



CLINICAL DIAGNOSIS, 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.18722987>

ARTICLE INFO

Received: 15th February 2026

Accepted: 19th February 2026

Online: 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.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА, 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.18722987>

ARTICLE INFO

Received: 15th February 2026

Accepted: 19th February 2026

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

Актуальность. Челюстно-лицевой хирург в соответствии с рекомендациями Ассоциации челюстно-лицевых хирургов и хирургов-стоматологов проводит

первичное комплексное обследование пациента сочетанной челюстно-лицевой травмой, определяя повреждения всех анатомических структур челюстно-



IF = 9.2

лицевой области и показания для привлечения смежных специалистов (оториноларинголога, невролога, нейрохирурга, офтальмолога, реаниматолога) к диагностическому процессу [9,10,12,13,14].

Общеизвестно, что поли травма – это сложный патологический процесс, обусловленный повреждением нескольких анатомических областей, в данном случае поражением лицевого и мозгового отдела черепа, с выраженным синдромом взаимного отягощения, характеризуется развитием угрожающим жизни состоянием, кровопотерей, острым нарушением водно-электролитного обмена, асфиксией, шоковым состоянием и массивным разрушением костного скелета с повреждением мягких тканей [3,7].

Общеизвестно, что при поли травме имеет место «синдром взаимного отягощения», поэтому, ранняя диагностика, проведение неотложных хирургических вмешательств в сочетании с адекватными реанимационными мероприятиями служит залогом успешного лечения. Отсутствие единого подхода к лечению пациентов с травматическими повреждениями лицевого и мозгового отделов черепа приводит к значительному увеличению числа пациентов с посттравматическими деформациями, их инвалидизации и даже смерти [2,11,13].

Травматическое повреждение челюстно-лицевой области относится к числу наиболее распространенных травм с тенденцией к постоянному росту. Травмы ограничивают

работоспособность пациентов, снижают качество жизни, изменяют психику и поведение людей. Таким образом, травматическое повреждение челюстно-лицевой области представляет существенную угрозу здоровью и жизни человека, являясь во многих случаях причиной инвалидизации [8,9,10,12,13,14].

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 [1,4,6].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет качество жизни с медицинской точки зрения. ВОЗ определяет «качество жизни» как восприятие людьми своего положения в жизни в соответствии с культурой, системой ценностей, в которой они живут, а также их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами [5].

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



IF = 9.2

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 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.

Мы в нашем исследовании
изучали влияние
дифференцированного подхода к
результатам консервативного и
хирургического лечения основываясь
на клинической картине,
объективных показателях
инструментального обследования,
изучения пациентов половозрастном
аспекте. В нашем исследовании всех
пациентов по полу и возрастным
группам распределили согласно
классификации Всемирной
организации здравоохранения.

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



IF = 9.2

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 нашем исследовании всех 234 пациентов 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.

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 приёмное отделения нашего стационара с применением шкалы комы Глазго и других шкал и опросников определяющий степен

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. 1).



Рис. 1. 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 для дальнейшего улучшения результатов.

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 клинико-неврологическому осмотру, при этом оценивали уровень нарушения сознания, выраженность общемозговой, очаговой, дислокационной, стволовой симптоматики и менингеальных симптомов.

В наших наблюдениях у 20 (20,5%) пациентов с сочетанными



IF = 9.2

челюстно-лицевыми и черепно-мозговыми травмами отмечалось психомоторное возбуждение, которое носило характер периодически усиливающегося двигательного возбуждения и дополнялось речевым возбуждением длительностью от 3 до 14 дней.

В связи с персеверацией сна и бодрствования, двигательное возбуждение увеличивалось к ночи, а днём наблюдалась сонливость все явления психомоторного возбуждения у всех пациентов в конце лечения прошли.

Следующим неинвазивным методом обследования является электроэнцефалография (ЭЭГ), которая была применена нами в диагностике судорожного синдрома в отдалённом периоде черепно-мозговой травмы (ЧМТ) и другой нейрохирургической патологии. Данная методика позволила определить биоэлектрическую активность коры головного мозга в динамике наблюдения и лечения пациентов.

Эпилептические припадки в наших наблюдениях 234 пациентов зарегистрированы у 22 (9,4%) случаях. Генерализованные клинико-тонические судорожные припадки приводили к повышению внутричерепного давления, прогрессированию отёка головного мозга, нарушениям ликвор динамики, которые срывали компенсаторные механизмы организма, что обусловило развитие дислокации ствола и утяжеление состояния пациентов.

Среди наших исследованных пациентов встречались несколько случаев наблюдений имеющие лица в анамнезе судорожный синдром.

В наших наблюдениях 234 пациентов головная боль явилась одним из постоянных симптомов и наблюдалась у 156 (66,7%) случаях. Обычно боли были в местах переломов основном средней зоне лица. Также головная боль имела оболочечную окраску, в ряде случаев сопровождаясь светобоязнью у 36 (15,4%) пациентов, что было обусловлено массивным субарахноидальным кровоизлиянием.

Часто головная боль согласно анамнезу и в период нахождения пациента на стационарном лечении сопровождалась рвотой и тошнотой в 75 (32,1%) и в 112 (47,9%) случаях соответственно, также у 66 (28,2%) рвота была многократной.

По нашим исследованиям и наблюдениям ригидность затылочных мышц наблюдалась у 124 (52,9%) пациентов из 234, которые обычно развивались в сроки до 3–5 суток. При наличии субарахноидального кровоизлияния ригидность затылочных мышц обычно была выражена у 77 (32,9%) пациентов.

Одним из наиболее распространённых симптомов пациентов с сочетанными челюстно-лицевыми и черепно-мозговыми травмами при различной тяжести черепно-мозговой травмы является спонтанный нистагм, который отметили у 98 (41,9%) из общего числа обследованных.



IF = 9.2

Преобладание горизонтального нистагма в одну из сторон наблюдалось при поражении лабиринта и при поражении полушарного представительства вестибулярного анализатора эти явления или симптомы чаще всего проходили самостоятельно.

В наших наблюдениях у 29 (12,4%) пациентов с сочетанными челюстно-лицевыми травмами была отмечена дисфункция черепно-мозговых нервов: лицевого, глазодвигательного, вестибулокохлеарного, обонятельного и при тяжёлом течении ЧМТ - парез языкоглоточного нерва.

Патологические рефлексы Бабинского у 74 (31,6%) пациентов с сочетанными челюстно-лицевыми травмами наблюдались как с одной, так и с двух сторон. У тяжёлых пациентов наблюдалась экстрапирамидная симптоматика в виде хоботкового рефлекса - у 112 (47,8%), изменения мышечного тонуса 267 (42,0%) и другие.

Нарушения речевой функции встретились у 36 (15,4%) пациентов из общего числа исследованных. Они были мягкими, преходящими, с преобладанием моторных компонентов.

Симптомы стволовых нарушений в различных клинических

фазах, обусловленные дислокационным синдромом, наблюдались у 3 (1,3%) пациентов. Эти нарушения наблюдались у пациентов поступившие в стационар в крайне тяжёлом состоянии с уровнем нарушения сознания - кома III степени.

Все исследованные 234 пациенты 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.

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
Сопор	9-10	16	6,8
Кома I	7-8	14	6,0
Кома II	5-6	9	3,8



IF = 9.2

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.

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

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.

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.

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.

На основании данных нашего исследования сроки от момента полученной травмы до госпитализации в стационар пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой, колебался от нескольких минут до нескольких суток это было связано общим соматическим статусом.

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.

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).

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%
<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 нашем исследовании 234 пациентов при клинорентгенологическом 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.

В наших исследованиях показатели первой группы перелом в подбородочной области 54 (14,9%), в области угла нижней челюсти 50 (13,8%), в области мышечного 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.

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 мышечкового отростка 78 (21,5%), в области тела нижней челюсти 31 (8,6%) и в области ветви нижней челюсти 13 (3,6%) случаев наблюдений.

В нашем исследовании 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.

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. 3).

Таблица 3
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 < 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.

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. 4).

Таблица 4
Показатели опросника Euro Qul-5D до лечения (n=234)

Группы	Количество пациентов	М (мобильность)	С (Самообслуживание)	БА (Бытовая активность)	Б/Д (Боль/Дисконфорт)	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 < 0,001)</i>							

Проведённый нами анализ результатов исследования качества



жизни 234 пациентов показали, что данные, полученные в двух группах различные.

Качество жизни пациентов сильно ухудшались 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. 5).

Таблица 5
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

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

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 пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой.

В своих научных исследованиях мы использовали визуальную 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 провоцирующим фактором ухудшения состояние и качество жизни (смотрите табл. 6).

Таблица 6
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
<i>Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P < 0,001)</i>						

В наших исследованиях 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 группы,

одного пациента второй группы, что доказывает эффективность методов лечения при дифференцированном подходе. После операционные параметры болевого ощущения пациентами приведено в следующей таблице (табл. 7).

Таблица 7

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

Таким образом, на основании 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 свою очередь все высшее изложенные факторы способствует ухудшению качества 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. Клинический осмотр предопределяет дифференцированный подход в лечение исследованных 234 пациентов оказывая существенное влияние на их качество жизни при этом улучшение наблюдался во всех группах. Визуально-аналоговая шкала и её пять параметров позволяют более детально исследовать болевой синдром влияя на исход лечения.

References:

1. Акрамова Н.А., Ходжибекова Ю.М. / Использование сонографии в выявлении переломов костей челюстно-лицевой области // Конгресс Российского общества рентгенологов и радиологов: сб. материалов. Москва, 2019. С. 8-9.
2. Гулюк А.Г., Тащян А.Э., Гулюк Л.Н. / Профилактика осложнений консолидации при переломах нижней челюсти у больных со структурно-метаболическими изменениями костной ткани // Вестник стоматологии. 2012. №2 С. 79-85.
3. Махамов К.Э., Салаев А.Б. / Методы хирургического лечения тяжелой черепно-мозговой травмы // Вестник экстренной медицины. – 2018. – Т.11, № 4. - С.75. <https://cyberleninka.ru/article/n/metody-hirurgicheskogo-lecheniya-tyazhelyo-cherepno-mozgovoy-travmy/viewer>.
4. Нассар А.Н., Мадай Д.Ю. / Объективная оценка тяжести сочетанной черепно-лицевой травмы (обзор) // ОБЗОРЫ Кубанский научный медицинский вестник / Kuban Scientific Medical Bulletin 2020 | Том 27 | № 5 | С. 144–162 / REVIEWS <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2020-27-5-144-162>.
5. Николаев Е.Л. / Оценка качества жизни, связанного со здоровьем: врачи здоровее, чем учителя? // Вестник Чувашского университета. - 2014. - № 2. - С. 310-315.
6. Хасанов А.И., Хакимов А.А., Абобакиров Д.М. / Современные методы остеосинтеза нижней челюсти // Stomatologiya. 2020. № 1. С. 82-87.
7. Arpalahiti A., Naaranen A., Puolakkainen T., Abio A., Thorén H., Snäll J. // Assault-related facial fractures: does the injury mechanism matter? // Int J Oral Maxillofacial Surg. 2022; 51(1): P. 91–97, <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2021.06.001>.
8. Cossman J.P., Morrison C.S., Taylor H.O., Salter A.B., Klinge P.M., Sullivan S.R. / Traumatic orbital roof fractures: interdisciplinary evaluation and management. // Plast



Reconstr Surgery. 2014. vol. 133 no. 3. P.335e-343e. DOI: 10.1097/01.prs.0000438051.36881.e0.

9. Khan T.U., Rahat S., Khan Z.A., Shahid L., Banouri S.S., Muhammad N. / Etiology and pattern of maxillofacial trauma. PLoS ONE 2022; 17(9): e0275515, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275515>.

10. Koen V., Milou K., Jurre B., Harm J., Bram J., Joukje N. / Blood-based biomarkers of inflammation in mild traumatic brain injury: A systematic review // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. Volume 132, January 2022, Pages 154-168.

11. Nam A.J., Davidson E.H., Manson P.N.V. / Assessment of the patient with traumatic facial injury. // Facial Trauma Surgery. 1st ed. Amsterdam. Elsevier; 2020. p. 1-15.

12. Rangarajan S., Chen E.W., Nguyen X.M., Lakshmipathy 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 Maxillofacial Surg 2024; 82(6): P. 663–670, <https://doi.org/10.1016/j.joms.2024.03.002>.

13. Tonkopi E., Duffy S., Abdoell M., Manos D. / Diagnostic reference levels and monitoring practice can help reduce patient dose from CT examinations. // AJR Am J Roentgenology 2017; 208: 1073–81. <https://doi.org/10.2214/AJR.16.16361>.

14. Widmann G., Juranek D., Waldenberger F., Schullian P., Dennhardt A., Hoermann R., et al. / Influence of ultra- low- dose and iterative reconstructions on the visualization of orbital soft tissues on maxillofacial CT. // AJNR Am J Neuroradiology 2017; 38: 1630–35. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A5239>.