. Современная диагностика и дифференцированное лечение исследованных 234 пациентов оказывало существенное влияние на их качество жизни при этом больше всего страдает параметры боль/дискомфорт и тревога/депрессия этому способствует эмоциональное состояние пациентов. Визуально-аналоговая шкала и её пять



параметров позволяют более
детально исследовать болевой
синдром.

References:

1. Азимбаев К. А., Сейитбеков Т.Т. / Исходы коматозных больных при тяжелой черепно-мозговой травме. // Вестник Казахстана НМУ., №2 - 2015. 330-332. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ishody-komatoznyh-bolnyh-pri-tyazheloy-cherepno-mozgovoy-travme/viewer>.
2. Бабкина Т.М., Демидова Е.А. / Современные подходы к диагностике травм челюстно-лицевой области // Лучевая диагностика и терапия. 2013. № 4 (4). С.66-72.
3. Евсина О.В. / Качество жизни в медицине - важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) // Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие»:2013. №1. - С.119-133.
4. Куксова Н.С., Сумский Л.И. / Диагностические возможности метода стволового акустического вызванного потенциала в нейрохирургической клинике // Нейрохирургия. - 2007. - № 2. - С. 5-10. - 1683-3295. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=11900888>.
5. Махкамов К.Э., Юнусов Х.Х., Дадаев Р.С., Дадамянц Н.Г., Хусанходжаев Ж.У. / Современные взгляды на роль внутричерепной гипертензии и мониторинг внутричерепного давления при тяжелой черепно-мозговой травме. // Вестник экстренной медицины. № 1, 2011. - С.103. [https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-vzglyady-na-rol-vnutricherepnoy-gipertenzii-i-monitorirovanie-vnutricherepnogo-davleniya-pri-tyazheloy-cherepno-mozgovoy/viewer](https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-vzglyady-na-rol-vnutricherepnoy-gipertenzii-i-monitorirovanie-vnutricherepnogo-davleniya-pri-tyazheloy-cherepno-mozgovoy-travme/viewer).
6. Шаранда В.А., Чудаков О.П. / Алгоритмы комплексной реабилитации пациентов после хирургических методов лечения патологии костной ткани челюстей [Электронный ресурс] // Минск: Белорусский государственный медицинский университет, 2021. С. 1480–1481. Режим дост: <http://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/33231/114.pdf?sequence=1&isAllowed=y>(дата обращения: 23.03.2022).
7. Яхъяев Б.М. / Организация и тактика экстренной медицинской помощи больным с сочетанными черепно-челюстно-лицевыми повреждениями // Stomatologiya. 2017. № 2. С. 17-22.
8. Andrew R.S., Helen G., Julian G., John U., Basit A., Anne P., Wai C.S., Yasir A.C., Emma T., Ramesh C. / Cerebrospinal Fluid Diversion for Refractory Intracranial Hypertension in Traumatic Brain Injury: A Single Center Experience. // World Neurosurgery Available online 18 May 2023 Pages e265-e272.
9. Bellamy J.L., Mundinger G.S., Flores J.M., Reddy S.K., Suhail K. Mithani, Rodriguez E.D., Dorafshar A.H. / Facial fractures of the upper craniofacial skeleton predict mortality



- and occult intracranial injury after blunt trauma. // Journal of Craniofacial Surgery. 2013. vol.24 no. 6. P. 1922 – 1926. DOI: 10.1097/scs.0b013e3182a30544.
10. Carleen B., Logan F., Alwyn G., Amanjot S.S., Kevin Y.S., Arsalan A., and Frederick A. / Zeiler 1–5 Impact of Age and Biological Sex on Cerebrovascular Reactivity in Adult Moderate/Severe Traumatic Brain Injury: An Exploratory Analysis. // Neurotrauma Reports Volume 2.1, 2021. DOI: 10.1089/neur.2021.0039.
11. Eskandarlou A., Poorolajal J., Talaeipour A.R., Talebi S., Talaeipour M. / Comparison between cone beam computed tomography in diagnostic accuracy of maxillofacial fractures in dried human skull: An in vitro study. // Dent. Traumatology. 2014, 30, 162–168. [Cross Ref] [PubMed].
12. Lalloo R., Lucchesi L.R., 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. 2020; 26: i27-i35. doi:10.1136/injuryprev-2019-043297.
13. Wusiman P., Maimaitituerxun B., G., Saimaiti A., Moming A. / Epidemiology and Pattern of Oral and Maxillofacial Trauma. // J Craniofac Surg. 2020 Jul-Aug;31(5): e517-e520.
14. Xiao-Dong L., Qiu-Xu W., Wei-Xian L. / Epidemiological pattern of maxillofacial fractures in northern China. Medicine (Baltimore). 2020 Feb;99(9): e19299.