

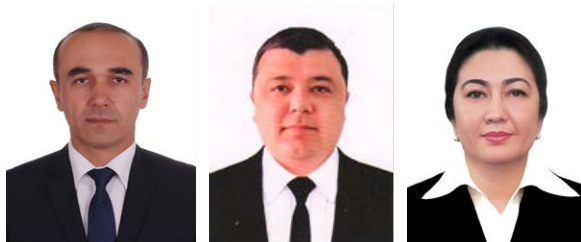
clinic for emergency indications. **Results:** After hospitalization in the department, premedication was performed in some patients according to indications to perform the operation of opening the phlegmon and removing the causative tooth (s). The patient remained in the department for an average of 6-7 days. Within 3-4 days after discharge, the patients underwent dressing in the clinic of the MCS, then this procedure was

performed in the clinic at the place of residence for 5-7 days. According to estimates, only the average cost of drugs used in the treatment of phlegmon was 402,400 soums. **Conclusions:** It is important for dentists to form clear ideas about the dynamics of the spread of a purulent inflammatory process.

Key words: odontogenic inflammatory diseases, disability, periapical tissues, acute toothache.

УДК: 616.716.4-001.5-037-07-08

ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАР ОРАСИДА КРАНИОФАЦИАЛ ЖАРОҲАТЛАРНИНГ УЧРАШ ЧАСТОТАСИ



Боймурадов Ш.А., Каримбердиев Б.И., Бакиева Ш.Х.
Тошкент тиббиёт академияси

Сўнгги йилларда қўшма жароҳатларни нафақат сонини ортиб бориши, балки жароҳатларнинг симптомларини ва клиник кўринишини мураккаб тус олганлиги қўшма жароҳатларни турларини ўрганиш, уларни ўз вақтида аниқлаш, диагностика ва даволаш усулларини тўғри танлаш бугунги кун тиббиётининг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади [1-3,5,6].

Калла, юз-жағ суяклари биргаликда тиббий биолого-анатомик чорраҳани ҳосил қилади, шунини таъкидлаб ўтиш жоизки, ушбу чорраҳада бир неча функцияларни бажарадиган аъзолар жойлашган. Ушбу қўшма жароҳатларда гапириш, ютиниш, чайнаш, нафас олиш, кўриш, хид билиш, таъм билиш каби функцияларни ўзгариши кузатилади [3-5,8]. Бундай беморларга бир неча мутахассислар (нейрохирург, юз-жағ жарроҳи, офтальмолог, оториноларинголог) томонидан ўз вақтида юқори малакали тиббий ёрдам кўрсатишни кечиктирилиши, баъзи пайтларда эса бундай ёрдамни кўрсатилмаслиги натижасида жароҳатдан кейинги пайтда иккиламчи дефект ва деформацияларни ривожланишига бу эса жароҳатга учраган аҳолини фаол қисмини меҳнат қобилиятини тушиб кетишига олиб келади, шунинг учун ушбу муаммо тиббий – ижтимоий муаммо ҳисобланади [2-4,8,9].

Адабиётлардаги маълумотларга қараганда қўшма жароҳатларни учраш частотасини ортиши ва жароҳатларнинг кечишини оғирлиги, жароҳат касаллигини кечишини мураккаблиги кузатилмоқда [7,10]. Қўшма жароҳатларда ихтисослаштирилган ёрдамни ўз вақтида бажариш, бир неча мутахассислар биргаликда ва ёрдам кўрсатиш кетма-кетлигини аниқлаш тиббиёт ходимлари олдида янги вазифаларни қўяди. Шу нуқтаи назарда қараганда краниофациал жароҳатларни ўрганиш, уларни динамикаси, жароҳат сабаблари, учраш частотасини динамикасини ўрганиш ушбу илмий ишни мақсадини аниқлаб беради.

Материал ва усуллар

Биз қўйилган мақсадга эришиш учун Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг травматология ва нейрохирургия бўлимларида 2016-2017 йиллар давомида даволанган 5412 нафар беморларни маълумотларини таҳлил қилдик. Даволанган беморларни 3918 нафарини (72,4%) эркаклар, 1494 нафарини (27,6%) эса аёллар ташкил қилди, уларни ёши 20-70 оралиғида бўлди. Бунда беморларни жароҳатдан кейинги мурожаат қилган вақти, улардаги жароҳатларни характеристикаси, улардан краниофациал жароҳатларни сони, характери, бирламчи ёрдам кўрсатилиши, тор доира мутахассислари томонидан ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатилиши вақти ва сифати ўрганилди. Барча текширувдан ўтган беморларни 2 гуруҳга бўлдик:

1-гуруҳ – краниофациал бўлмаган жароҳатлари бор беморлар ташкил қилди 5021 (92,7%);

2-гуруҳ – краниофациал жарроҳлари бор беморлар ташкил қилди. 391 (7,3%).

Барча беморлар қабул бўлимига тез ёрдам тарзида олиб келинган бўлиб, уларни қабул бўлимида травматолог, нейрохирург, юз-жағ жарроҳи, оториноларинголог офтальмолог томонидан кўрилган. Барча беморларга клиник ва лаборатор текширув усуллари ўтказилган. Беморларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатилган, дастлаб ҳаёт учун муҳим аъзоларни функцияларни тиклаш яъни травматик шокка қарши кураш, қон тўхтатиш, артериал қон босимини меъёрлаштириш, нафас функциясини тўлиқ тиклашларга эътибор қаратилан.

Натижалар ва уларнинг таҳлили

Тошкент тиббиёт академияси 2-клиникаси шошилиш травматология ва нейрохирургия бўлимларида 2016 йил бўлимларида жами 2551 нафар турли хил жароҳатлар билан шикастланган беморлар ётиб даволанган. 2016 йил давомида ётиб даволанган беморларни 1157 нафарида бош мия

жароҳатлари билан ётқизилган ва бу беморларнинг 237 нафарида юз суякларини жароҳатлари аниқланган. 2017 йил давомида шошилич травматология ва нейрохирургия бўлимларида жами 2861 нафар турли хил жароҳатлар билан шикастланган беморлар ётиб даволанган. 2017 йил давомида ётиб даволанган беморларни 1322 нафарида бош мия жароҳатлари билан ётқизилган ва бу беморларни 154 нафарида юз суякларини жароҳатлари аниқланган. Тошкент тиббиёт академияси 2-клиникаси нейрохирургия бўлимида 2016-2017 йиллар давомида 391 нафар краниофациал жароҳатга учраган беморлар даволанди.

Барча беморларга жароҳат олган пайтдан бошлаб жароҳат жойида тез ёрдам машинасида ёки қабул бўлимида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатилган. Текширилган 391 краниофациал жароҳат олган беморлардан 121 (30,1%) нафарида бурнидан қон кетиши, 12 (3,1%) нафарида юз юмшоқ тўқималари жароҳатидан қон кетиши, 58 (13,7%) нафарида эса жағ синишларидан қон кетиши кузатилган. 32 (7,2%) нафар беморларда бош миянинг лат ёйиши, 164 (39,1%) нафарида эса бош мия чайқалиши кузатилган. Жароҳатлардан қон кетиши оқибатида 13 (3,3%) нафар беморларда артериал қон босимини тушиб кетиши, 14 (3,5%) нафар беморларда эса травматик шок кузатилди.

Краниофациал жароҳат олган беморларда юз суяклари бир неча соҳаларида қўшма жароҳатларни тахлили шуни кўрсатдики, барча беморларда бош мия жароҳати борлиги аниқланди. 2016 йил давомида краниофациал жароҳатлар билан даволанган 24 % беморда бурун суякларини алоҳида синиши қайд этилган бўлса, 76% ҳолатда эса бурун суякларини қўшма юз суяклари жароҳатлари билан бирга учраши қайд этилган. 2017 йил 41% беморда бурун суякларини алоҳида синиши қайд этилган бўлса, 59% беморларда бурун суякларини қўшма юз суяклари жароҳатлари қайд этилган. Пешона суягини олд деворини яқка ҳолда синиши 8%гача ҳолларда кузатилган қолган 90% ҳолларда пешона суяги деворларини қўшма жароҳати ёки юз суяклари билан биргаликдаги жароҳатлари кузатилган. Краниофациал жароҳатларнинг ёноқ суягининг 4,6% гача ҳолларда яққаланган синиши учраган, қолган ҳолларда эса ёноқ суяги бурун, юқори жағ, орбита суяклари билан биргаликда синиши кузатилди. Айниқса ёноқ – бурун – орбитал комплекси жароҳатлари, юқори ва пастки жағ суякларини биргаликдаги синишлари, юз суякларини калла суяклари билан биргаликдаги синишлари ўта оғир кечиши, ёрдам кўрсатишни мураккаблиги, ранг баранг клиник кечишига эга бўлган жароҳатлардан ҳисобланади.

Шундай қилиб, текширишларимиз шуни кўрсатдики, 2016-2017 йилларда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасида жароҳатлар билан даволанган умумий беморларни 5021 нафари яъни 92,7% краниофациал бўлмаган жароҳатлари бор беморлар ташкил қилган бўлса, улардан 391 нафари яъни 7,3% краниофациал жароҳати бор беморлар ташкил қилди. Беморларни 73-79,3% эркалар, 20,7-27,5 эса аёллар ташкил қилди. Ушбу

жароҳатга учраган беморларни 30,1% бурундан қон кетиши, 3,1% эса юз юмшоқ тўқималари жароҳатларидан қон кетиши, 13,7% жағ суяклари жароҳатларидан қон кетиши кузатилган. Бош мия лат ёйиши 7,2%, бош мия чайқалиши 39,1% беморда, кўп қон юқотиш оқибатида артериал қон босимини тушиб кетиши 3,3%, травматик шок эса 3,5% беморларда учраган. Ушбу жароҳатларда айниқса бош мияни жароҳатини бирга кечиши, жароҳатни оғир клиник кўринишига эга бўлишига олиб келади, шунинг учун ушбу жароҳатларга ёрдам кўрсатишди барча ёндош соҳа мутахассисларини биргаликда ишлашینی талаб этади.

Адабиётлар

1. Боймурадов Ш.А., Акрамова Н.А., Касимова М.А. Значение сонографии в динамике лечения больных с переломами стенок орбиты // Вестн. ТМА. – 2017. – №3. – С. 46-48.
2. Боймурадов Ш.А., Бобомуротова Д.Т. Влияние метода лечения переломов челюсти на показатели массы тела // Вестн. ТМА. – 2017 – №3. – С. 43-45.
3. Гуманенко Е.К., Щербук Ю.А., Силюк М.Г. и др. Биометрические аспекты лечения сочетанной травмы // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 2018. – №3. – С. 25-30.
4. Захарова Р.Е., Потапов А.А., Корниенко В.Н и др. Новая классификация травматических поражений головного мозга, основанная на данных магнитно-резонансной томографии // Вестн. Рос. фонда фундамент. Иссл. – 2016. – №2. – С. 12-19.
5. Королева А.А., Выборных Д.Э., Полянская Т.Ю. и др. Сочетанная черепно-мозговая травма у больных гемофилией с признаками виктимного поведения // Гематол. и трансфузиол. – 2020. – №2. – С. 138-153.
6. Павлова О.Ю., Серова Н.С., Скобелева Ю.О. и др. Компьютерная томография при сочетанной огнестрельной травме лицевого скелета // REJR. – 2020. – №2. – Р. 223-237.
7. Huang W., Wang T.B., Zhang P. et al. Characteristics and perioperative management of hemophilia patients with fractures // Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. – 2015. – Vol. 47, №2. – С. 281-284.
8. Lidón-Moyano C., Wiebe D., Gruenewald P. et al. Associations between self-harm and chronic disease among adolescents: Cohort study using statewide emergency department data // J. Adolesc. – 2019. – №3. – P. 132-140.
9. Natri A.L., Gurney B. Current concepts in midface fracture management // Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2016. – №4. – P. 368-375.
10. Tewari N., Mathur V.P., Sardana D., Bansal K. Lesch-Nyhan syndrome: The saga of metabolic abnormalities and self-injurious behavior // Intractable Rare Dis. Res. – 2017. – Vol. 6, №1. – С. 65-68.

Maqsad: kraniofasiyal shikastlanishlarning paydo bo'lish chastotasini o'rganish va ularning paydo bo'lish sabablarini tahlil qilish. **Material va usullar:** 2016-2017 yillar davomida davolangan 5412 bemorning ma'lumotlari tahlil qilindi, shundan 3918 (72,4%)

erkaklar, 1494 (27,6%) ayollar, o'rtacha yoshi 20-70 yoshda. 1-guruh - 5021 (92,7%) kraniofasiyal shikastlanmagan bemorlar, 2-guruh - 391 (7,3%) kraniofasiyal shikastlangan bemorlar. **Natijalar:** bemorlarning 30,1 foizida qon ketish bor, 3,1 foiz yumshoq to'qimalardan, 13,7 foiz suyak jarohatlaridan qon ketishgan. 7,2 foizida miya kontuziyasi bo'lgan, 39,1 foizida miya chayqalishi bo'lgan. **Xulosa:** Ushbu bemorlarda miyaning shikastlanishini davolash bir vaqtning o'zida bir nechta mutaxassislarining ishtirokini talab qiladi.

Kalit so'zlar: miya, birgalikda shikastlanish, birinchi yordam.

Цель: изучение частоты встречаемости черепно-лицевых травм и анализ причин их возникновения. **Материал и методы:** проанализированы данные 5412 больных, получавших лечение в течение 2016-2017 гг., из них 3918 (72,4%) мужчин, 1494 (27,6%) женщины, средней возраст 20-70 лет. 1-я группа – 5021 (92,7%) больной без краниофациальных травм, 2-я группа – 391 (7,3%) больной с краниофациальными травмами. **Результаты:** У 30,1% больных отмечалось носовое кровотечение, у

3,1% кровотечение из мягких тканей, у 13,7% кровотечение из костной раны. У 7,2% был ушиб головного мозга, у 39,1% сотрясение головного мозга. **Выводы:** лечение повреждения головного мозга у этих больных требует участия нескольких специалистов одновременно.

Ключевые слова: головной мозг, сочетанная травма, первая медицинская помощь.

Objective: Study of the frequency of occurrence of craniofacial injuries and analysis of the causes of their occurrence. **Material and methods:** Data of 5412 patients who received treatment during 2016-2017 were analyzed, of which 3918 (72.4%) were men, 1494 (27.6%) were women, with an average age of 20-70 years. 1st group – 5021 (92.7%) patients without craniofacial injuries, 2nd group – 391 (7.3%) patients with craniofacial injuries. **Results:** 30.1% of patients had epistaxis, 3.1% bleeding from soft tissues, 13.7% bleeding from a bone wound. 7.2% had a brain contusion, 39.1% had a concussion. **Conclusions:** Treatment of brain damage in these patients requires the participation of several specialists at the same time.

Key words: brain, concomitant injury, first aid.

Проблемы смежных дисциплин

УДК: 616-053.31.-07:575.1

СИНДРОМ МЕЙЕР-ШВИККЕРАТА – ГРЮТЕРИХСА – ВЕЙЕРСА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)



Курьязова З.Х., Янгиева Н.Р., Джамалова Ш.А., Хикматов М.Н.
Ташкентский государственный стоматологический институт

Синдром Мейер-Швиккерата – Грютерихса – Вейерса (синдром окуло-дентодигитальной дисплазии) – редко встречающееся диспластическое расстройство развития с поражением глаз, зубов, волос и выступающих частей конечностей. Относится к синдромам черепно-нижнечелюстно-лицевой дисморфии, синдромам дуги нижней челюсти и глазо-пальцевым синдромам.

В 1974 г. немецкий офтальмолог Gerhard Meyer-Schwickerath, E. Gruterich и немецкий педиатр Н. Weyers детально описали заболевание со следующими проявлениями: узкий тонкий нос с прямой ровной спинкой, очень короткими носовыми крыльями, так что ноздри открывались кнаружи и кпереди.

Этиология и патогенез синдрома. Эктодермальная дисплазия, развивающаяся в результате поражения центров дифференциации. В экспериментах Р. Hertwig на мышах, подвергнутых рентгеновским мутациям, последние проявлялись параллельными изменениями глаз, волос и зубов.

Изменения стороны глаз: двусторонняя микрофтальмия, аномалии радужки, врожденная глаукома, гипертелоризм, эпикант. Реже

встречаются узкие глазные щели, птоз, помутнение роговицы, врожденная катаракта, гипоплазия переднего листка радужки в виде тонкой пористой пластинки без крипт и лакун. В области зрачка – остатки персистирующей пупиллярной мембраны.

Со стороны зубов: эмалевая дисплазия с коричневой окраской зубов, наряду с микродентией и олигодентией. Иногда наблюдается микроцефалия, расщелина губы и неба.

Аномалии в строении пальцев: сводились к удлинению кожного покрова между пальцами, камподактилии мизинцев, гипоплазии или полному отсутствию средних фаланг у нескольких или всех пальцев.

Кожа сухая. Волосы редкие, сухие, тонкие, растут медленно. Психомоторное развитие нормальное.

В возникновении и развитии оптико-одонтодигитальных дисплазий приписывают одинаковую роль различным эндогенным воздействиям и генетическому фактору.

Единственный метод диагностики синдрома Мейер-Швиккерата, выявляющим значительные изменения – электроэнцефалограмма (ЭЭГ), на