



# JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**Исакулов Шохрух Раимович**

Республика травматология ва ортопедия  
илмий амалий тиббиёт маркази Самарканд филиали

**Ризаев Жасур Алимджанович**

Самарканд давлат тиббиёт институти

**ХАМКОР КРАНИОФАЦИАЛ ЖАРОХАТЛАРНИНГ КАТТА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДАГИ ЎЗИГИ ХОСЛИГИ**



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2021-3-8>

## АННОТАЦИЯ

Ушбу мақолада катта ёшли беморларда ҳамкор краниофациал жароҳатларнинг ўзига хослиги, касаллик кечиши, юз суяклари синикларининг анатомик локализацияси, бош мия жароҳатлари билан боғлиқлиги, ушбу беморларни даволаш ва уларда учрайдиган асоратлар касаллик тарихи ва мультиспирал компьютер томография текшируви натижаларига асосан ретроспектив таҳлил қилинган.

**Калит сузлар:** краниофациал жароҳат, калла суяги, пешона суяги, мультиспирал компьютер томография, бош мия лати.

**Исакулов Шохрух Раимович**

Самаркандский филиал Республиканского  
специализированного научно практического  
медицинского центра травматологии и ортопедии.

**Ризаев Жасур Алимджанович**

Самаркандский медицинский институт

**ХАРАКТЕРИСТИКА СОЧЕТАННОЙ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ТРАВМЫ У ВЗРОСЛЫХ**

## АННОТАЦИЯ

В данной статье произведена ретроспективный анализ сочетанной караниофациальной травмы у взрослых на основе изучение истории болезни больных и снимки мультиспиральной компьютерной томографии, проанализирована особенности клинической течение, анатомической локализации и характера переломов костей лица, связанных с ушибом головного мозга, а также методы лечения и осложнений.

**Калит сузлар:** краниофациальная травма, череп, лобная кость, мультиспиральная компьютерная томография, ушиб головного мозга.

**Shahruh R. Isakulov**

Samarkand branch of the Republican specialized  
scientific and practical medical center traumatology and orthopedics

**Jasur A. Rizaev**

Samarkand Medical Institute

**CHARACTERISTICS OF CONCOMITANT CRANIOFACIAL TRAUMA IN ADULTS**

## ANNOTATION

This article presents a retrospective analysis of concomitant craniofacial trauma in adults based on the study of the medical history of patients and images of computed tomography, analyzes the features of the clinical course, anatomical localization and nature of facial fractures associated with brain contusion, as well as methods of treatment and complications.

**Keywords:** craniofacial trauma, shingles, frontal bone, multispiral computed tomography, brain wiper. Mosaic.

**Актуальность:** В настоящее время наблюдается непрерывный рост показателей частоты краниофациальных травм их доля составляет в среднем 6-8% от общего числа

травм. Близость важных анатомических структур (головной мозг, крупные нервы и ганглии, верхние дыхательные пути, придаточные пазухи, глазное яблоко и др.) обуславливают

затруднения в процессе диагностики и лечения, что обуславливает актуальность данной проблемы [1, 2]. Ввиду высокой частоты ушибов головного мозга больных с краниофациальной травмой, а также возможности смертности и неврологических осложнений, практикующий нейрохирург и челюстно-лицевой хирург должен осознавать это состояние, включая его лечение. [2] В этом исследовании мы анализируем эпидемиологию, клинические характеристики и варианты лечения больных с краниофациальной травмой. [3,4,5]

**Цель исследования:** проанализировать характеристики, методы лечения и исходы больных с краниофациальной травмой.

**Материалы и методы:** Это ретроспективное исследование было проведено в отделении нейрохирургии и челюстно-лицевой хирургии Самаркандского филиала Республиканского научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии. Были изучены истории болезни и МСКТ снимки пролеченных 120 больных с краниофациальной травмой в период с апреля 2015 года по

декабрь 2020 года. Были проанализированы все истории болезни, обследования и методы лечения, а также изучены возраст больных, пол, этиологии и характер травм, анатомической локализации и характера переломов костей лица, связанных с ушибом головного мозга, а также методы лечения и осложнений. Больные с ушибом головного мозга были разделены на три категории: больные с ушибом головного мозга легкой степени, средней степени и тяжелой степени. [6,7,8]

Краниофациальная травма включала травму черепа и костей лица, от лобной кости до нижней челюсти. Переломы черепа классифицируются по анатомической локализации на лобные, височные, теменные и затылочные, переломы костей основания черепа. Переломы костей лица по данным были разделены как нижняя зона лица - нижняя челюсть, средняя зона лица - верхняя челюсть, нос, скуловая кость и глазницы и верхняя зона лица - лобная. (Рисунок 1). Всем больным с целью диагностики произведена Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). [4]

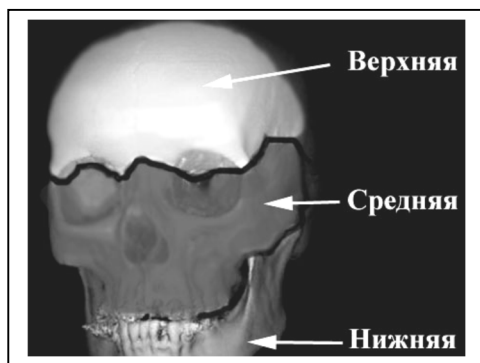


Рисунок 1. Деление костей лица по зонам повреждения (схема)

**Результаты:** В настоящем исследовании проанализирована 120 больных с краниофациальной травмой. Среди больных отмечалось преобладание лиц мужского пола (72,3%) в наиболее трудоспособном возрасте от 20 до 50 лет (73,9%). Основными обстоятельствами травм явились дорожно-

транспортные происшествия - в 49% случаев за которыми следовали падение с высоты (30%), нападение (10%), профессиональные травмы (7%) и спортивные травмы (4%) были менее распространены. (Таблица №1)

Таблица №1.

Распределение больных по механизму получения травм.

№	Обстоятельства травмы	Количество больных
1	Автомобильная	59 (49 %)
2	Падение с высоты	36 (30%)
3	Криминальная	11 (10%)
4	Бытовая	9 (7%)
5	Спортивная	5 (4%)
	Итого	120 (100 %)

Потеря сознания была наиболее частым клиническим симптомом (62%), головная боль (33%). Другими клиническими признаками были рвота (27%), тошнота (31%), анестезия лица (17%), носовое кровотечение (30%) и ротовое кровотечение (10%), симптомы сдавления головного мозга (3,4%). У 120 (100%) пролеченных больных диагностировано 53 (44,2%) перелома нижней челюсти, 43 (35,8%) переломов верхней челюсти, переломов

скуловой кости и переломы стенок гайморовой пазухи, 24 (20%) стенок лобной пазухи. Большинство больных (80,8%) получили ушиб мозга легкой степени, 15,8% больных получили травмы ушиб головного мозга средней и 3,4% тяжелой степени соответственно. (Таблица №2) 14 (11,6%) больных диагностировано линейный переломы теменной и височной кости. 2 (1,6%) больных вдавленный импрессионный перелом теменной и затылочной кости.

Таблица №2.

**Распределение больных по тяжести ушиба головного мозга в зависимости переломов костей лица.**

	Верхняя зона лица	Средняя зона лица	Нижняя зона лица	Итого
Ушиб головного мозга легкой степени	18 (15%)	33 (27,5%)	46 (38,3%)	97 (80,8%)
Ушиб головного мозга средней степени	4 (3,4%)	9 (7,5%)	6 (5%)	19 (15,8%)
Ушиб головного мозга тяжелой степени	2 (1,6%)	1(0,8%)	1(0,8%)	4 (3,4%)
<b>ИТОГО</b>	<b>24 (20%)</b>	<b>43(35,8%)</b>	<b>53 (44,2%)</b>	<b>120 (100%)</b>

97 (80,8%) больных имели ушиб головного мозга легкой степени и лечились консервативно. Показания по хирургическому лечению по поводу ушиба головного мозга были вдавленные импрессионные переломы теменной и затылочной кости. (две больных – удаление вдавленных костных отломков с одномоментной пластикой титановой пластиной) [Рисунок 2а в]

Показание к операции по поводу переломов костей лица были переломы со смещением нижней челюсти 16 больных (13,3%) случаев), 9 (7,5%) переломы скуловой кости, 3 (2,5%) вдавленные переломы стенок лобной пазухи. Которая была выполнена открытая репозиция остеосинтез с помощью мини-пластин. [Рисунок 2,с д]. Изолированные переломы нижней челюсти без смещения лечили консервативно, используя только шины Тигерштеда.



Рисунок 2 а



Рисунок 2 в

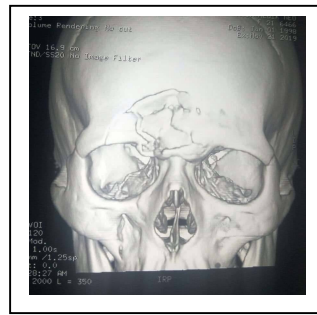


Рисунок 2 с

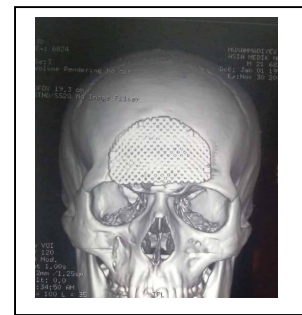


Рисунок 2 д

Осложнения и летальность: У 2 (1,6%) больных отразилась остеомиелит нижней челюсти которая пролечено консервативно.

**Обсуждение:** Краниофациальная травма с ушибом головного мозга получают молодые взрослые мужчины в возрасте 20-50 лет. Автодорожная травма являются наиболее частой причиной краниофациальной травмы в 49% и это происходит в значительной степени даже в наших обстоятельствах, а также из-за безрассудства и халатности водителя, плохого обслуживания транспортных средств, часто управление автомобилем в состоянии алкогольного опьянения и полное несоблюдение правил дорожного

движения. Краниофациальные травмы из-за падений, ссор, занятий спортом встречаются реже. [1,7] ретроспективный анализ показывают о том, что большинство больных с краниофациальной травмой получают ушиб головного мозга легкой степени и их можно лечить консервативно. [3,8] Показания к хирургическому вмешательству включают сложные вдавленные импрессионный переломы черепа, сдавление головного мозга. [2,6] Лечение переломов костей лица без смещением костный отломков проводилось консервативно, а при переломах со смещением костных отломков использовалась открытая репозиция и внутренняя фиксация мини-пластинами.

**Литературы**

1. Г.К. Петрович. Современный подход к комплексному лечению сочетанных повреждений челюстно-лицевой области. Санкт-Петербург – 2016. с 354
2. Лекции по нейрохирургии / Крылов В.В., Буров С.С., Гринь А.А., Дашьян В.Г., Левченко О.В.//М.: Т-во научных изданий КМК. – 2007. – 234 с.
3. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология: в 2 книгах. Всеукраинское специализированное издательство «Медицина», 2020. 761 с
4. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология: учебное пособие под ред. В.А.Козлова, И.И.Кагана. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 541 с.
5. Ризаев Ж.А., Кубаев А.С., Абдукадыров А.А. Предоперационное планирование хирургического лечения верхней ретро-микрoгнатии// Журнал биомедицины и практики специальный. Ташкент, 2020. № 2 - С. 866-873 (14.00.00; №24).

6. Ризаев Ж.А., Кубаев А.С. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией// Журнал теоретической и клинической медицины // №3. 2020.-С.98-102 (14.00.00; №3).
7. Dr. G. S. Radhakrishnan, Dr. R. Selvan, Dr. Govindharaj, Dr. Dexter R Marak. Status and Management of Nerves in Strategic Locations of Facial Fractures. International Journal of Science and Research. 2019; 8(3): 476-480.
5. Haug RH, Adams JM, Conforti PJ, Likavec MJ. Cranial fractures associated with facial fractures: A review of mechanism, type and severity of injury. J Oral Maxillofac Surg. 1994;52:729–33. [PubMed] [Google Scholar]
6. Conforti PJ, Haug RH, Likavec M. Management of closed head injury in patients with maxillofacial trauma. J Oral Maxillofac Surg. 1993;51:298–303. [PubMed] [Google Scholar]
7. Al Ahmed HE, Jaber MA, Abu Fanas SH, Karas M. The pattern of maxillofacial fractures in Sharjah, United Arab Emirates: A review of 230 case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004;98:166–70. [PubMed] [Google Scholar]
8. Rizaev, J.,Kubayev, A. (2020) Preoperative mistakes in the surgical treatment of upper retro micrognatia. International Journal of Pharmaceutical Research, 12(1) 1208–1212.<https://doi.org/10.31838/IJPR/2020.12.01.198>