



IF = 9.2



**TACTICS OF DIAGNOSIS, TREATMENT AND  
IMPROVEMENT OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS  
WITH COMBINED MAXILLOFACIAL TRAUMA**

**<sup>1</sup>Isomov Miraskad Maksudovich**

**<sup>2</sup>Rizaev Zhasur Alimdzhonovich**

**<sup>3</sup>Mirzaev Alisher Umirzokovich**

**<sup>1</sup>Associate Professor, Department of Maxillofacial Surgery,  
Tashkent State Medical University**

**<sup>2</sup>Rector, Samarkand State Medical University**

**<sup>3</sup>Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher, Head of the  
Zafarobod Regional Office, State Institution "Navoi Mining and  
Metallurgical Plant Fund," Republic of Uzbekistan, Navoi.**

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18722954>

**ARTICLE INFO**

Received: 15<sup>th</sup> February 2026

Accepted: 19<sup>th</sup> February 2026

Online: 21<sup>st</sup> February 2026

**KEYWORDS**

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

**ABSTRACT**

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

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

**<sup>1</sup>Исомов Мираскад Максудович**

**<sup>2</sup>Ризаев Жасур Алимджанович**

**<sup>3</sup>Мирзаев Алишер Умирзокович**

**<sup>1</sup>Доцент кафедры Челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного  
медицинского университета**

**<sup>2</sup>Ректор Самаркандского государственного медицинского университета**

**<sup>3</sup>доктор медицинских наук, старший научный сотрудник, начальник  
регионального управления «Зафаробод», Государственного Учреждения «Фонда  
Навоийского горно-металлургического комбината», Республики Узбекистан,  
Навои.**

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18722954>

**ARTICLE INFO**

Received: 15<sup>th</sup> February 2026

Accepted: 19<sup>th</sup> February 2026

Online: 21<sup>st</sup> February 2026

**KEYWORDS**

*История развития,  
алгоритм, опросники,  
шкалы, сочетанная*

**ABSTRACT**

*В статье изложены исторические аспекты развития челюстно-лицевой хирургии во всем мире, изложены аспекты сочетанной черепно-мозговой травмы. А также современные методы хирургического лечения сочетанной челюстно-лицевой травмы. Дифференцированный подход в лечение сочетанной челюстно-лицевой травмы.*



IF = 9.2

*челюстно-лицевая и черепно-мозговой травма, дифференцированный подход.*

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

**Актуальность.** С конца первого десятилетия XXI века по настоящее время на фоне увеличения частоты и тяжести травматизма отмечается значительный рост количества пациентов с острыми травмами челюстно-лицевой области (ЧЛО) [2,8,9,10,14].

Травмы челюстно-лицевой области не редко сопровождаются повреждениями органов зрения, головного мозга, придаточных пазух носа, могут сочетаться с повреждениями жизненно важных внутренних органов грудной и брюшной полостей, поэтому пострадавших данной группы, как правило, относят к категории тяжелых [2,8,9,10,14].

За последние десятилетия, как в России, так и за рубежом отмечается процентный рост травматизма, при этом все больше больных попадают в специализированные медучреждения с сочетанной травмой. К этому приводит увеличение количества и мощностных характеристик транспортных средств, длительное социальное напряжение и агрессия населения, безразличное отношение его к закону, злоупотребление приемом запрещенными веществами и многое другое [5,6,11].

Дополнительно МСКТ позволяет оценить изменения мягких тканей челюстно-лицевой области (отек, подкожную эмфизему, гематомы, кровоизлияния), выявить инородные

тела, не визуализируемые при традиционной рентгенографии, определить точную локализацию инородных тел по отношению к структурам орбиты и их взаимоотношения с оболочками глазного яблока. При МСКТ более оптимальна визуализация повреждений дна орбиты, чем на используемых ранее однорядных КТ-томографах, где обследование пациентов с данной патологией проводилось с использованием специальных укладок [4,7,12,13].

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

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 [1,13].

Применение комплексной диагностики нейрофизиологического метода регистрации АСВП,



электроэнцефалография, ультразвуковая транс краниальная доплерография имеют большое значение в прогнозировании смерти мозга, либо опровержении данного факта у больных перенесших тяжёлую черепно-мозговую травму. При смерти головного мозга АСВП не регистрируются, либо имеются только I и II пики компоненты, генерируемые периферической частью слуховой системы [6,8,13].

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.**

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 EuroQol-5D и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) для определения интенсивности болевого синдрома, прошедшие стандартную процедуру валидации. После установления диагноза все пациенты были подвержены оперативному вмешательству – наложения колостомы, наложения различных анастомозов и другим реконструктивным методам операции.

#### **Результаты и обсуждения.**

Все исследованные 234 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 выбранный дифференцированный подход к тактике, консервативному и хирургическому лечению базировался на клинической картине, объективных показателях инструментального обследования, изучения пациентов по половозрастном аспекте.

Необходимо отметить, что зачастую в быту пациенты получали

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

### Распределение пациентов по механизму травмы



Рис. 1. Механизм травмы (n=234)

Рис. 1. Виды сочетанных челюстно-лицевых травм (n=234)

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

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



IF = 9.2

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

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

При обследовании соматического статуса выявлено, что среди 234 пациентов у 94 (40,2%)

отмечено наличие соматической патологии, проявляющейся в виде артериальной гипертензии у 30 (31,9%), неврологической патологии 31 (32,9%), ишемической болезнью сердца у 7 (7,4%) случаев. В 7 (7,4%) наблюдениях гастроэнтерология, ЛОР органы 7 (7,4%), у 7 эндокринология (7,4%), онкология 3 (3,2%) офтальмология 2 (2,1%) пациентов печеночная патология и у 1 (1,1%) почечная недостаточность.

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



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

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.

Значительный интерес с точки зрения диагностики, определения дифференцированной тактики, результатов и исходов лечения представляет изучение особенности

клинического течения у пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой.

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



**Рис. 3. 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 клико-неврологическому осмотру, при этом оценивали уровень нарушения сознания, выраженность общемозговой, очаговой, дислокационной, стволовой симптоматики и менингеальных симптомов. Все исследованные 234 пациенты подверглись клико-неврологическому осмотру при поступлении и в динамике, при этом оценивали уровень нарушения сознания по ШКГ, выраженность или наличие общемозговой, очаговой, стволовой симптоматики и менингеальных симптомов.

В зависимости от клинической фазы течения пациентов сочетанными челюстно-лицевыми травмами разделились следующим образом: 128 (54,7%) пациентов - в стадии клинической компенсации; 64 (27,3%) - в стадии клинической

субкомпенсации; 33 (14,1%) - в стадии умеренной клинической декомпенсации; 9 (3,9%) - в стадии клинической декомпенсации.

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

Исследование нашей выборки из 234 пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой, ясное сознание сохранили 135 пациента, что составило 57,7 % наблюдений. В умеренном оглушении было 33 (14,1%) и в глубоком - 24 (10,3%) пациента. Распределение пациентов, находившихся в 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
Кома III	3-4	3	1,3
Итого		234	100



IF = 9.2

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

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

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

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

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

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

алгоритму и шкалы переломов челюстно-лицевой области.

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

В наших исследованиях всех 234 пациентов по методам лечения распредели следующим образом, консервативному лечению подверглись 104 (44,4%), хирургическому 130 (55,5%) случаях. Среди 130 пациентов второй группы хирургическому лечению подверглись 104 (80%), 26 (20%) получили консервативное лечение.

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

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



**Таблица 2**

**Показатели видов лечения пациентов с переломами челюстно-лицевой области, n=234**

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

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

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 мыщелкового 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 мыщелкового отростка 44 (12,1%), в области тела нижней челюсти 18 (5,0%) и в области ветви нижней челюсти 7 (1,9%) случаях наблюдений.

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

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

Во второй группе перелом нижней челюсти, 205 (44,9%) скуловой кости 34 (7,5%), верхней



челюсти 9 (2,0%) и кости носа 7 (1,5%) случаях наблюдений. (смотрите табл. 3).

**Таблица 3**

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

Локализация переломов	Всего n=234, %	1 группа n=104, %	2 группа n=130, %
Верхняя челюсть	16 (3,5%)	8 (1,7%)	8 (1,7%)
Нижняя челюсть	362 (79,4%)	157 (34,4%)	205 (44,9%)
Скуловая кость	66 (14,5%)	32 (7,0%)	34 (7,5%)
Кости носа	12 (2,6%)	5 (1,1%)	7 (1,5%)
Общее количество случаев	456	202	254
<i>Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P &lt; 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.

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

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

**Таблица 4**

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

Локализация переломов	Всего n=234, %	1 группа n=104, %	2 группа n=130, %
-----------------------	-------------------	----------------------	----------------------



В среднем отделе переломы всего	94 (100%)	41 (43,6%)	53 (56,4%)
Перелом зубов, альвеолярного отростка ВЧ	6 (6,4%)	1 (1,1%)	5 (5,3%)
Перелом ВЧ по верхнему типу (Le Fort III)	6 (6,4%)	2 (2,1%)	4 (4,2%)
Перелом ВЧ по среднему типу (Le Fort II)	8 (8,5%)	4 (4,2%)	4 (4,2%)
Перелом ВЧ по нижнему типу (Le Fort I)	6 (6,4%)	3 (3,2%)	3 (3,2%)
Перелом назоорбитоэтмоидального комплекса (NOE)	12 (12,7%)	5 (5,3%)	7 (7,4%)
Перелом скуловерхнечелюстного комплекса (ZMC)	56 (59,6%)	26 (27,7%)	30 (31,9%)
Перелом нижнем отделе переломы всего	362 (100%)	157 (43,4%)	205 (56,6%)
Перелом подбородочной области	124 (34,2%)	54 (14,9%)	70 (19,3%)
Перелом угла нижней челюсти	114 (31,5%)	50 (13,8%)	64 (17,7%)
Перелом мышцелкового отростка	77 (21,3%)	34 (9,4%)	43 (11,9%)
Перелом тела / ветви нижней челюсти	4 (1,1%)	1 (0,3%)	3 (0,8%)
Перелом ветви нижней челюсти	31 (8,6%)	13 (3,6%)	18 (5,0%)
Перелом костей носа	12 (3,3%)	5 (1,4%)	7 (1,9%)
Всего количества переломов и баллов	456 (100%)	198 (43,4%)	258 (56,6%)
<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 клинко-рентгенологическом обследовании выявлено, что переломы среднем и нижнем отделе челюстно-лицевой области наблюдались 456 случаев. Это связано с анатомической

особенностью расположения структур при получении травмы различного генеза и их уязвимостью.

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

По нашему убеждению, лечение в первую очередь 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. 5).



**Таблица 5**

**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

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

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

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

По нашим данным во всех исследуемых группах больше всего ухудшились параметры опросника

Euro Qol-5D как, боль/дискомфорт и тревога/депрессия.

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

**Таблица 6**

**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.

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

Всем известная прошедшая валидации шкала для определения болевого синдрома, визуальная аналоговая шкала и её пять параметров позволяют более детально исследовать болевой синдром, отсутствие боли (0 балла),

слабая боль (1-3 балла), умеренная боль (4-6 балла), очень сильная боль (7-9 балла), нестерпимая боль (10 балла) что означает максимальный вариант возможного ощущения болевого синдрома при этом пациент субъективные болевые ощущения отмечает сам.

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

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

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

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

Применения шкалы ВАШ после лечения при различных хирургических вмешательствах дали следующие результаты, после проведения лечения во всех двух группах наблюдались регресс болевого синдрома до исчезновения, слабая боль сохранялась только лишь

у двух пациентов первой группе, одного пациента второй группы, что доказывает эффективность методов лечения при дифференцированном подходе. После операционные параметры болевого ощущения пациентами приведено в следующей таблице (табл. 8).

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



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

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

Таким образом, на основании наших исследований 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 выше изложенные факторы способствует ухудшению качества жизни пациентов.

### **Выводы.**

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

2. Согласно полученным данным нашего исследования, значительную часть пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой представляли мужчины

трудоспособного возраста 184 (78,6%), что является актуальной проблемой, как в социальном, так и в экономическом аспектах.

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

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



IF = 9.2

**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. Кордонский А.Ю., Крылов В.В., Талыпов А.Э. / Тактика хирургического лечения ушибов головного мозга. // VII Всероссийский съезд нейрохирургов, г. Казань, 2-6 июня 2015г.: сб. тезисов / под ред. В. Данилова. - Казань, 2015. -С.352.
5. Кравец Л.Я. / Динамика очаговых травматических паренхиматозных повреждений головного мозга в остром периоде легкой черепно-мозговой травмы // Нейрохирургия. -2016. - № 2. - С. 16–23.
6. Потапов А.А. Рекомендации по диагностике и лечению тяжелой черепно-мозговой травмы (Часть 1). Организация медицинской помощи и диагностика. / А.А. Потапов, В.В. Крылов, А.Г. Гаврилов и др. // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. – 2015. - №79(6). – С.100–106.
7. 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>.
8. Bellamy J.L., Mundinger G.S., Flores J.M., Reddy S.K., Mithani S.K., Rodriguez E.D., Dorafshar A.H. / Facial fractures of the upper craniofacial skeleton predict mortality and occult intracranial injury after blunt trauma: an analysis. // J. Craniofacial Surgery. 2013. vol. 24 no. 6. P.1922 1926. DOI: 10.1097/scs.0b013e3182a30544.
9. 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].
10. 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.
11. Lim K., Kwon H., Cho J., Oh J., Yoon S., Kang M., et al. / Initial phantom study comparing image quality in computed tomography using adaptive statistical iterative reconstruction and new adaptive statistical iterative reconstruction // V. J Computer Assist Tomogram. 2015; 39: 443–48. <https://doi.org/10.1097/RCT.0000000000000216>.



12. Raman S.P., Johnson P.T., Deshmukh S., Mahesh M., Grant K.L., Fishman E.K. / CT dose reduction applications: available tools on the latest generation of CT scanners. // J Am Coll Radiol 2013; 10: 37–41. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2012.06.025>.
13. Widmann G., Bischel A., Stratis A., Kakar A., Bosmans H., Jacobs R., et al. / Ultralow dose dent maxillofacial CT imaging and iterative reconstruction techniques: variability of Hounsfield units and contrast- to- noise ratio. // Br J Radiol 2016; 89: 20151055. <https://doi.org/10.1259/bjr.20151055>.
14. Xiao-Dong L., Qiu-Xu W., Wei-Xian L. / Epidemiological pattern of maxillofacial fractures in northern China. Medicine (Balti more). 2020 Feb;99(9): e19299.