

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

отдельных ее участков лишь на основании анатомической структуры, не учитывая направления и места приложения травмирующей силы, нельзя.

Наиболее сложные для диагностики, спорные в выборе метода лечения и многообразные в проявлении посттравматических последствий являются переломы нижней челюсти, составляющие от 25% до 72% случаев всех видов переломов нижней челюсти в детском возрасте (Соззю Л., 2018). Сложность диагностики с переломами нижней челюсти обусловлены не только разнообразной клинико-рентгенологической картиной, но и наличием функциональных нарушений при повреждении в области ВНЧС. Кроме того, отмечаются изменения продольного и поперечного роста нижней челюсти, всегда развивающиеся при этом виде травмы в растущем организме (Ramva J., 2018).

Грубые анатомические и структурные нарушения в суставе, выраженное уменьшение амплитуды движений приводят к нарушению таких жизненно важных функций как дыхание, глотание, жевание и речь. Таким образом, наносится серьезный ущерб растущему организму. Отставание в росте нижней челюсти и неполноценное выполнение функции жевания являются причинами развития вторичных деформаций костей лицевого скелета (Dimitroulis G., 2019).

Ортопантомография является важным рентгенологическим исследованием, дающим многогранную дополнительную информацию, но изображение височно-нижнечелюстного сустава формируется в невыгодной для его анализа косой проекции (а не боковой). Кроме того, имеются возрастные ограничения к выполнению данной методики. Однако, зарубежные исследователи признали высокую информативность компьютерной томографии в диагностике травмы нижней челюсти и рекомендуют ее применение на этапе первичной диагностики (Regev E., 2017).

Ранее проведенные исследования (Якубов Р.К., 2009) у детей с дефектами и деформациями челюстей показали, что переломы нижней челюсти приводят к значительным изменениям функции внутренних органов и систем, которые приводят к ухудшению дисметаболического синдрома исходного состояния организма с вторичным нарушением всех видов обмена, в т.ч. и минерального, что в конечном итоге приводит к задержке физического развития.

Необходимость разработки и усовершенствования методов комплексной диагностики детей с переломами нижней челюсти явилось основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования. Повышение эффективности методов диагностики переломов нижней челюсти у детей.

Задачи исследования:

Разработать алгоритм комплексного обследования переломов нижней челюсти с заболеванием внутренних органов.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели и задач были проанализированы результаты лечения 20 детей с переломами

нижней челюсти. Все дети были разделены на 2 группы: 1 группа - основная - 10 детей, которым применяли традиционный метод диагностики (рентгенологический, ортопантомография), 2 группа - группа сравнения - 9 детей, которым применяли современные методы диагностики (3-D компьютерная томография). Использовались клинические, рентгенологические и функциональные методы исследования (исследование внутренних органов - УЗИ брюшной полости).

Применение современных методов визуализации (компьютерная томография, 3-D мультиспиральная компьютерная томография) и изучение внутренних органов (УЗИ брюшной полости) уменьшить процент ошибок в первичной диагностике переломов нижней челюсти у детей, что в свою очередь, прогнозировало показания к операции, возникновению ранних и поздних, общих и местных осложнений.

Проведение комплексного обследования детей с переломами нижней челюсти позволило всесторонний комплексный подход не только конкретной патологии зубочелюстной системы, но и лечению больного, как единого целого организма

Выводы

1. Основным диагностическим методом при травме нижней челюсти является компьютерная томография, в том числе и 3 ^мультиспиральная компьютерная томография.

2. Основным скрининговым методом переломов нижней челюсти является эхография, определяющая показания к компьютерной томографии

Список литературы

1. Анализ травматизма челюстно-лицевой области по материалам клиники хирургической стоматологии г.Душанбе (1969 1987 гг.) / К.С. Кадыров, С.С. Субханов, В.Т. Баев, В.В. Перекрест // Стоматология. -1990:-«2. -С. 76.

2. Винярский П.М. Профилактика осложнений при лечении переломов нижней челюсти в области ее угла // Республиканский межведомственный сборник стоматологии. -Вып. 25. —Киев.: Здоровье. -1990. -С. 70-72

3. Ростокин Ю.Н., Гунько В.Н., Маслов Н.К. Переломы костей лицевого скелета, современные взгляды на их лечение и профилактику осложнений // Материалы VIII Всесоюзного съезда стоматологов. Ташкент. - 1981. -С. 102-104.

4. Adi M., Oqden G., Chisholm D. Analisis of mandibular fractures in Dundee, Scotland (1977 to 1985) // Br. J. Oral. Maxillofac. Surg. -1990. -Vol. 28, №6.- P. 194-199

5. Суванов К., Нуралиев Н., & Нуралиева Н. (2020). Indicators of bacterial translocation intensity in experimental acute obstacles of thin and thick intestine. *in Library*, 20(1), 894–899. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13978>

6. 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>