

Impact Factor: 4.917

ISSN: 2181-0966

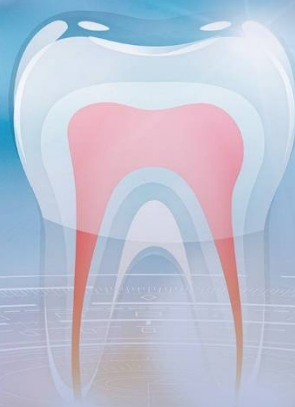
DOI: 10.26739/2181-0966

www.tadqiqot.uz

JOURNAL OF

ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

Informing scientific practices around the world through research and development



SAMARKAND
STATE MEDICAL UNIVERSITY

VOLUME 7
ISSUE 1

2026

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 7, НОМЕР 1

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

VOLUME 7, ISSUE 1



ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

№1 (2026) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2026-1>

Главный редактор:

Ризаев Жасур Алимджанович
доктор медицинских наук, профессор, ректор
Самаркандского государственного медицинского
университета, Узбекистан

Заместитель главного редактора:

Юлдашев Абдуазим Абдувалиевич
доктор медицинских наук, профессор Ташкентского
государственного стоматологического института,
Узбекистан

РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:

РЕДАКЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ:

Ответственный секретарь: А.С. Кубаев – доктор медицинских наук, профессор

Э.Н. Билалов

доктор медицинских наук, профессор

Д.М. Достмухамедов

доктор медицинских наук, профессор

О.Э. Бекжанова

доктор медицинских наук, профессор

А.М. Хайдаров

доктор медицинских наук, профессор

Л.Э. Хасанова

доктор медицинских наук, профессор

Т.Э. Зойиров

доктор медицинских наук, профессор

Э.А. Ризаев

доктор медицинских наук, профессор

Ж.Ф. Шамсиев

доктор медицинских наук, доцент

С.Х. Юсупалиходжаева

доктор медицинских наук, доцент

Ю.А. Шукурова

доктор медицинских наук, доцент

У.Ю. Мусаев

доктор медицинских наук, доцент

А.И. Хазратов

доктор медицинских наук, доцент

А.А. Ахмедов

доктор медицинских наук, доцент

У.Н. Вахидов

доктор медицинских наук, доцент

Ж.Д. Бузрукзода

кандидат медицинских наук

М.М. Исомов

кандидат медицинских наук, доцент

Д.Ф. Раимкулова

кандидат медицинских наук, доцент

М.К. Юнусходжаева

доктор медицинских наук, доцент

Ф.Ф. Лосев

доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ

С.П. Рубникович

академик, доктор медицинских наук,
профессор (Беларусь)

Джун-Янг Пэн

доктор медицинских наук, профессор
(Корея)

Дзинити Сакамото

доктор философии, профессор
(Япония)

М.А. Амхадова

доктор медицинских наук, профессор
(РФ)

О.С. Гилёва

академик, доктор медицинских наук,
профессор (РФ)

М.Т. Копбаева

доктор медицинских наук, профессор
(Казахстан)

А.А. Антонова

доктор медицинских наук, профессор
(РФ)

Р.О. Мухамадиев

доктор медицинских наук, профессор

Н.В. Шаковец

доктор медицинских наук, профессор
(Беларусь)

А.И. Грудянов

академик, доктор медицинских наук,
профессор (РФ)

Д.С. Аветиков

доктор медицинских наук, профессор (Украина)

Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

№1 (2026) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2026-1>

Chief Editor:

Jasur A. Rizaev

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
Rector of the Samarkand State Medical University,
Uzbekistan*

Deputy Chief Editor:

Abduazim A. Yuldashev

*Doctor of Medical Sciences, Professor of the
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan*

MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

EDITORIAL ADVISORY BOARD:

Executive Secretary: A. S. Kubaev - Doctor of Medical Sciences, Professor

E.N. Bilalov

Doctor of Medical Sciences, Professor

D.M. Dostmukhamedov

Doctor of Medical Sciences, Professor

O.E. Bekjanova

Doctor of Medical Sciences, Professor

A.M. Khaidarov

Doctor of Medical Sciences, Professor

L.E. Khasanova

Doctor of Medical Sciences, Professor

T.E. Zoyirov

Doctor of Medical Sciences, Professor

E.A. Rizaev

Doctor of Medical Sciences, Professor

J.F. Shamsiev

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

S.H. Yusupalikhodjaeva

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

Yu.A. Shukurova

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

U.Yu. Musaev

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

A.I. Khazratov

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

A.A. Akhmedov

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

U.N. Vakhidov

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

J.D. Buzrukzoda

Candidate of Medical Sciences

M.M. Isomov

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

D.F. Raimkulova

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

M.K. Yunuskhodjaeva

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

F.F. Losev

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Honored Scientist of the Russian Federation

S.P. Rubnikov

academician, doctor of medical sciences,
professor (Belarus)

Jun-Yang Peng

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Korea)

Jinichi Sakamoto

Doctor of Philosophy, Professor
(Japan)

M.A. Amkhadova

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Russian Federation)

O.S. Gileva

academician, doctor of medical sciences,
professor (Russian Federation)

M.T. Kopbaeva

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Kazakhstan)

A.A. Antonova

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Russian Federation)

R.O. Muxamadiyev

Doctor of Medical Sciences, Professor

N.V. Shakovets

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Belarus)

A.I. Grudyanov

academician, doctor of medical sciences,
professor (Russian Federation)

D.S. Avetikov

Doctor of Medical Sciences, Professor (Ukraine)

Page Maker: Khurshid Mirzakhmedov

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1. Rizaev Jasur Alimjanovich, Axmedova Sayyora Muxamadovna, Absalamova Nigora Faxriddinovna OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATIDAGI LEYKOPLAKIYANING KLINIKO- MORFOLOGIK DIAGNOSTIKASI.....	6
2. Xamraeva Nilufar Xamzaevna, Turayeva Feruza Abdurashidovna ODAM PAPILLOMAVIRUSI BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATI KASALLIKLARINING KLINIK XUSUSIYATLARINI BAHOLASH.....	11
3. Kamilov Xaydar Pozilovich, Usmanova Lazzat Baxodirovna SURUNKALI QAYTALANUVCHI AFTOZ STOMATITDA MAHALLIY HIMOYA OMILLARINING KLINIK-DIAGNOSTIK AHAMIYATI.....	15
4. Тахирова Камола Аббаровна, Мирзаходжаева Нигина Фирдавсовна ДЕФИЦИТ ВИТАМИНОВ ГРУППЫ В КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АНГУЛЯРНОГО ХЕЙЛИТА.....	19
5. Vohidov Elbek Rahimovich MASHINASOZLIK KORXONALARI ISHCHILARIDA OG'IZ BO'SHLIG'I A'ZOLARIDAGI PATOLOGIK O'ZGARISHLAR (ADABIYOTLAR SHARHI).....	23
6. Исомов Мираскад Максудович, Ризаев Жасур Алимджанович, Мирзаев Алишер Умирзокович СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ.....	28
7. Axmedova Sayyora Muxamadovna, Absalamova Nigora Faxriddinovna OG'IZ BO'SHLIG'I LEYKOPLAKIYASIDA ASOSLI DIAGNOSTIKA VA DAVO ALGORITMI.....	37
8. Rizayev Jasur Alimjanovich, Xudoyqulov Shahzod Shavkatovich AUTISTIK SPEKTR BUZILISHLARI BO'LGAN BOLALARNI STOMATOLOGIK DAVOLASHGA TAYYORLASHGA KOMPLEKS YONDASHUV.....	40
9. Махмуд Закирович Дусмухамедов, Дусмухамедов Дилшод Махмуджанович, Исроилова Жасмина Жамшидовна СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ.....	44
10. Валиева Фарангиза Садиковна СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОГО СИНДРОМА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	49
11. Shernazarov Otamurod Narmuratovich SURGICAL TREATMENT METHODS FOR BENIGN THYROID NODULES.....	53
12. Ахророва Малика Шавкатовна, Ражабий Музаяна Азизовна ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКАЯ И ТРЕХМЕРНАЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СО СКЕЛЕТНОЙ ФОРМОЙ АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ III КЛАССА ПО ЭНГЛЮ.....	57
13. Saidova Muxlisa Axrorovna, Kamilov Haydar Pozilovich OSHQOZON-ICHAK KASALLIKLARI FONIDA PARODONT KASALLIKLARINING OLDINI OLISH MASALALARI.....	62
14. Болтаева Мафтуна Муминовна КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	66
15. Болтаева Фазлат Муминовна КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ У ДЕТЕЙ С ПАРАЗИТАРНОЙ ИНВАЗИЕЙ.....	70
16. Zoyirov Tulqin Elnazarovich, Xaydarova Durdona Munisovna SURUNKALI PARODONTITDA PULPA JAROHATLARINING UCHRASH CHASTOTASI VA MORFOFUNKSIONAL XUSUSIYATLARI.....	75
17. Islamova Nilufar Bustanovna, Abdukhamidov Jurabek Laziz ugli IMPROVEMENT OF METHODS FOR EARLY DETECTION OF MAXILLOFACIAL DEFORMATIONS IN CASE OF PREMATURE TOOTH LOSS.....	79
18. Akhmedov Alisher Astanovich, Mukhiddinov Shokhrukh Gafurjon ugli THE ROLE OF EVERSTICK GLASS FIBER-REINFORCED SYSTEMS IN CORRECTING TOOTH CROWN DEFECTS.....	84
19. Islamova Nilufar Bustanovna, Nurullayeva Go'zal Abdumalikovna TISHLARNI OQARTIRISH MUOLAJASIDAN KEYINGI ASORATLAR PROFILAKTIKASIDA ZAMONAVIY ADGEZIV TEXNOLOGIYALARDAN FOYDALANISHNI TAKOMILLASHTIRISH.....	89
20. Ortikova Nargiza Xayrullayevna, Khurramova Surayyo Dustmurodovna OPTIMIZATION OF ORTHOPEDIC DENTAL TREATMENT METHODS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION.....	94
21. Akhmedov Alisher Astanovich, Toyirov Jahongir Sobirovich MORPHOFUNCTIONAL FEATURES OF ENAMEL AND PRINCIPLES OF PREVENTIVE THERAPY FOR PATIENTS WITH EARLY MANIFESTATIONS OF INCREASED TOOTH WEAR.....	99
22. Kamilov Xaydar Pazilovich, Raximova Muhabbat Azamat qizi, Xolmatova Zarnigor Dilmurod qizi BEMORNI DAVOLASH TAJRIBASI ANGULAR XEYLITNI MAHALLIY BLOKADA YORDAMIDA.....	104
23. Шукуров Ақобир Фуркатович, Иноятлов Амрилло Шодиевич, Шукурова Нодира Тиллаевна ОРГАНИЗАЦИЯ МАРШРУТА ПАЦИЕНТА И ПРАВОВАЯ ЯСНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	109

Исомов Мираскад Максудович,
Ташкентский государственный
медицинский университет

Ризаев Жасур Алимджанович,
Самаркандский государственный
медицинский университет

Мирзаев Алишер Умирзокович
Государственное учреждение "Фонд
Навоийского горно-металлургического
комбината, "Региональное управление "Зафаробад,"

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.19538323>

АННОТАЦИЯ

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

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

Isomov Miraskad Maksudovich
Tashkent State Medical University

Rizayev Jasur Alimdjaniyovich
Samarkand State Medical University

Mirzayev Alisher Umirzokovich
State Institution "Navoi Mining and Metallurgical Combine
Fund," "Zarafshan" Regional Directorate

MODERN DIAGNOSTICS, TREATMENT AND ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH COMBINED MAXILLOFACIAL TRAUMA

ANNOTATION

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

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

Isomov Mirasqad Maksudovich
Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Rizayev Jasur Alimdjaniyovich
Samarkand davlat tibbiyot universiteti

Mirzayev Alisher Umirzokovich
"Navoiy kon-metallurgiya kombinati jamg'armasi" davlat
muassasasi, "Zafarobod" mintaqaviy boshqarmasi,

YUZ-JAG‘ SOHASINING QO‘SHMA JAROHATLARI BO‘LGAN BEMORLARDA ZAMONAVIY DIAGNOSTIKA, DAVOLASH VA HAYOT SIFATINI BAHOLASH**ANNOTASIYA**

Maqolada butun dunyoda yuz-jag‘ sohasidagi jarrohlikning ilmiy jihatlarini va qo‘shma bosh miya jarohati bilan kechadigan holatlar yoritilgan. Shuningdek, qo‘shma yuz-jag‘ jarohatlarini jarrohlik yo‘li bilan davolashning zamonaviy usullari hamda bunday jarohatlarni davolashda tabaqalashtirilgan yondashuv ko‘rib chiqilgan. So‘rovnomalar yordamida bemorlarning hayot sifati va og‘riq sindromi baholangan. Jarrohlik amaliyotining samaradorligi va uning bemorlar hayot sifatiga ta‘siri aniqlangan.

Kalit so‘zlar: rivojlanish tarixi, algoritmi, so‘rovnomalar, shkalalar, qo‘shma yuz-jag‘ va bosh miya jarohati, tabaqalashtirilgan yondashuv.

Введение. Диагностика и лечение травматических повреждений верхней зоны лица продолжают оставаться одной из сложнейших проблем современной экстренной хирургии [4,13,14].

Данные расстройства в большинстве случаев сочетаются с тяжелой черепно-мозговой травмой и не всегда являются зоной компетенции и ответственности только челюстно-лицевого хирурга [3,4,12,13]. Черепно-мозговая травма является одной из актуальных проблем современной медицины. Травматическое повреждение черепа и головного мозга составляет 30–40% в структуре всех травм и занимает первое место по показателям летальности и инвалидизации пациентов трудоспособного возраста [3,8].

Многообразие повреждающих факторов и повреждений затрудняет возможность создания единой классификации, способной удовлетворить всех исследователей и клиницистов. Поэтому совершенствование рабочей классификации повреждений скулоорбитального комплекса представляет большой теоретический и практический интерес [2,10,12]. При переломах костей челюстно-лицевой области диагностику начинают с рентгенографии – традиционного, рутинного и по настоящее время первичного метода диагностики [1,5,6,9,11], что позволяет выявлять переломы и деформацию лицевого скелета, неправильное стояние отломков, а также инородные тела, которые могут локализоваться в околоносовых пазухах и в глазницах [1,5,6].

Однако проведение исследования в полном объеме из-за тяжелого состояния пострадавших часто бывает затруднено. Кроме того, при рентгенологическом исследовании крайне скудна диагностическая информация о состоянии мягких тканей челюстно-лицевой области, хрящевых и соединительнотканых структур [1,5,6,8].

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 [1,9].

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 [1,9].

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 [7].

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

Материал и методы. Нами проведён анализ полученных данных обследования 234 пациентов сочетанными челюстно-лицевыми травмами, получивших лечение в отделение челюстно-лицевой хирургии Ташкентской медицинской академии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан в период с 2019 по 2024 гг.

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

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

Результаты и обсуждения. В наших исследованиях 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.

В нашем исследовании все 234 пациентов по полу и возрастным группам распределили согласно классификации Всемирной организации здравоохранения.

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.

Необходимо отметить, что зачастую в быту пациенты получали травмы при падении с малой высоты: в ванной, со стула, дивана, кровати, топчана, подоконника, с лестницы, при езде на велосипеде. У пациентов первой группы с

сочетанной челюстно-лицевой травмой в подавляющем большинстве бытовая (60,7%) явилась основной причиной травмы, и среди них также преобладали травмы, полученные при падении с высоты своего роста у 61,1% пациентов, криминальную травму зарегистрировали в 12,4% и ДТП в 15,4% случаев.

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

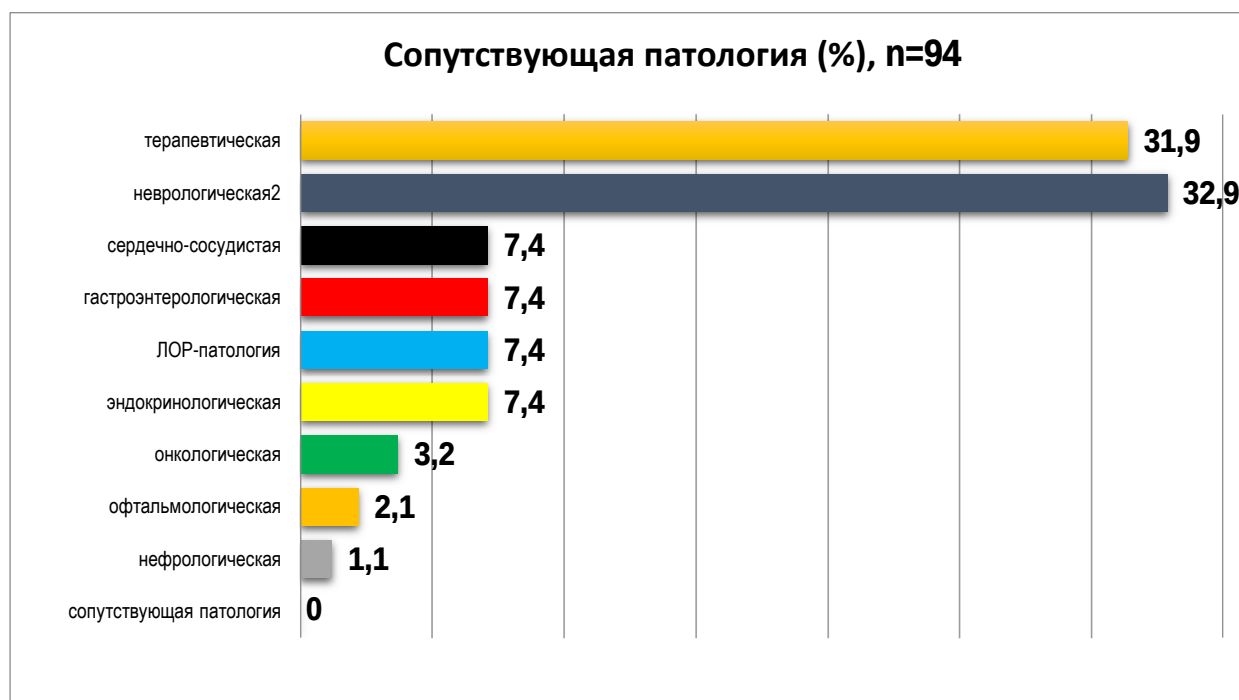
По нашим данным наибольшее число было с бытовой травмой, составив больше половины от всех пациентов (60,7% и 61,1% соответственно), затем регистрировали ДТП у 15,4% и криминальную травму у 12,4%, а неизвестные причины травмы – у 5,5% случаев.

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

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

В наших наблюдениях выяснилось, что у одного и того же пациента отмечалось сочетание двух и более соматических заболеваний, особенно это было характерно для сердечно-сосудистых заболеваний эти пациенты получали дополнительные курсы лечения после осмотра соответствующего специалиста.

В нашем исследовании всех 234 пациентов при обследовании соматического статуса выявлено, что 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 степень повреждения для дифференцированного подхода к лечению.

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

удовлетворительное состояние; в крайне тяжелом состоянии поступили 3 (1,3%) случаев.

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

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 основного средней зоны 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.

Одним из наиболее распространенных 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.

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 экстрапиримидная 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 тяжелом состоянии с уровнем нарушения сознания - кома III степени.

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

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.

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 клинико-неврологическому осмотру, при этом оценивали уровень нарушения сознания, выраженность общемозговой, очаговой, дислокационной, стволовой симптоматики и менингеальных симптомов. Все исследованные 234 пациента подверглись клинико-неврологическому осмотру при поступлении и в динамике, при этом оценивали уровень нарушения сознания по ШКТГ, 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. 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 переломами 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 переломами 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. 1).

Таблица 1

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

Локализация переломов	Всего n=234, %	1 группа n=104, %	2 группа n=130, %
Перелом свода	120 (51,3%)	19 (8,1%)	101 (43,2%)
Перелом свода и основания	26 (11,1%)	0	26 (11,1%)
Перелом основания черепа	3 (2,0%)	0	3 (2,0%)
Общее количество пациентов	149	19	130
Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P < 0,001)			

При исследовании 149 пациентов выявлены переломы свода 120 (68,6%), переломы свода и основание черепа могли сочетаться между собой в наших наблюдениях их

было 52 (29,7%) случаях, перелом основания черепа 3 (1,7%), всего 175 (100%) явления в разрезе групп будет выглядеть следующим образом (смотрите табл. 2).

Таблица 2

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

Локализация переломов	Всего n=234, %	1 группа n=104, %	2 группа n=130, %
Перелом свода	120 (51,3%)	19 (8,1%)	101 (43,2%)
Перелом свода и основания	52 (22,2%)	0	52 (22,2%)
Перелом основания черепа	3 (2,0%)	0	3 (2,0%)
Общее количество пациентов	175	19	156
Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P < 0,001)			

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

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

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

Всех 234 пациентов по методам лечения распределили 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 следующем образом, представители первой группы получали консервативное лечение 104 (44,4%), из них с переломами нижней челюсти у 74 (31,6%), скуловой кости у 21 (9,0%), верхней челюсти у 5 (2,1%) и кости носа у 4 (1,7%).

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

Таблица 3

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	Хирургическое лечение 104 (80%)	1 0,4%	96 41,0%	6 2,6%	1 0,4%

(55,5%)	Консервативное лечение 26 (20%)	1 0,4%	16 6,8%	8 3,4%	1 0,4%
Всего 234		7 3,0%	186 79,5%	35 14,9%	6 2,6%
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 мышечкового отростка 34 (9,4%), в области тела нижней челюсти 13 (3,6%) и в области ветви нижней челюсти 6 (1,7%) случаях наблюдений.

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

Нами проведенный анализ полученных данных исследования с переломами челюстно-лицевой области 234 пациентов показало 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.

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

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

По данным нашего исследования установлено что, переломы среднем отделе 94 (20,6%) и нижнем отделе челюстно-лицевой области 362 (79,4%), всего было 456 случаев наблюдений полученные результаты 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 мышечкового 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	198	258

	(100%)	(43,4%)	(56,6%)
Примечание: отличия показателей статистически достоверны ($P < 0,001$)			

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

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.

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 проводилось 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 ухудшалось и медленно восстанавливались у пациентов с сопутствующей соматической патологией.

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

Показатели исследования качества 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 состояние в целом и соматический статус (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 качества 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.

По нашему убеждению, на основании исследования болевой синдром как сильный раздражитель в первую очередь действует на эмоциональную состояние 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)						

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. 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 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 вышеизложенные факторы способствуют 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. 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.

Список литературы

1. Абдулкеримов Т.Х., Абдулкеримов Х.Т., Мандра Ю.В. и др. / Эффективность применения технологий 3D-моделирования и трехмерной печати в диагностике и лечении пациентов с переломами костей средней зоны лица // Проблемы стоматологии. 2022. Т. 18, № 3. С. 101-108.
2. Дурново Е.А., Хомутильников Н.Е., Мишина Н.В., Трофимов А.О. / Особенности реконструкции стенок орбиты при лечении травматических повреждений лицевого скелета // Медицинский альманах. 2013. № 5 (28). С.159-161. (9).
3. Карпов С.М., Христофорандо Д.Ю., Шарипов Е.М., Абиδοкова Ф.А. / Клиника нейрофизиологическое течение краниофациальной травмы // Кубанский научный медицинский вестник. 2011. № 2. С.76-80.

4. Левченко О.В., Шалумов А.З., Кутровская Н.Ю., Крылов В.В. / Хирургическое лечение крае орбитальных повреждений, сочетанных с черепно-мозговой травмой // Журнал вопросы нейрохирургии. 2011. №1. С.12–39.
5. Лепилин А.В. / Клинико-статистические аспекты диагностики и лечения больных с переломами нижней челюсти и их осложнениями // Dental Forum. 2014. № 4. С. 67-69.
6. Мирзабаев М. Д. / Диагностика и тактика лечения тяжелой черепно-мозговой травмы в аспекте динамики внутричерепной гипертензии // Нейрохирургия и неврология Казахстана. – 2017. - № 2(47). – С.39-44. - ISSN: 1813-3908. URL: <https://elibrary.ru/item.aspx?id=29946516>.
7. Новик А.А., Ионова Т.И. / Руководство по исследованию качества жизни в медицине // под редакцией Ю. Л. Шевченко; 3-е изд., переработанное и дополненное - Москва: Издание Российской академии естественных наук, 2012. - 527 с.: ил., портр.; 21см.; ISBN978-5-94515-117-8.
8. Фирсов С.А. / Тяжелая сочетанная черепно-мозговая травма: особенности клинического течения и исходы // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2017;6(4):324-330.
9. 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>.
10. Liu F.C., Halsey J.N., Oleck N.C., Lee E.S., Granick M.S. / Facial Fractures as a Result of Falls in the Elderly: Concomitant Injuries and Management Strategies. // Craniomaxillofacial Trauma & Reconstruction. 2019;12(1):45-53. doi:10.1055/S 0038-1642034.
11. Mahmoodi B., Rahimi-Nedjat R., Weusmann J., Azaripour A., Walter C., Willershausen B. / Traumatic dental injuries in a university hospital: a four-year retrospective study. // BMC Oral Health. 2015 Nov 4;15(1):139.
12. Putri S.N.V., Fauzi A.R., Paramita D.K., Dachlan I., Seswandhana R. / Maxillofacial trauma severity effects in patients with head injury in a tertiary care center in Yogyakarta, Indonesia. // Eur J Plast Surg 2022; 45: 393–398, <https://doi.org/10.1007/s00238-021-01904-3>.

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Тадqiqот город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000