



36

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТРАВМАТИЧЕСКИХ
ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

39

СПОСОБ ПЛАСТИКА УГЛА РТА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО
УДАЛЕНИЯ РЕЦИДИВА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ

46

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КАРИЕСА
У ДЕТЕЙ НА ОСНОВЕ АЛГОРИТМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ

Азимов М.И., Шомуродов К.Э., Мирхусанова Р.С. Сравнительная оценка анатомо-функционального состояния мягкого неба и язычка после пластики врожденной расщелины неба	
В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ	
Алимов А.С., Шамсиев Ф.Х., Алимов А.А. Кучли ўқчиқ рефлeksi бор беморларга сифатли стоматологик ёрдам кўрсатиш муаммолари	
ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	
Ганиев А.А., Эгамбердиев С.К., Жилонов А.А. Комплексное лечение местнораспространенного рака гортаноглотки	
Алявия О.Т., Нишанова А.А., Гулямова С.П. Функциональная система, обеспечивающая процессы пищеварения в ротовой полости	
ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ	
Бекжанова О.Е., Астанакулова М.М. Клинико-эпидемиологическая характеристика эксфолиативного хейлита	
Бобамуратова Д.Т., Боймуродов Ш.А., Нишанов Ж.Х. Возможности использования современных методов оценки нутритивного статуса у больных с переломами челюсти	
Бобамуратова Д.Т., Боймуродов Ш.А., Гафуров З.А. Питание больных с переломом челюсти	
ЮБИЛЕИ	
Ташкилотчи, олим, педагог ва инсон Мухамедов Иламон Мухамедович 75 ёшда	
С. Рузуддинов, К.Д. Алтынбеков, М.К. Шаяхметова, Б.Ж. Нысанова, Э.И. Султанова, Н.С. Рузуддинов В.Ю. Курляндский — великий ученый, большой педагог, отличный клиницист. (к 110-летию со дня рождения)	
Йулдашханова Озодахон Сотивдиевна (70-летний юбилей)	

Azimov M.I., Shomurodov K.E., Mirkhusanova R.S. Comparative evaluation of the anatomical and functional state of the soft palate and tongue after plasty of congenital cleft palate	50
TO AID OF PRACTITIONERS	
Alimov A.S., Shamsiev F.X., Alimov A.A. Problems with good dental care in patients with severe acne reflex.	52
PROBLEMS OF RELATED SPECIALITES	
Ganiev A.A., Egamberdiev S.K., Jilonov A.A. Complex treatment of locally advanced cancer of the laryngopharynx.	55
Alavie O. T., Nishanova A.A., Gulyamova S.P. Functional system that provides the processes of digestion in the oral cavity.	60
REVIEWS	
Bekjanova O.E., Astanakulova M.M. Clinic-epidemiological characteristics of exfoliative cheilitis.	64
Bobamuratova D.T., Boimurodov Sh.A. The possibility of using modern methods to assess the nutritional status of patients with jaw fractures. a review of the literature.	68
Bobamuratova D.T., Boimurodov Sh.A., Gafurov Z.A. Nutrition of patients with the jaw fractures. review of literature.	76
ANNIVERSARIES	
Organizer, scientist, pedagogue and human Mukhamedov Ilamon Mukhamedovich is 75 years old.	83
S. Razutdinov, K. D. Altynbekov, M. K. Shayakhmetova, B. J. Nysanova, E.I. Sultanova, N.S. Ruzutdinov V.Y. Kurl'yandsky — great scientist, supreme teacher, perfect Clinician (110th anniversary of birth).	84
Yuldashkhanova Ozodahon Sotivdievna (70th anniversary).	88

УДК: 616.315-007.254

ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ ЧЕЛЮСТИ (обзор литературы)



**Бобамуратова Д.Т.1,
Боймуратов Ш.А.1,
Гафуров З.А.2**

*1Ташкентская медицинская академия
2Ташкентский государственный стоматологический институт*

Annotation

In the recent year the number of injuries with maxillofacial trauma has significantly increased in all countries of the world is. Despite the continuous improvement of the treatment methods of jaw fractures, the periods of immobilization and temporary disability are not reduced, and the incidence of inflammatory complications remains high, which significantly worsens the outcome of trauma. At the same time, little attention is paid to nutritional insufficiency of patients, which is the cause of decreased immunity, a weakening of the body's defenses, an increased risk of complications, prolonged healing of wounds and bones and other changes.

This review article examines the studies conducted on the nutrition of patients with the jaw fractures and gives brief information about main points of this researches.

Key words: maxillofacial trauma, mandibular fracture, jaw fracture, nutrition, feeding, diet, nutritional assessment, nutritional status, intermaxillar fixation, orthognathic surgery

Хулоса

Йилдан йилга дунё микёсида юз жағ жарохатлари сони сезиларли ортиб бормокда. Бу соҳада бир қанча янги даволаш усуллари ва воситалари фанга тадбиқ этилаётган бўлсада, асоратлар сони ортмоқда, вақтинчалик иш қобилятининг йўқотилиш ва имобилизация муддатларида қисқаришлар кузатилмади. Жағ синишлари

бўлган беморлар даволаш жараёнида кузатиладиган озуқа танқислиги организмда иммун кўрсаткичларнинг пасайиши, химоя реакцияларининг заифлашиши, асоратланишга мойиллик, жарохатнинг секин битиши каби салбий оқибатларга сабаб бўлади.

Ушбу мақолада бундай беморларнинг трофологик ҳолати ёки овқатланиши билан боғлиқ илмий ишлар мазмунини қисқача келтириб ўтилган.

По данным отечественных и зарубежных авторов, при челюстно-лицевых травмах переломы нижней челюсти встречаются в 70-85% случаев [17, 24, 38, 39]. Для лечения этого контингента пострадавших используется значительное количество методов и средств, однако количество инфекционно-воспалительных процессов в посттравматическом периоде, которые значительно ухудшают результаты лечения, не имеет тенденции к снижению [39].

В последнее время многие авторы отмечают не только рост осложнений, но и утяжеление течения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области (ЧЛО). Возросло количество случаев, протекающих молниеносно, с выраженной интоксикацией, склонностью к распространению и хронизации, снижением резистентности организма и увеличением вирулентности возбудителей гнойно-воспалительных процессов. Нарушение питания, прием антибиотиков, стрессовая ситуация при травмах ЧЛО в совокупности с воздействием других неблагоприятных факторов внешней среды приводят к снижению общего и местного иммунитета, нарушениям обмена веществ у большинства больных [6, 14, 17, 18, 24, 37, 39].

Для лечебной иммобилизации отломков челюстей применяют консервативные и хирургические методы [40]. Использование титановых минипластин обеспечивает прочное скрепление отломков, что позволяет применять данный метод без дополнительного использования ортопедических методов. Основными недостатками открытого очагового остеосинтеза являются необходимость отслойки надкостницы, которая является важным источником кровоснабжения челюстей, а также проведение операции под общим обезболиванием, что требует предоперационной подготовки различной продолжительности [39].

Из консервативных методов в настоящее время наиболее широко используются назубные двухчелюстные шины. Назубные шины доступны и просты в изготовлении, однако они имеют существенные недостатки: ухудшают условия по уходу за зубами и полостью рта, затрудняют питание больного [1, 7, 38].

Межчелюстная фиксация влияет на качество диеты и ставит под угрозу способность питания больного в течение длительного периода – пока челюсти зафиксированы. Метод является постоянным стрессом для больного, так как затрудняет речь и жевание. Снижение потребления энергии вызывает потерю массы тела при последующих изменениях в составе тела и мышцах. Во многих странах, несмотря на недостатки, межчелюстная фиксация считается абсолютным методом иммоби-

лизации [7].

Тем не менее, больные, которые подверглись ортогнатической хирургии, также получают травму костей и, как правило, не могут нормально питаться в течение 6-8 недель. Нужно отметить, что в течение этого периода важно соблюдать все требования к питанию, иначе вследствие дефицита макро- и микронутриентов, дегидратации могут развиваться нежелательные осложнения [6, 7].

Варианты поддержки орального питания или диеты должны удовлетворять потребности больных, учитывая посттравматический катаболизм, блокирование функции жевания и недостаточность функции желудочно-кишечного тракта [5, 17, 21, 24]. Как показывают наблюдения, при травме лица и челюстей, особенности проникающей в полость рта, заметно снижается аппетит, извращается вкус, вполне естественной является и болезненность процедуры приема пищи. Все это в совокупности нередко становится причиной того, что больные отказываются от приёма пищи или резко ограничивают себя в еде [24]. При длительном отсутствии питания (при парентеральном питании) развивается гипоксическое повреждение слизистого желудочно-кишечного тракта. Эти больные имеют кишечную недостаточность, как правило, развивается мальабсорбция из-за снижения поступления пищи, хотя именно в этом период потребность в питательных веществах увеличивается. Следовательно, можно с уверенностью сказать, что больные с переломами челюстно-лицевой области, несомненно, нуждаются во временной поддержке питания [2,9,14,21,24].

Целью нашего обзора является анализ исследований, посвященных особенностям питания больных с переломами челюстей.

В результате изучения литературы были отобраны больные с межчелюстной фиксацией. Это касалось также и пациентов после ортогнатической хирургии, потому что общие и местные особенности сходны с таковыми у больных с переломами челюсти, у которых иммобилизация продолжается в течение месяца. Статьи были идентифицированы с помощью компьютеризированной поисковой системы PubMed, Elsevier, Cochrane Central, Google scholar, Google search, ResearchGate, Ebsco Host, dissercat.com и других возможных сайтах с ключевыми словами: maxillofacial trauma, mandibular fracture, jaw fracture, nutrition, feeding, diet, nutritional assessment, nutritional status, intermaxillar fixation, orthognathic surgery и в разных комбинациях этих слов на русском и английском языках. Учитывали также соответствующие библиографические списки. Рандомизированные контролируемые испытания, результаты мета-анализов, перспективных клинических исследований были отобраны на основе их значимости.

Результаты и обсуждение

Проанализированы работы по оценке недостаточности питания при лечении травмы ЧЛЮ. В обзоре было

выявлено 27 исследований, в которых освещались или нутритивный статус, или эффективность использования оральных питательных веществ у больных с травмой челюсти. В исследованиях, проанализированных в этом обзоре, оценивался нутритивный статус или воздействие пероральных питательных веществ как у больных с переломами челюстей, так и у пациентов после ортогнатической хирургии (табл.). В исследованиях использованы для оценки нутритивного статуса и риска для питания одни и те же или аналогичные определения, однако критерии включения были разные. 15 исследований были в форме абстракта, 10 журнальных статей и 2 автореферата.

В 12 исследованиях изучен трофологический статус и выявлена нутритивная недостаточность у больных с переломами челюстей в динамике лечения, которые не получали специфические питательные вещества. Принцип конечной точки в этих исследованиях были весовые и антропометрические изменения во время иммобилизации или биохимические показатели крови [1, 3, 7, 10-12, 16, 25, 27, 29, 30, 33].

Сбалансированное питание, содержащее оптимальное количество килокалорий и необходимых нутриентов, важно для больных с повреждением костей для профилактики осложнений, поддержки заживления и здоровья. Для коррекции нутритивной недостаточности этих больных предложена гиперкалорийная и обогащенная диета [6, 9, 20-22, 24, 26, 35]. У больных с шинированием потребности регулировались специалистом-диетологом. Диетические рекомендации способствуют улучшению потребления путем изменения приема пищи (например, обогащение пищевых продуктов, адаптации режима питания). В некоторых исследованиях изучено повышенное потребление энергии и/или белка, в результате чего эффективность лечения была выше, чем у лиц контрольной группы [6, 9, 20-22, 26, 35].

Ряд авторов оценивали влияние запатентованных дополнений в виде сухих и жидких питательных смесей, биологически активных добавок, которые использовались в качестве нутритивной поддержки у пациентов с травмами ЧЛЮ. Цель пищевых – обеспечение сбалансированности энергии, белков, витаминов и микроэлементов, в результате чего значительно улучшались клинические исходы больных с травмой ЧЛЮ. Применение биологически активных добавок оказалось более эффективным, чем стандартный уход [2, 8, 15, 17, 18, 23, 28, 32].

Многие исследователи отмечают, что больные получали поддержку самым простым способом: у них использовали добавки к кормлению или энтеральные трубки. El-Khatib и соавт. сравнивали результат зондового кормления и орального питания. Проанализировав сроки госпитализации и частоту осложнений, авторы обнаруживали преимущества обычного вида питания у 111 больных с переломом челюсти после остеосинтеза [13].

Таблица. Анализ данных литературы

Автор	Год	Пациенты
Christiansen B.	2016	446 больных с переломом челюсти
Ono S., Ishimaru M. et al.	2016	309 больных с открытым переломом нижней челюсти
Бобамуратова Д.Т, Боймуратов Ш.А.	2016	46 больных с переломом челюсти
Yazdani J., Hajizadeh S. et al.	2015	60 больных с интермаксилляр. фиксацией
Kayani S.G., Ahmed W. et al.	2015	-
Малычлы Л.А., Ивченко А.П. и др.	2015	48 больных осн. Гр. с переломом нижней челюсти, 44 больных контр. гр.
Kuvat S.V., Güven E. et al.	2010	30 ортодонтических больных
Mekkawy M.M. et al.	2010	60 больных с переломом челюсти
Giacobbo J. et al.	2009	3 больных после ортогнатической хирургии
Терза Н. В.	2008	69 больных с переломом нижней челюсти+69 больных с воспалительными заболеваниями ЧЛО
Тельных Р.Ю.	2008	100 больных с открытыми травматическими переломами нижней челюсти: 40 больных с трад. схемой ведения; 60 больных +БАД
Elamin N.	2006	30 больных с шинированием
El Khatib K., Gradel J.	2005	111 больных с переломом нижней челюсти
Райхер Т.Е.	2002	134 больных с переломом челюсти (66+68)
Manus R. et al.	2000	93 больных с переломом челюсти
Worrall S.F.	1994	22 больных: 18 – с переломом челюсти, 4 – ортогнатическая хирургия
Califano L. et al.	1992	12 больных с травмой ЧЛО, 12 больных с новообразованием ЧЛО
Saber S.K.	1991	-
Cawood	1985	100 больных с переломом челюсти
Olejko T.D., Fonseca R.J.	1984	ортогнатическая хирургия
Harju E., Pernu H.	1984	13 больных с ортогнатической хирургии
Kendell B.D., Fonseca R.J., Lee M.	1982	24 - больных (12+12) с ортогнатической хирургией
Руденко А.Т.	1982	65 больных
Lange H., Podlesch I.	1981	40 больных
Martin Ritzau	1975	33 больных
Byrne J.	1970	-
Smith J.	1965	-
Califano L. et al.	1992	12 больных с травмой ЧЛО, 12 больных с новообразованием ЧЛО