

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Шомуродов Қ.Э., Икрамов Г.А., Рахманов С.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Основными задачами диагностики воспалительных заболеваний являются: возможно быстрое и точное определение нозологической формы патологического процесса; уточнение его топографии и распространенности; выяснение источника инфицирования как причины развития заболевания; контроль за динамикой заболевания во время лечения пациента. Частота ошибочных направительных диагнозов при одонтогенных воспалительных процессах, а также - при лимфадените составляет 20-50%. Основными причинами такого состояния диагностики являются: свойственная детскому возрасту высокая скорость распространения воспалительного процесса; схожесть и неоднозначность клинических проявлений различных форм острых воспалительных процессов; отсутствие четких клинических граней перехода одной нозологической формы в другую; затруднения в сборе объективного анамнеза и ограниченные возможности физикального обследования больного ребенка. Имеющиеся в специальной отечественной и зарубежной литературе публикации, посвященные эхографической диагностике воспалительных заболеваний слюнных желез и лимфатических узлов шеи, а также - касающиеся эхографического распознавания воспалительных инфильтратов и флегмон клетчаточных пространств лица и шеи, диагностики воспалившихся и нагноившихся кист, выявления периостита, основаны, в большей своей части, на обследовании взрослого контингента больных. Кроме того, они имеют, в основном, пропедевтическое или факультетское, но не госпитальное направление: в них обсуждаются эхографические признаки, свойственные той или иной форме воспаления различных органов и тканей челюстно-лицевой области, но не рассматривается место эхографического исследования и алгоритм его применения в исключительно неоднородной клинической группе больных с острыми воспалительными процессами в мягких тканях лица и шеи. Остается также мало изученным вопрос эхографического контроля динамики воспалительного процесса в мягких тканях лица и шеи у детей, особенно с применением современных эхографических технологий - цветового и энергетического доплеровского картирования кровотока. Вышесказанное побудило провести настоящее исследование, поскольку от точности и оперативности постановки диагноза во многом зависит тактика лечения пациента, решение вопроса о необходимости хирургического вмешательства и прогноз заболевания у ребенка.

Цель исследования: Повышение эффективности диагностики острых лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей на основе использования эхографических исследований.

Задачи исследования: Определить диагностическую эффективность применения эхографического исследования в дифференциальной диагностике серозных и гнойных форм острых воспалительных процессов в мягких тканях лица и шеи у детей

Нами обследовано 40 детей в возрасте от 1 года до 18 лет, проходивших стационарное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии ТГСИ с острыми серозными и гнойными лимфаденитами челюстно-лицевой области.

У 4 из 20 пациентов (20%) с острым серозным лимфаденитом и у 5 из 20 пациентов (25%) с лимфаденитом и периаденитом эхографически удалось проследить переход серозного процесса в гнойный, когда в течение 2-4 дней происходило изменение эхографической картины от проявлений, свойственных острому серозному лимфадениту к проявлениям, свойственным частичному расплавлению лимфатического узла. Воспалительный инфильтрат без признаков гнойного расплавления и без наличия в нем лимфатических узлов был выявлен у 4 детей. Проведенное в день поступления в стационар эхографическое исследование, позволило выявить гнойное поражение у 5 детей. Кроме того, у 7 пациентов за время их пребывания в стационаре серозный лимфаденит перешел в гнойный (у 5 из них динамика прослежена эхографически). То есть, суммарно гнойное воспаление отмечено у 20 детей (50%). По факту выявления гнойного поражения расхождений между данными эхографического исследования и результатами хирургического вмешательства не было. Более того, ультразвуковое исследование позволило выявить фазу частичного гнойного расплавления лимфатического узла - как начальную, но уже необратимую стадию перехода воспаления от серозного процесса к гнойному. Показано, что ультразвуковое исследование высокого разрешения помогает проводить объективную оценку состояния мягких тканей челюстно-лицевой области при основных заболеваниях этой зоны, что адекватно влияет на выбор тактики лечения.

Выводы:

1. При обследовании детей с острыми воспалительными процессами в мягких тканях лица и шеи эхографическое исследование является непременной составляющей диагностического комплекса и проводится в числе первоочередных методов диагностики непосредственно при первичном обследовании пациента, а при необходимости контроля за динамикой заболевания - выполняться каждые 2 - 3 дня.

2. Выявление острого воспалительного поражения лимфатических узлов лица и шеи у детей требует уточнения его характера: острый лимфаденит или обострение хронического, серозный или гнойный лимфаденит, наличие или отсутствие перифокального инфильтрата (периаденита).

Список литературы:

1. Васильева М.А., Надточий А.Г. Возможности эхографии в диагностике заболеваний надподъязычной области у детей // Сб.науч.трудов. "Московскому медицинскому стоматологическому институту - 75 лет". - М., 1997. - С. 44-45.

2. Галиева Э.И., Хафизов А.А. Структурный анализ лимфаденитов челюстно-лицевой области // Материалы Всероссийского симпозиума "Актуальные проблемы стоматологии". - Уфа, 2004. - С. 191.

3. Choi M.Y., Lee J.W., Jang K.J. Distinction between benign and malignant causes of cervical, axillary, and inguinal lymphadenopathy: value of Doppler spectral waveform analysis // Amer. J. Roentgenol. - 1995, Vol. 165, №4. - P. 981-984.

4. Эшонкулов, Ш., & Маннонов, Ж. (2021). Эффективность дуплексной ультразвуковой исследование для определение дальнейшей тактики хирурга при воспалительных заболеваниях мягких тканей лицевой области у детей раннего возраста. in *Library*, 21(1), 114–115. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14277>

5. Дусмухамедов, М., Сапарбаев, М., Икрамов, Ш., & Куранбаева, Д. (2022). Сравнительная характеристика методов депрограммирования жевательных мышц. in *Library*, 22(1), 19–20. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14871>

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

Якубов Р.К., Файзиев Б.Р., Икрамов Г.А., Турдиев Р.П.,
Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Переломы нижней челюсти, представляя важнейшую медицинскую и социальную проблему занимают одно из ведущих мест в структуре детской заболеваемости и инвалидности практически во всех странах. В мире этой проблеме уделяется довольно большое внимание, так как при всех осложненных случаях заканчиваются дефектами и деформациями зубочелюстной системы.

По частоте встречаемости данный вид травмы занимает второе место после воспалительных заболеваний и составляет до 25% среди всех экстренных больных, нуждающихся в стационарном лечении (Семенов М.Г., Васильев А.В., 2018). По данным этих же авторов, среди повреждений костей лицевого скелета до 90% составляют переломы челюстей, из них 95% приходится на переломы нижней челюсти.

По данным ряда авторов (Юлдашев М.И., 2010, Юань И, 2019), переломы нижней челюсти чаще всего возникают в области ее углов (57-65 %) мышечковых отростков (21-24 %), малых коренных зубов и клыков (16-18 %), больших коренных зубов (14-15 %) и наиболее редко — в области резцов. Значительную частоту переломов нижней челюсти можно объяснить превалированием в настоящее время бытовой травмы, при которой удар приходится главным образом в область подбородка и углов нижней челюсти, т. е. в переднезаднем и боковом направлениях. Нижняя челюсть является плоской костью, однако говорить о наличии мест наименьшего сопротивления