

КРАНИОФАЦИАЛ ЖАРОҲАТ ОЛГАН БЕМОРЛАРНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Ш.А. БОЙМУРАДОВ

Тошкент тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

Резюме. Тадқиқот мақсади. Калла ва юзни қўшма жароҳатлари олган беморлар структурасини таҳлил қилиш ва ушбу травма ўткир даврининг кечишидаги ўзига хос хусусиятларни аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва текшириш усуллари. 112 та калла ва юз-жағ соҳаси қўшма жароҳатланган беморларнинг касаллик тарихлари ўрганиб чиқилди. Ҳамма беморлар 2008-2012 йиллар мабойнида Тошкент тиббиёт академияси 2 шифохонасида травматология, нейрохирургия, юз жағ жарроҳлик бўлимларида даволанганлар.

Тадқиқот натижалари. Қўшма жароҳатда олган беморларда психоэмоционал ўзгаришлар келиб чиқади ҳамда бу марказий невр тизимини (МНТ) нейрофизиологик ҳолатни ҳам ўзгартиради. Изланишда беморларнинг мослашувчанлик даражаларини аниқлаш алоҳида эътибор касб этди.

Тадқиқот хулосалари шуни тасдиқладики, олиб борилаётган кенг кўламдаги изланишларга қарамай, қўшма жароҳатларни диагностика ва даволаш чораларини такомиллаштиришни, илмий-амалий текширувларни давом эттиришни талаб этади.

Калит сўзлар: қўшма жароҳат, психоэмоционал ўзгаришлар, консерватив даво.

FEATURES CONSERVATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH INJURY CRANIOFACIAL

SH.A. BOYMURADOV

Tashkent Medical Academy, the Republic of Uzbekistan, Tashkent

Resume. The purpose of the study. Analysis of the structure and to determine the clinical course of acute phase patients with combined injuries of the head and face.

Materials and methods. The analysis of medical records of 112 patients with combined injuries of the head and maxillofacial region, who were hospitalized in the department of traumatology, neurosurgery and maxillofacial surgery 2 - Tashkent Medical Academy Hospital in the period 2008 - 2012.

The results of the study. In patients with associated trauma psycho-emotional changes occur that affect the neurophysiological state of the central nervous system. The study deserved special attention to determine the degree of adjustment of patients.

Research findings show that despite some progress made in this complex area of surgery, requires modernization of methods of diagnosis and treatment, as well as the continuation of scientific - practical research combined craniofacial injuries.

Key words: concomitant injury, psychological and emotional changes, conservative treatment.

Сўнгги ўн йилликларнинг ўзига хос хусусиятларидан бири сифатида аҳолининг барча қатламлари орасида жароҳатланишлик даражасининг доимий ўсиб бораётганини эътироф этишимиз керак. Бунинг сабаблари ўрнида техноген ҳалокатларнинг кўплиги, табиий офатлар, йўл-транспорт ҳодисалари, шунингдек ҳарбий тўқнашувларни кўрсатишимиз мумкин [1,2,3,7,9]. Шунини алоҳида таъкидлаш лозимки, ҳозирги тинчлик даврида кўпгина йирик шаҳарларда юз берадиган йўл-транспорт ҳодисалари ва ишлаб чиқаришдаги жароҳатланишларнинг кўпайиши ижтимоий ва иқтисодий аҳамият касб этади. Кўп марказли тадқиқотлар натижалари асосида ўтказилган эпидемиологик изланишларда қайд этилишича,

ўлимни сабаби бўйича травматизм юрак-томир ва онкологик касалликлардан кейинги учинчи ўринни эгаллайди [4,5,10]. Кузатишларга кўра, 45 ёшгача бўлган аҳоли ўртасидаги ўлимни сабсби орасида травматизм биринчи ўринни эгаллайди, бунда юз-жағ соҳаси жароҳатлари алоҳида ўрин тутди. Эпидемиологик тадқиқотлар (980 та жароҳатланишлар таҳлили) натижаларига кўра, юз-жағ соҳасидаги синишлар кўпроқ ёш эркакларда, асосан тажовузлар оқибатида юз беради [5,8,11]. Жароҳатларнинг оғирлиги юз-жағ соҳасидаги кўп сонли синишлар ва доим ҳам аниқланмайдиган юз ва калла қўшма жароҳатларини биргаликда келиши билан боғлиқдир. Шу билан бир қатор тадқиқотчилар

ўтказган изланишлар натижасига кўра, калла ва юз қўшма жароҳатлари билан кечадиган бахтсиз ҳодисаларнинг 50% дан ортиғида жароҳатнинг бош мияга таъсири ҳисобга олинмайди ва шунинг учун ҳам бу йўналишдаги изланишларга бўлган қизиқиш ҳозиргача сусайгани йўқ [6,12,13,14].

Краниофациал жароҳатларнинг кескин равишда ўсиши ва улардан сўнг юзага келувчи кўпол асоратлар уни жаҳон даражасидаги ижтимоий муаммога айлантирмоқда. Бундай жароҳат олган беморлардаги шахсият ва психологик ҳолатнинг ўзгаришларини, ҳамда неврологик дефицитнинг етарли даражада намоён бўлишини ҳисобга оладиган бўлсак, уларнинг касалликдан кейинги ижтимоий мослашуви зарар кўриши равшан бўлиб қолади [13,14,16].

Замонавий ташхис усуллари асосида ўтказилган тадқиқотлар натижалари шунини исбот қилдики, юз скелети суяқларининг синиши барча ҳолларда бош миянинг турли даражадаги шикастланишлари билан бирга учрайди [2,15,17].

Бир қатор муаллифларнинг ишларига эътибор қаратадиган бўлсак, қўшма жароҳатларни махсус бўлимларда даволаш терапевтик жиҳатдан самарали ва мақсадга мувофиқлиги исботланган [5,11,16,18].

Краниофациал жароҳатларнинг аралаш табиати, клиник симптоматикасининг ранг-баранглиги, травматик шикастланишнинг оғирлик даражаси ва хусусиятини ҳисобга оладиган бўлсак, бу ҳолат биздан муаммога янада чуқурроқ қарашга ва унга дифференциацияланган терапевтик ёндашувни талаб этади [1,2,5,9,17,18]. Бу вазият юз-жағ соҳасида қўшма жароҳатлари бор беморларни терапевтик даволаш тактикасида фанлараро ўзаро ҳамжиҳатлик бўлиши кераклигини тақозо этади. Барча юқорида айтилганлар ушбу тадқиқотнинг долзарблигини кўрсатди ва уни ўтказишга асос яратди.

Тадқиқот мақсади. Калла ва юзни қўшма жароҳатлари олган беморлар структурасини таҳлил қилиш ва ушбу травма ўткир даврининг кечишидаги ўзига хос хусусиятларни аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва текшириш усуллари. 112 та калла ва юз-жағ соҳаси қўшма жароҳатланган беморларнинг касаллик тарихлари ўрганиб чиқилди. Ҳамма беморлар 2008-2012 йиллар мабойнида Тошкент тиббиёт академияси 2 шифохонасида травматология, нейрохирургия, юз жағ жарроҳлик бўлимларида даволанганлар. Ушбу беморларни даволашда бош мияни зарарланишига алоҳида аҳамият берилди. Ушбу беморлар жароҳат олган

беморларни 12% ни ташкил қилди. Олинган натижаларнинг таҳлили шунини кўрсатдики, калла ва юз соҳасининг қўшма жароҳатлари сони ошиб бормоқда.

Юз жағ соҳасини жароҳатлари 59,4% йўл ҳаракати ҳодисалари оқибатида келиб чиққан. 18,6% ҳолатларда спорт машғулоти пайтида жароҳат олган. Криминал жароҳатлар 17,5% ни ташкил этди, 4,5% эса қолган жароҳатлар улушига тўғри келади.

Беморларнинг ёши 18-50 гача бўлиб, ўртача ёши $34,1 \pm 1,7$ ни ташкил этди. Шундан аёллар 26, эркеклар 86ни ташкил қилди. Беморлар жароҳат олгандан кейин 3 кун ичида шифохонага ётқизилган. Олинган натижаларни солиштириш учун шу ёшда бўлган 25 та соғлом одамни текширув натижалари олинди. Текширувдан ўтган беморларни 2 гуруҳга бўлди.

1- гуруҳни юзни юқори қисми ва калла суяги жароҳатланган 38 бемор, 2- гуруҳни эса юзни ўрта қисми жароҳатланган 74 беморлар ташкил қилди. Барча беморларни субъектив ва объектив клиник белгилар қиёсий таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Қўшма жароҳатда олган беморларда психоэмоционал ўзгаришлар келиб чиқади ҳамда бу марказий невр тизимини (МНТ) нейрофизиологик ҳолатни ҳам ўзгартиради. Изланишда беморларнинг мослашувчанлик даражаларини аниқлаш алоҳида эътибор касб этди.

Ҳар икки гуруҳдаги беморларнинг энг кўп шикоятлари қуйидагилардан иборат бўлди: жароҳат соҳасидаги кучли оғриқ, бош оғриғи, кўнгил айниши ва қусиш, бош айланиши, кулоқдаги шовқинлар, кўз олдининг қоронғилашиб кетиши ва липиллаган нарсаларнинг кўриниши, ёруғликдан кўркиш, умумий ҳолсизлик, тез ҳолдан тойиш, уйку бузилиши, йиғлоқлик, жиззакилик. Соматик характерга эга шикоятлар ички аъзолардаги нохуш ҳислар, кўрқув ва хавотирланиш ҳисси, юрак уриб кетиши, нафас олишнинг қийинлашуви, оғиз қуриши кабилар билан ифодаланган.

Беморларни жароҳатдан кейинги кунлари яъни жароҳатнинг ўткир даврида текширилганда мия нервлари иннервациясининг етишмовчилиги аниқланди. Церебрал симптоматика марказий генезга эга бўлиб, кўзни ҳаракатидаги ўзгаришлар ҳамда VII ва XII жуфт мия нервларининг етишмовчилиги кўринишида номоён бўлди.

Пирамида симптоматикаси 1-гуруҳда 62% ҳолларда, 2-гуруҳда 78% ҳолларда пай

рефлексларининг ошиши, анизорефлексия кўринишида номоён бўлди.

Оёқ юзи ва қўл панжаларидаги патологик белгилар (Бабинский, Маринеску-Радовичисимптомлари) 16% (1-гурух) ва 24% (2-гурух) ҳолларда аниқланган. Координация сферасини ўзгариши, асосан Ромберг ҳолатида нотурғунлик, статика ва координациядаги енгил бузилишлар ҳолатида кузатилди. Шундай қилиб, 1-гурухда бу белгилар 68% беморларда, 2-гурухда эса 78% беморларда кузатилган.

Кўп ҳолларда, қўшма жароҳатларнинг ўткир даврида вегетатив белгилар (диффуз ва дистал гипергидроз, акрогипотермия, қон босимининг нотурғунлиги, юрак уриб кетиш хисси, тананинг умумий исиб кетиши, қўл-оёқлардаги парестезиялар) кўзга ташланди. Натижалар шуни кўрсатдики 1-гурух беморларда вегетатив дисфункция 88,2%, 2-гурухдаги беморларда 91% аниқланди. Бунда, 1 та беморга тўғри келадиган вегетатив дисфункция белгилари сони 1- гурухда ўртача $2,9 \pm 0,5$ шартли бирликни, 2-гурухда $-4,1 \pm 0,6$ шартли бирликни, назорат гуруҳида эса $-1,9 \pm 0,4$ шартли бирликни ташкил этади.

Ёндош вегетатив дисфункция симптомларининг ўртача сони 1- ва 2-гурухларда ишончли равишда ($p < 0,05$) назорат гуруҳига нисбатан баландроқ эди. Шуни таъкидлаш лозимки, вегетатив асаб тизимининг ҳолатини ўрганишда биз томонимиздан аниқланган сегмент усти бузилишлар кўп тизимлиги ва вегетатив дисфункциянинг юқори даражада ифодалангани билан ажралиб туради. Жароҳатнинг клиник манзарасини таҳлил қилиш жараёнида, неврологик белгилар 1-гурухда барча ҳолатларда, 2-гурухда эса – 91,1% ҳолларда нейротравма учун ҳослиги аниқланди.

Вегетатив бузилишларни объективлаштириш мақсадида кардиоинтервалография (КИГ) ўтказдик. Ўткир даврдаги КИГ кўрсаткичлари вегетатив таъминлашнинг бузилганини кўрсатди. Шунингдек, назорат гуруҳида кардиоинтервалографик кўрсаткичлар парасимпатик қисмнинг кучлироқ таъсири ва симпатик қисм фаоллигининг сустлиги билан аниқ фарқланиб турган.

Симпатик қисм бошқарилишининг сустлашувига жароҳатнинг ўткир даврида КИГнинг иккиламчи кўрсаткичлари ҳам ишора қилади. Демак, Вегетатив мувозанат индекси (ВМИ) ишончли ($p < 0,05$) равишда пасайган бўлиб, $32,521,38$ т.б. (назорат - $39,932,57$ т.б.) ни ташкил этди. Нейрофизиологик текширув

натижаларига кўра, КИГ кўрсаткичларидаги ўзгаришлар 69% ҳолларда вегетатив дистония белгилари бор бўлган беморларда учраган. Эрготроп механизмларнинг узоқ вақт давомида доминант бўлиши ва вегетатив таъминлаш бошқарувига юқори бошқарув босқичлари таъсирининг кучайиши энергия сарфланишини талаб қиладиган тадбир бўлиб, вегетатив балансни оптималлаштириш учун организмдан қўшимча физиологик фаолликни талаб этади.

Кўзгатирилган кўриш потенциалларини алмашинувчи оқ-қора шахмат намунасида текшириб кўрилди: 1-гурухда (18 беморда) ишончли равишда ($p < 0,05$) латент даврнинг узайгани ($131,52,92$ мс) кузатилди. Шуни таъкидлаш лозимки, барча ҳолатларда латент давр назорат гуруҳининг кўрсаткичи ($104,22,23$ мс) га қараганда узайгандир. 2-гурухда (21 та беморда) ҳам латент давр ишончли ($p < 0,05$) равишда ўсгани ($127,92,57$ мс) кузатилди.

Кўзгатирилган эшитиш потенциалларининг таҳлили мия қобиғидан келувчи «V» тўлқин латент даврининг узайганини кўрсатди. Латент давр кўрсаткичи 1-гурухда $103,33,39$ мс.ни ташкил этди ва назорат гуруҳи кўрсаткичларидан ишончли ($p < 0,05$) равишда юқори бўлди. 2-гурухда ҳам латент давр кўрсаткичи узайган бўлиб, $99,33,84$ мс ни ташкил этди (назорат гуруҳида - $93,12,23$ мс). Олинган натижалар орасида ўткир даврда «V» тўлқинининг амплитудаси 1-гурухда $5,92,21$ мкВ, 2-гурухда $5,33,74$ мкВ (назорат гуруҳида $3,451,98$ мкВ) ни ташкил қилди. Амплитуда кўрсаткичи, бу – товуш стимулини қайта ишлашга жалб этилган нейронлар сонини билдирувчи кўрсаткичдир. Обьектив жиҳатдан, бу жароҳатдан сўнг юз берувчи ирритатив/депрессив жараёнларни акс эттиради. Кузатувларимиз натижалари асосан ирритатив характерга эга деб ҳисобланувчи мия қобиғи “реакциялари”нинг вариантларини қайд этишга ёрдам берди. Шунингдек, жароҳатланган беморларнинг марказий асаб тизимидаги юқори даражада ихтисослашган структуралар тизимининг бузилишларини аниқлашда кўмаклашди.

Тадқиқот давомида беморларнинг психик ҳолатлари ҳам ўрганилди, унда астения, хавотирлилик, енгил депрессия кўринишидаги клиник белгилар қайд этилди. Бу эса клиник белгиларни янада чуқурроқ ўрганиб чиқишга ва таҳлил қилишга асос бўлди. Шуларни ҳисобга олган ҳолда, биз психопатологик синдромни алоҳида ўргандик. Бу синдром невротик, астеноневротик ҳолатлар характерига эгадир. Бу белгилар жароҳатни бошдан ўтказган 72,4% беморда кузатилди. Бу синдромнинг ҳосил

бўлишида, бизнинг фикримизча, жароҳатдан сўнг асаб тизимида кечадиган жараёнларнинг кўп омиллиги ётсада, аммо етакчи сабаб сифатида бошмий жароҳатининг мавжудлиги ва стресс ҳолатининг вужудга келганини кўрсатишимиз мумкин. Тан олиш керакки, жароҳатнинг ўткир даврида стресс омилнинг бўлиши, кўп ҳолларда, ҳам субъектив, ҳам объектив неврологик симптоматиканинг “текисланиб” кетишига олиб келади ва нейротравма ташхисини қийинлаштиради.

Бек шкаласи бўйича депрессия белгилари 1-гурӯҳда 48% бемор, 2- гурӯҳда 31,3% беморда қайд этилди. Олинган натижалар депрессив белгилар ҳар икки гурӯҳда назорат гурӯҳига қараганда ишончли равишда баланд эканини кўрсатди. Демак, 1-гурӯҳда айрим ҳолларда енгил даражадаги депрессия кўрсаткичлари кузатилган. 2-гурӯҳда эса бу ўзгаришлар енгил даражада бўлган. Олинган натижалар депрессив белгилар ҳар икки гурӯҳда назорат гурӯҳига қараганда ишончли равишда баланд эканини кўрсатди.

Кўшма жароҳат олган беморларнинг рухий ва жисмоний ҳолатларини аниқлашдаги яна бир меъзон, бу – астеник белгилардир. Кўпгина шикоятлар умумий кайфият, паришонхотирлик, бирор вазифани бажаргандаги тезда мадори қуришлик, фикрни бир жойга жамлай олмаслик, бўшашиш ва умумий ҳолсизлик кабилар билан номоён бўлганини ҳисобга олган ҳолда, биз астенияни субъектив баҳолаш шкаласидан фойдаландик. Олинган натижалар шуни кўрсатдики ҳар иккала гурӯҳда ҳам ушбу кўрсаткич юқори бўлди (1-гурӯҳда ўртача $31,8 \pm 2,67$, 2- гурӯҳда $35,1 \pm 2,22$ ни ташкил этди. Қикача ҳулоса қилсак, жароҳатнинг қаерда жойлашганидан қатъий назар, ягона механизм сифатида баҳоланиши керак. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, хавотирлилик, астения ва депрессия белгилари турли даражадаги психопатологик жараёнларга олиб келувчи механизмни ишга тушириб юборади.

Ҳар қандай жароҳат миядаги ўзгаришларни даволашда комплекс консерватив давони қўллашни тақозо этади. Бу эса турли соҳа мутахассисларининг аралашувини ҳам талаб этади. Кўпгина ҳолларда ушбу ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолдаги даво чоралари тўлиқ ўтказилмайди. Шунинг учун биз жарроҳлик ёрдамидан ташқари мия дисфункциясини коррекция қилиш ва психофизиологик статусни нормаллаштириш каби даво комплексини тавсия этдик. Консерватив даво ўз ичига қуйидигиларни олган эди: кавинтон (4мл, в/и- томчилаб 200,0 физиологик эритмада, 10 кун

давомида; мексидол (250 мг в/и-окизиб 10 кун давомида); витаминлар (нейробион 3,0, мушак ичига, 10 кун давомида); ибупрофен - 1 табл, кунига 3 мартадан, 14 кун давомида. Кейинга босқичда эса қўшимча қуйидагилар қўлланилди: нейропсихолог билан машғулотлар; бошнинг соч қисми ва бўйин-ёқа зонасининг даволаш массажи; психофармакотерапиядан психопатологик белгиларнинг номоён бўлишига қараб фойдаланилди. Беморларнинг психофизиологик ҳолатларини кузатиш натижаларига кўра, жароҳатдан сўнг беморларнинг ўз кечинмаларига ҳаддан зиёд эътиборли бўлиб қолишлари, иш қобилиятининг сусайиши, сезиларли даражадаги умумий ҳолсизлик, симпатик вегетатив асаб тизими тонусининг устунлиги (гипертензияга мойиллик), стресс ҳолатларининг ривожланишига йўналганлик ва шахсий хавотирлилик даражасининг ошганлиги аниқланди. Бу белгилар беморнинг адаптацион (мослашув) жараёнларида қатнашувчи психофизиологик функцияларнинг бузилишларидан далолат беради.

Даво чораларидан сўнг ҳар иккала гурӯҳда 86% беморда ижобий натижа олинди. 14% ҳолатда бемор аҳволининг яхшилангани церебростения симптомларининг камайиши ва иш қобилиятининг ошганлиги маълум бўлди. Ўтказилган даво муолажалари туфайли жароҳат олган беморларнинг асосий психопатологик кўрсаткичлари (умумий аҳволи, кайфияти, фоалликнинг ошиши) яхшиланди.

Даво чораларини скамарадорлигини аниқлаш учун беморларнинг яшаш сифатини SF-36 сўровномаси ёрдамида баҳоладик. Натижа шуни кўрсатдики жароҳат ва ундан кейинги ривожланиданган травматик касаллик симптомларининг мавжудлиги сўровномадаги барча шкалалар бўйича бемор яшаш сифатининг кескин пасайишига олиб келган. Қўлланилган комплекс даво чораларидан сўнг яшаш сифати кўраткичларининг ишончли равишда яхшиланганлиги аниқланди ва бу беморларни текширишдаги босқичма-босқич алгоритмнинг яратилишига сабаб бўлди.

Тадқиқот ҳулосалари шуни тасдиқладики, олиб борилаётган кенг кўламдаги изланишларга қарамай, кўшма жароҳатларни диагностика ва даволаш чораларини такомиллаштиришни, илмий-амалий текширувларни давом эттиришни талаб этади. Таклиф қилинган даволаш чораларини жароҳатдан кейинги ўткир даврда ҳам, реабилитацион-тикланиш даврида ҳам қўллаш мумкин.

Адабиётлар:

1. Агаджанян В. В., Шаталин А. В., Кравцов С. А. и др. Основные аспекты межгоспитальной транспортировки пациентов с политравмой, находящихся в критическом состоянии // *Общая реаниматология*. – 2006. – №5-6. – С. 35-39.
2. Адильбеков Е. Травма черепа, головного мозга и лицевого скелета // *Материалы IV съезда нейрохирургов России*. – М., 2006. – С. 317-318.
3. Ашуров З. Н., Каримбаев Ш. Б. Анализ травматизма среди населения по данным Наманганского филиала РНЦЭМП // *Актуальные проблемы нейрохирургии: Материалы научно - практической конференции*. – Ташкент, 2008. – С. 66-67.
4. Багненко С.Ф. Дорожно-транспортный травматизм как медико-социальная проблема // *Скорая медицинская помощь*. – 2007. – Том 8, №1. – С. 5-11.
5. Багненко С.Ф. Оказание оптимальных объемов стационарной помощи: «Цена вопроса» // *Скорая медицинская помощь*. – 2006. – Том 7, №2. – С. 53-57.
6. Байриков И. М., Трунин Д. А. Совершенствование травматологической помощи больным с механическими повреждениями челюстно-лицевой области // *Технологии XXI века в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*. – Тверь, 2008. – С. 18-21.
7. Боймурадов Ш.А. К вопросу диагностики посттравматическими дефектами и деформациями носа // *Stomatologiya*. – Ташкент, 2009. – №1-2. – С. 61-63.
8. Боймурадов Ш.А. К вопросу об оказании своевременной помощи больным с сочетанными травмами костей средней зоны лица и черепа // *Stomatologiya*. – Ташкент, 2008. – №3-4. – С. 44-47.
9. Буланова Т. В., Садовский И. М. К вопросу о диагностике множественных травм головы // *I международной конференции, посвященной 10-летию Академии медико-технических наук РФ*. – Ереван, 2003. – 64 с.
10. Бутров А. В., Галенко С. В. Комбинированные гипертонические растворы в интенсивной терапии критических состояний // *Новости анестезиологии и реаниматологии*. – 2007. – №1. – С. 57-60.
11. Верховский А. И., Куршакова И. В. Сочетанная механическая травма. Сочетанная черепно-мозговая травма: Учебно-методическое пособие. – СПб; НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, 2007. – Вып. 19. – 59 с.
12. Гандылян К.С. и др. Механизмы адаптации у больных с сочетанной черепно-лицевой травмой // *Кубанский научный медицинский вестник*. – 2014. – №6. – С. 61 - 65.
13. Елисеева Е.В. и др. Адаптация больных, перенесших черепно-лицевую травму // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. – 2014. – №4. – С. 13-17.
14. Izhaeva F., Sukhinin M., Eliseeva E., Karpov S. Craniofacial trauma and its influence on the psychoneurotic status of the patient. (European Science and Technology «The VII international research and practice conference» Munich, Germany 2014 April 23h – 24th. P.561-563.
15. Studel W. I., Cortbus F., Strowifzki M. et al. Epidemiology and prevention of total head injuries in Germany trends and the impact of the reunification // *Acta Neurochirg. (Wein)*. – 2005. – Vol. 147, №3. – P. 231-242.
16. Waydhas C., Seekamp A., Sturm J. A. The trauma surgeon's role in intensive care // *Chirurg*. – 2006. – Vol. 77, №8. – P. 682-686.
17. Weninger P., Trimmel H., Nau T. et al. Polytrauma and air rescue. A retrospective analysis of trauma care in eastern Austria exemplified by an urban trauma center // *Unfallchirurg*. – 2005. – Vol. 108, №7. – P. 559-566.
- Zhao X., Kong L. W., DU D. Y. et al. X J. Analysis on care outcome of patients with polytrauma and coma // *Chin. J. Traumatol*. – 2007. – Vol. 10, №1. – P. 53-58.

ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРАНИОФАЦИАЛЬНЫМИ ТРАВМАМИ

Ш.А. БОЙМУРАДОВ

Ташкентская медицинская академия,
Республика Узбекистан, г. Тошкент

Резюме. Цель исследования. Анализ структуры и определить клиническое течение острого периода больных с сочетанными травмами головы и лица.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ истории болезни 112 больных с сочетанными травмами головы и челюстно-лицевой области, которые находились на стационарном лечении в отделении травматологии, нейрохирургии и челюстно-

лицевой хирургии 2 – клиники Ташкентской медицинской академии в период 2008 – 2012 гг.

Результаты исследования. У больных с сочетанными травмами происходит психоэмоциональные изменения, которые влияют на нейрофизиологическое состояние Центральной нервной системы. В исследовании особое внимание заслужило определение степени приспособления больных.

Выводы исследования доказывают, что несмотря на определенные успехи, достигнутые в этой сложнейшей области хирургии, требуется модернизация методов диагностики и лечения, а также продолжение научно – практических исследований сочетанных краниофациальных травм.

Ключевые слова: сочетанная травма, психоэмоциональные изменения, консервативное лечение.