

## ОЦЕНКА ДИНАМИКИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ ТЕРМОВИЗИОГРАФА

**Кодиров Камолбек**

**Бобоназаров Н.Х**

*Ташкентский Государственный Стоматологический Институт*

*Ташкент, Узбекистан*

**Аннотация:** переломы нижней челюсти более чем у половины детей сопровождаются черепно-мозговой травмой разной степени выраженности. Именно при переломах нижней челюсти черепно-мозговая травма остается не диагностированной, а ее последствия проявляются в пубертатном возрасте, и причина их остается неустановленной. В последние годы с увеличивающейся безнадзорностью детей, урбанизацией жизни, учащением транспортных и огнестрельных травм переломы нижней челюсти часто сочетаются с тяжелыми травмами челюстно-лицевой области.

**Ключевые слова:** челюсть, переломы, причины, первая медицинская помощь, лечение, термометрия, термометр.

### АКТУАЛЬНОСТЬ

Лечение детей с травматическими повреждениями тканей челюстно-лицевой области является сложной и актуальной проблемой общей травматологии детского возраста. По частоте встречаемости данный вид травмы занимает второе место после воспалительных заболеваний и составляет до 25% среди всех экстренных больных, нуждающихся в стационарном лечении. По данным этих же авторов, среди повреждений костей лицевого скелета до 90% составляют переломы челюстей, из них 95% приходится на переломы нижней челюсти.

Важную роль как в оценке тяжести патологического процесса, так и в плане прогноза играет диагностика. Поскольку раневой процесс является дефектом «минус-ткань», целесообразно использовать бесконтактные объективные методы оценки

Так, по мнению С.В. Бондаренко (2019), целесообразно применять неинвазивные методы мониторинга раневого процесса, к которым относятся импедансометрия и термография. Результаты могут трактоваться в пользу наличия или отсутствия раневых осложнений, а также обеспечивать понимание клеточных процессов регенерации и, следовательно, эффективный уход за пациентами. В свою очередь компьютерная термография эффективна для прогнозирования течения послеоперационного периода и своевременной диагностики раневых осложнений.

Исследование температурных показателей кожи в области поражения проводили до наложения с помощью инфракрасного термометра. Измерение проводили 2 раза в день. затем вычисляли среднее арифметическое значение всех

измерений. Эффективность репаративных процессов оценивали по изменению площади раневой поверхности.

Переломы нижней челюсти у детей отличаются своеобразием клинической картины и трудностью диагностики, что в первую очередь связано с бурной реакцией детей на травму. Дети очень чувствительны к появлению даже незначительной боли, поэтому у них может возникать активное напряжение всего мышечного аппарата челюстно-лицевой области, а иногда и мышц всего тела (так называемая ретракция страха). Кроме того, у детей больше, чем у взрослых выражены адаптационные особенности и отсутствует ряд клинических симптомов, характерных для переломов нижней челюсти у взрослых.

Мягкие ткани лица у детей особенно богаты жировой клетчаткой, кровеносными и лимфатическими сосудами, поэтому переломы челюсти сопровождаются выраженным отеком и гематомами. В связи с этим распознавать переломы проще в первые часы после травмы, пока еще не развился значительный отек тканей.

Переломы нижней челюсти чаще встречаются у мальчиков в возрасте от 7 до 14 лет, т. е. в период сменного прикуса. Степень смещения отломков прямо пропорциональна возрасту ребенка. У подростков в возрасте 14—16 лет отломки смещаются так же, как и у взрослых.

Причины и возникновения переломов нижней челюсти.

Переломы челюстных костей при родах, трудно диагностировать. Данное обстоятельство вызвано скудостью симптомов травматического повреждения, поскольку оно зачастую имеет характер поднадкостничного перелома. Быстрое развитие у ребенка посттравматического отека мягких тканей затрудняет пальпаторное исследование костей лицевого скелета. Экспериментальные исследования и клинические наблюдения подтвердили возможность перелома в области угла и ветви нижней челюсти акушерскими щипцами.

В подавляющем большинстве случаев травмируется нижняя челюсть. В 30% случаев переломы сопровождаются закрытой черепно-мозговой травмой. Наиболее частые локализации переломов нижней челюсти:

На нижней челюсти местами наименьшего сопротивления является альвеолярный отросток, где размещены зачатки зубов, прорезавшиеся зубы или зубы с сформированными корнями; средняя линия, шейка суставного отростка, угол нижней челюсти и ментальный отдел.

Переломы нижней челюсти преобладают у мальчиков старше 7 лет и обусловлены в основном бытовой травмой и неорганизованным спортивным досугом.

По локализации на первом месте стоят одинарные переломы тела нижней челюсти, на втором — переломы мышечкового или мышечковых отростков (отраженные), далее двойные и множественные.

Жалобы и клиническая картина переломов нижней челюсти зависят от возрастных особенностей и наличия мест наименьшего сопротивления, от локализации перелома, от сочетания с закрытой черепно-мозговой травмой, от смещения (или нет) отломков сломанной челюсти.

Чаще всего ребёнок предъявляет жалобы на боль в челюсти в месте удара, на нарушение прикуса, на невозможность принимать пищу, на невозможность открывания и закрывания рта, на отсутствие одного или нескольких зубов.

Первая медицинская и доврачебная помощь при переломах нижней челюсти включает: временную остановку кровотечения, например, с помощью давящей повязки на рану, мероприятия по профилактике асфиксии, введение обезболивающих средств, а также транспортную иммобилизацию отломков.

Последняя лучше всего достигается наложением стандартной пращи для раненных в челюсти, а при ее отсутствии — подбородочно-теменной бинтовой пращевидной повязки. Лечение детей с переломом челюстной кости проводится по принципу оказания неотложной помощи. Оптимальным для заживления поврежденных тканей является проведение необходимых врачебных мероприятий в первые 36 часов после получения травмы (первичная хирургическая обработка) или на фоне введения больному антибиотиков в течение 72 часов (первично-отсроченная хирургическая обработка).

Лечебная программа включает: борьбу с шоком, асфиксией, кровотечением, восполнение кровопотери трансфузией донорской крови или кровезаменителей, введение противостолбнячного анатоксина, антисептическую обработку раны с удалением инородных тел, не связанных с мягкими тканями костных осколков, свободно лежащих зубов, разобщение костной раны с полостью рта, репозицию и фиксацию костных фрагментов челюстей, хирургическую обработку поврежденных мягких тканей челюстно-лицевой области.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Опасность развития осложнений в отдаленные после травмы сроки вызывает необходимость диспансерного наблюдения детей с переломом челюсти до завершения формирования костной структуры лицевого скелета, т. е. до 15-17 лет. Диспансерное стоматологическое наблюдение позволяет контролировать у детей развитие зубочелюстно-лицевой системы, своевременно выявлять и устранять последствия травмы челюстно-лицевой области.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Зеленский В.А. Мухорамов Ф.С. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия // ГЭОТАР-Медиа, 2008. 208 с.

2. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста // Медицина, Москва, 2003 640 с.
3. Водолацкий М.П. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста // Ставрополь, 2006г.
4. Дьякова С.В. Стоматология детская. Хирургия // М.: ОАО Издательство Медицина, 2009.
5. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста // Книга плюс, 2005 г.
6. Имад Мухаммед. Особенности остеосинтеза титановыми пластинами при переломах костей лицевого скелета: автореф...дисс. канд. мед.. - Алматы, 2002. - 28 с.
7. Жапаров С.А. Применение Кальций -ДЗ Никомед в комплексном лечении переломов челюстей у детей и подростков: автореф... дисс. канд. мед. - Алматы, 2004. - 23 с.
8. Ахмед Хазем Ибрагим. Оптимизация регенерации костной раны при переломах челюстей у детей и подростков : автореф. дисс. ... канд. мед. - Алматы, 2008. - 18 с.
9. Супиев Т.К. и соавт. Оптимизация регенерация костной раны при переломах челюстей // Проблемы стоматологии. - 2008. - №1. - С. 73-77.
10. Супиев Т.К. Вклад Казахского национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова и детской стоматологической поликлиники г. Алматы в становление детской стоматологической службы и челюстно-лицевой хирургии в Республики Казахстан: актовая речь. - Алматы: 2012. - 28 с.
11. Супиев Т.К., Зыкеева С.К. Травмы челюстно-лицевой области у детей. Учебное пособие. - М.: Медпресс-информ, 2003. - 102 с.
11. Мамажонов, Р. А., & Ахунов, И. И. (2020). ҶАРБИЙ-ВАТАНПАРВАРЛИК ТАРБИЯСИДА БАДИИЙ АДАБИЁТ, КИНО, ТЕАТР ВА ТАСВИРИЙ САНЪАТНИНГ АҲАМИЯТИ. Интернаука, (22-3), 64-66.
12. Мамажонов, Р. А., Тилаволдиев, Ш. Х., & Тўхтаназаров, И. И. (2020). ЁШЛАРНИНГ ҶАРБИЙ-ВАТАНПАРВАРЛИК ТАРБИЯСИДА ЖАНГОВАР ВА МЕҲНАТ ШУХРАТИ МУЗЕЙЛАРИНИНГ ЎРНИ. Интернаука, (21-3), 74-75.
13. Akramovich, M. R. (2023). Patriotism and its Importance in Involving Young People in the Armed Forces. Texas Journal of Multidisciplinary Studies, 17, 31-33.
14. Akramovich, M. R. (2023). PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PROFESSIONAL DIRECTION OF YOUNG PEOPLE.
15. Мамаджонов, Р. (2023). "VII-VIII ASRLARDA ARAB XALIFALIGI ISTILOSIGA QARSHI KURASHDA MAHALLIY HUKMDORLARNING O 'RNI VA ROLI" MAVZUSIGA OID INGLIZ TILLI TADQIQOTLAR TAHLILI. Ижтимоий-гуманитар фанларнинг долзарб муаммолари/Актуальные проблемы социально-гуманитарных наук/Actual Problems of Humanities and Social Sciences., 3(S/5).

16. Siddiqov, B. S., & Mexmonaliyev, S. N. (2022). PEDAGOGIK AMALIYOTNING BO 'LAJAK O 'QITUVCHINING KASBIY TAYYORGARLIK FAOLIYATIDA TUTGAN O 'RNI. Academic research in educational sciences, 3(1), 10-16.

17. Siddikov, B. S. (2023). MORAL VIEWS OF HUSSAIN VOIZ KOSHIFI. Oriental renaissance: Innovative, educational, natural and social sciences, 3(4-2), 39-42.

MAZMUNI, T. M. A. J. V. Sh. N. Mexmonaliyev–Farg 'ona davlat universiteti 2-bosqich magistranti SS Evatov–Farg 'ona davlat universiteti o'qituvchisi OA Tursunov–Farg 'ona politexnika instituti akademik litsey o'quvchisi. FARG 'ONA DAVLAT UNIVERSITETI, 275.