

hisobga olgan holda, plastinka va vintlarni mahkamlash uchun maqbul joy aniqlandi. **Natijalar:** fiksatsiya o'zining ijobiy fazilatlarini bilan bir qatorda mutaxassislarga yaxshi ma'lum bo'lgan kamchiliklarga ega: periodontal to'qimalarga zarar etkazish; uzoq muddatli ovqatlanish buzilishi tufayli bemorda oshqozon-ichak kasalliklarining kuchayishi; og'iz gigienasini buzish; bemorning kokteyl faoliyati tiklanishi uchun uzoq vaqt talab etiladi. **Xulosa:** pastki jag' suyagi sinishlarini qavssiz davolash bemorga zarur qulaylikni ta'minlaydi.

**Kalit so'zlar:** osteosintez, sinish, pastki jag' suyagi, 3D modellash, titan miniplate, mini vida, davolash.

**Objective:** To improve the treatment of mandibular fractures using imported Uzbek-made miniplates. **Material and methods:** The study was carried out in 2 stages. At the first stage of the experiment, a miniplate of Uzbek production was

attached to the lower jaw of 10 rabbits and its toxicomorphological effect on the body was studied. At the 2nd stage, 61 patients (control group) received traditional treatment. In 68 patients (main group), before surgery, using 3D modeling, the optimal place for fixing the plate and screws was determined, taking into account the biomechanics of the lower jaw. **Results:** Fixation has its positive qualities, as well as disadvantages, which are well known to specialists: damage to periodontal tissues; exacerbation of gastrointestinal diseases in a patient due to long-term eating disorders; violation of oral hygiene; the patient's cocktail activity takes a long time to recover. **Conclusions:** The treatment of mandibular fractures without braces provides the patient with the necessary comfort.

**Key words:** osteosynthesis, fracture, mandibular bone, 3D modeling, titanium miniplate, miniscrew, treatment.

УДК: 616.716.4-001.5-037-07-08

## ЮЗ СУЯКЛАРИНИНГ ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАРИДА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ



Боймуратов Ш.А., Каримбердиев Б.И.

Тошкент тиббиёт академияси

**Долзарблиги.** Юз-жағ соҳаси қўшма жароҳатларида калла суяклари, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг биргаликда шикастланишлари тўғрисида шифохоналар жонлантириш бўлимларида йилдан йилга беморлар сони ошиб бораётганлиги амалиётда кузатишмоқда. Даволаниш жараёнларида эса бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини шикастланиш ҳолатларини барвақт ташхислаб, асосланган даволаш тадбирларини ўз вақтида ўтказилмаганлиги сабабли иккиламчи ўта оғир асоратлар вужудга келиши кузатишмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра қўшма сабабли беморлар ўлими саратон ва юрак -қон томир тизими касалликларидан кейинги учинчи ўринда туради.

Юқори нафас йўллари жумладан бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари деворларини қоплаган шиллик қаватлар деярли бир бутун физиологик фаолиятда бўлади. Қўшма

шикастланишларида эса бу тизим функциясини бузилиши кузатилади. Буни шундай ифодалаш мумкин шиллик қаватлар сатҳини қоплаган киприкли эпителий фаоллигининг заифланиши шилимшиқ ажралмаларни таркибини ўзгариши аъзодаги ўз- ўзини тозалаш яни эвакуацияни жараёнини издан чиқишига олиб келади. Бу эса касалликнинг асоратланишларини илк ривожланиш босқичлари пайдо бўлишини билдиради.

**Тадқиқот мақсади:** Юз суякларининг қўшма жароҳатлари бор беморларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатларини эрта ташхислаш.

**Материал ва текшириш усуллари.** Бизни кузатувимиз остида 84 нафар юз суякларини қўшма жароҳати ва бурун ёндош бўшлиқларини жароҳати бўлган беморлар бўлди. Улардан 58 нафарини эркалар, қолган 26 нафарини эса аёллар ташкил қилди. Беморларни ёши 20-62 ёш оралиғида бўлди. Барча беморлар жароҳат

олгандан сўнг 1 сутка ичида шифохонага ётқизилган, беморларга жароҳатдан сўнг тез тиббий ёрдам кўрсатилган ва шифохонада кўрсатма бўйича ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатилган, беморлар травматология, оториноларингология ва юз –жағ жароҳлиги бўлимларида даволанишди. Беморларга клиник лаборатор текшириш усуллари бажарилди. Бурун ёндош бўлиқларини эрта ташхислаш мақсадида уларга Мултиспирал компьютер-томография (МСКТ), бурун ёндош бўшлиқларини тўғри проекциясида рентген сурати, ортопантомография усуллари қўлланилди. Текширувда бўлган беморларни биз 2 гуруҳ бўлдик:

1-гуруҳни 38 нафар бемор ташкил қилди, ушбу беморларда калла суяқларини краниофациал жароҳатлари бўлган беморлар ташкил қилди.

2-гуруҳни 46 нафар юз суяқларини қўшма фациал жароҳатлари бўлган беморлар ташкил қилди.

**Олинган натижалар ва уларни таҳлили.** Олинган натижаларни таҳлили шуни кўрсатдики, 1 гуруҳ беморларида краниофациал жароҳатлари мавжуд бўлиб, уларда калла суягини турли жароҳатлари бўлганлиги сабабли, уларда бош миянинг турли хил шикастланишларининг клиник белгилари номоён бўлди. 1 –гуруҳ беморларидан 12 (31,5%) нафари оғир аҳволда хушсиз бўлганлиги учун уларда нур ташхиси усуллари қўллашни иложи бўлмади, уларга клиник ташхис қўйилди. Беморларни 14 (36,2%) нафарига ортопантомограмма, 8 нафарига (21%) МСКТ, қолган 4 нафари (10,5%) га эса бурун ёндош бўлиқларини тўғри проекцияда рентген сурати қилинди.

Биринчи гуруҳ беморларни 28 нафари (73,2%)да юқори жағ бўшлиғи деворларини зараланганлиги, ва унда гематома борлиги аниқланди. 6 нафар (15%)да пешона бўшлиғи деворларини синиши, 4 нафар (10,5%) беморларда эса бошқа бўлиқлар (асосий ва ғалквирсимон)нинг жароҳати кузатилди.

Ушбу беморларни 10% бош миянинг оғир даражадаги лат ейиши, 25% беморларда бош миянинг ўрта даражадаги лат ейиши, қолган 65% беморларда эса бош миянинг энгил даражадаги чайқалиши кузатилди. 4 нафар бемор (10,5%) хушсиз кома ҳолатида, 8 нафар бемор (21%) сопор ҳолатида бўлди. Қолган 26 нафар беморлар (68,5%) хушида бўлди. Жароҳатдан кейин беморларни 20 нафари (51%) да бурундан қон кетиши, 1 нафар беморда эса носоликворрея диагностика қилинган. Биринчи гуруҳ беморларни барчасига (100%) бирламчи тез тиббийт ёрдам

кўрсатилган. Шундан беморларга қон тўхтатиш, шокка қарши терапия, артериал қон болсимини мутадиллаштириш, ва симптоматик даво чоралари ўтказилган. Ушбу гуруҳни 22 нафар (58%) беморларга бурун суяқлари репозицияси, 12 нафар беморга (31,5%), ёнок суяқларини репозицияси, 4 нафар беморга (10,5%) кўз косаси пастки девор репозицияси операцияси ўтказилди.

2 гуруҳ беморларида фациал жароҳатлар мавжуд бўлиб, ушбу гуруҳда юз суяқларини турли жароҳатлар учради. Ушбу гуруҳ беморларда калла суяги жароҳатлари учрамади, лекин бош миянинг турли хил шикастланишларининг клиник белгилари номоён аниқланди. 2 –гуруҳ беморлар орасида хушсиз бўлганлари аниқланмади, уларни барчаси ўрта ва энгил оғирликда эди. Ушбу гуруҳ беморларини 24 (52,3%) нафарига ортопантомограмма, 19 нафарига (46,2%) МСКТ, қолган 3 нафари (1%) га эса бурун ёндош бўлиқларини тўғри проекцияда рентген сурати қилинди.

Иккинчи гуруҳ беморларни 32 нафари (69,5%)да юқори жағ бўшлиғи деворларини зараланганлиги, ва унда гематома борлиги аниқланди. 12 нафар (26,5%)да пешона бўшлиғи деворларини синиши, 2 нафар (0,5%) беморларда эса бошқа бўлиқлар (асосий ва ғалквирсимон)нинг жароҳати кузатилди. Ушбу беморларни 39% бош миянинг энгил даражадаги зарарланиши, қолган 61% беморларда эса бош миянинг энгил даражадаги чайқалиши кузатилди. Иккинчи гуруҳ беморларни барчасига (100%) бирламчи тез тиббийт ёрдам кўрсатилган. Шундан беморларга қон тўхтатиш, шокка қарши терапия, артериал қон болсимини мутадиллаштириш, ва симптоматик даво чоралари ўтказилган. Ушбу гуруҳни 36 нафар (82,4%) беморларга бурун суяқлари репозицияси, 8 нафар беморга (17,5%), ёнок суяқларини репозицияси, 2 нафар беморга (0,5%) кўз косаси пастки девор репозицияси операцияси ўтказилди.

**Хулоса қилиб,** шуни таъкидлаш жоизки, юз суяқларини қўшма жароҳатларида бурун ёндош бўлиғининг турли хил синишлари кузатилади. Натижалар таҳлилига кўра биринчи гуруҳда яъни краниофациал жароҳатларда 58% беморларга бурун суяқларининг синишлари, ва юқори жағ бўшлиғи деворларининг синишлари, 31,5% беморларда эса ёнок суяқларини синишлари, 10,5% беморда эса кўз косаси пастки деворининг синиши кузатилган. Иккинчи гуруҳни 82,4% беморларида бурун суяқлари синишлари, 17,5% беморда эса ёнок суяқларини синишлари, 0,5%

беморларда эса кўз косаси пастки деворини синишлари кузатилди. Бурун ёндош бўшлиқларини синишларини эрта ташхислаш учун энг самарали усуллардан МСКТ, ортопантограмма ҳисобланади. Ушбу текшириш усулларини қўллаш синишни характерини аниқлаш ва асоартларни оодини олишга хизмат қилади.

#### **Адабиётлар руйхати**

1. 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.

2. Багненко С. Ф. Дорожно-транспортный травматизм как медико-социальная проблема // Скорая медицинская помощь. - 2007. - Том 8, №1. - С. 5-11.

3. 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.

4. Боймурадов Ш.А. К вопросу диагностики посттравматическими дефектами и деформациями носа // Stomatologiya.-Ташкент,2009.-№1-2.-С.61-63.

5. 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.

6. Буланова Т. В., Садовский И. М. К вопросу о диагностике множественных травм головы // I международной конференции, посвящённой 10-летию Академии медико-технических наук РФ. - Ереван, 2003. – 64 с.

7. Бутров А. В., Галенко С. В. Комбинированные гипертонические растворы в интенсивной терапии критических состояний // Новости анестезиологии и реаниматологии. – 2007. – №1. – С. 57-60.

8. 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.

9. Гандылян К.С. и др. Механизмы адаптации у больных с сочетанной черепно-лицевой травмой // Кубанский научный медицинский вестник. –2014.- №6.-С. 61 - 65.

10. Елисеева Е.В. и др. Адаптация больных, перенесших черепно-лицевую травму //

Медицинский вестник Северного Кавказа.- 2014.- №4.-С.13-17.

11. 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.

12. 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.

13. Waydhas C., Seekamp A., Sturm J. A. The trauma surgeon's role in intensive care // Chirurg. - 2006. - Vol. 77, №8. - P. 682-686.

14. 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.

15. 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.

**Резюмеси.** Юз-жағ соҳаси қўшма жароҳатларида калла суяклари, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг биргаликда шикастланишлари туфайли шифохоналар жонлантириш бўлимларида йилдан йилга беморлар сони ошиб бораётганлиги амалиётда кузатилмоқда. Даволаниш жараёнларида эса бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини шикастланиш ҳолатларини барвақт ташхислаб, асосланган даволаш тадбирларини ўз вақтида ўтказилмаганлиги сабабли иккиламчи ўта оғир асоратлар вужудга келиши кузатилмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра қўшма сабабли беморлар ўлими саратон ва юрак -қон томир тизими касалликларидан кейинги учинчи ўринда туради.

Юқори нафас йўллари жумладан бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари деворларини қоплаган шиллик қаватлар деярли бир бутун физиологик фаолиятда бўлади. Қўшма шикасланишларида эса бу тизим функциясини бузилиши кузатилади. Буни шундай ифодалаш мумкин шиллик қаватлар сатҳини қоплаган киприкли эпителий фаоллигининг заифланиши шилимшиқ ажралмаларни таркибини ўзгариши аъзодаги ўз- ўзини тозалаш яни эвакуацияни жараёнини издан чиқишига олиб келади. Бу эса касалликнинг асоратланишларини илк ривожланиш босқичлари пайдо бўлишини билдиради.

**Резюме.** На практике наблюдается рост числа пациентов в реанимационных отделениях больниц из года в год травм черепа, травм носа и околоносовых пазух при сочетанных травмах костей лицевого скелета. В процессе лечения наблюдаются вторичные и тяжелые осложнения из-за отсутствия своевременного ранней диагностики травм и лечения травм носа и околоносовых пазух. По данным Всемирной организации здравоохранения, совместная смертность является третьей по значимости причиной смерти после рака и сердечно-сосудистых заболеваний.

Слизистые оболочки, выстилающие стенки носовой полости и околоносовых пазух, включая верхние дыхательные пути, участвуют почти во всей физиологической деятельности. Однако при сочетанных травмах наблюдается дисфункция этой системы. Это может выражаться в ослаблении активности мерцательного эпителия, покрывающего поверхность слизистых оболочек, изменение состава слизистых выделений приводит к нарушению процесса самоочищения, т.е. эвакуации в органе. Это означает, что появляются первые стадии развития осложнений заболевания.

**Summary.** In practice, there has been an increase in the number of patients in intensive care units of hospitals from year to year for cranial injuries, injuries to the nose and paranasal sinuses with combined injuries of the bones of the facial skeleton. In the course of treatment, secondary and severe complications are observed due to the lack of timely early diagnosis of injuries and treatment of injuries to the nose and paranasal sinuses. Comorbidity is the third leading cause of death after cancer and cardiovascular disease, according to the World Health Organization.

The mucous membranes lining the walls of the nasal cavity and paranasal sinuses, including the upper respiratory tract, are involved in almost all physiological activity. However, with concomitant injuries, dysfunction of this system is observed. This can be expressed in a weakening of the activity of the ciliated epithelium covering the surface of the mucous membranes, a change in the composition of mucous secretions leads to a disruption of the self-cleaning process, i.e. evacuation in the body. This means that the first stages of the development of complications of the disease appear.

## ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ



*Хасанова Л.Р.*

*АНО ДПО «Башкирский медицинский институт», Уфа (Россия)*

Новые технологии в стоматологии в настоящее время позволяют на качественно новом уровне подойти к проблеме ортопедического лечения полной и частичной адентии. Благодаря внедрению в клиническую практику дентальной имплантации расширяются показания к несъемному зубному протезированию.

Успех дентальной имплантации во многом зависит от правильного выбора дизайна имплантата и точности определения плотности костной ткани в области предстоящей

операции. Точное определение плотности костной ткани возможно только при использовании цифровых дентальных рентгеновских аппаратов. При этом благодаря встроенной программе легким движением мышки компьютера проводится линия в исследуемой области, и на мониторе появляется график-денситограмма, на котором четко видна плотность костной ткани в виде плотностного профиля по длине всей проведенной линии (рис. 1).