

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДУПЛЕКСНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДАЛЬНЕЙШЕЙ ТАКТИКИ ХИРУРГА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.**

**Эшонкулов Ш.Б. Маннонов Ж.Ж.**

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.  
Кафедра: Хирургическая стоматология и дентальная имплантология.  
shuxrat\_b\_eshonkulov@yahoo.com

Актуальность. Воспалительный инфильтрат мягких тканей появляется на одной из ранних стадий острого гнойного лимфаденита, когда наступили значительные гемодинамические сдвиги в микроциркуляторном русле, которые сопровождаются парезом капилляров, гипоксией, ацидозом и предшествуют фазе экссудации. Основная нозологическая форма заболевания в данном случае - лимфаденит или периаденит. Задача врача в данной ситуации - предупреждение развития аденофлегмоны.

Воспалительные заболевания мягких тканей лица и шеи неондонтогенной этиологии в своем клиническом течении имеют отличительные признаки от аналогичных видов поражения других областей тела, что определяется особенностями их анатомического строения и близостью жизненно важных органов. Первой из этих особенностей является наличие густой сети ве-нозных сосудов и лимфатических протоков, что определяет быстроту распространения инфекции из первичного очага воспаления, развитие осложненных форм течения и ее генерализацию.

У новорожденных, особенно недоношенных, и у детей раннего возраста уровень иммунологической реактивности организма низкий, что связано как с морфофункциональной незрелостью составных элементов иммунной системы на молекулярном, клеточном, тканевом и органном уровнях, так и с несовершенством местных и центральных механизмов регуляции и функции.

Центральная нервная система, осуществляющая контроль и регуляцию не только иммунологических процессов, но и всех процессов жизнеобеспечения, у детей характеризуется несбалансированностью процессов возбуждения и торможения. Обмен веществ в целом и деятельность отдельных систем и органов у детей протекают на высоком энергетическом уровне при сниженных резервных возможностях. Около половины воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей - это лимфадениты и аденофлегмоны. Особенно высока заболеваемость лимфаденитами в возрасте до 3-х лет.

Своеобразна клиника острых воспалительных процессов челюстно-лицевой локализации у детей. Несвершенство тканевого барьера обуславливает быстрое распространение инфекционно-воспалительного процесса на новые тканевые структуры, быстрый переход одной нозологической формы заболевания в другую, частое поражение регионарных лимфатических узлов. Однако становление барьерной функции лимфатических узлов, особенно в раннем возрасте, также незаконченно. Часть микробов, бактериальных токсинов и продуктов тканевого распада, всосавшихся из инфекционно-воспалительного очага, минуя лимфатический узел, с током лимфы поступает в сосудистое русло. Это сопровождается развитием общих реакций, которые служат показателями интоксикации организма. Общие реакции зачастую опережают развитие местного

воспалительного процесса и отмечаются даже при таких ограниченных формах одонтогенной инфекции, как острый или обострившийся хронический периодонтит. Нередко общие симптомы выступают на первый план в картине заболевания, что иногда служит причиной диагностических ошибок.

Среди работ, посвященных ультразвуковой диагностике воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области, наибольший интерес, на наш взгляд, представляет исследование Sisley A. C (2005), который выявил 4 стадии развития воспалительного процесса: 1) отёк, 2) инфильтрат, 3) преабсцесс, 4) гипо- и анэхогенный абсцесс. Все эти стадии имеют выраженные различия в эхографической картине и представляют собой переход серозного воспаления (1-я стадия) в гнойное с формированием абсцесса (стадии 2-4). При сравнении данных клинического обследования и сонографическое исследование подчеркивает более высокую чувствительность ультразвукового метода исследования.

Выводы. При распознавании воспалительных процессов лица сонографическое исследование позволяет уточнить локализацию, объём участка поражения и его контуры, осуществить динамическое наблюдение за инфильтратом во время лечения. Кроме того, существует реальная возможность дифференцировать воспалительные изменения от послеоперационного отёка и гематомы. Brinkmann G., Brix F., Beigel A. (1990) полагают, что в определении стадии воспаления в мягких тканях УЗИ имеет большие диагностические возможности чем КТ и МРТ.

Применение сонографии при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области у детей раннего возраста дает возможность определить дальнейшую тактику хирурга.