

*Бейзерова Д.А.*

## **ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ**

*Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Походенько-Чудакова И.О.*

*Кафедра хирургической стоматологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** На современном этапе из общего числа пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи, значительная доля приходится на лица, с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (А. И. Оразвалиев, Д. В. Дубов, О. Н. Вагнер, 2020). При этом 20% обращений за экстренной хирургической помощью на амбулаторный прием и 50% фактов госпитализации в профильные отделения челюстно-лицевой хирургии обусловлены инфекционно-воспалительными процессами (ИВП) одонтогенного генеза (А. Э. Маркаров [и др.], 2022). Из них пациенты с одонтогенным периоститом челюстей занимают одну из лидирующих позиций. В последние годы отмечено увеличение пациентов с данным диагнозом до 40% (С. В. Оковитый, М. И. Музыкин, А. К. Иорданишаили, 2012; J. Park, H. Myoung, 2016).

Известна высокая диагностическая эффективность ультразвукового исследования (УЗИ) при ИВП мягких тканей (К. Х. Мухамеджанов [и др.], 2015; Н. В. Шаврина [и др.], 2019), в том числе и челюстно-лицевой области (М. В. Смысленкова, 2019).

Однако до текущего момента в специальной литературе отсутствуют данные, полученные на основе принципов доказательной медицины, обосновывающие целесообразность более широкого внедрения УЗИ при подготовке к экстренным оперативным вмешательствам по поводу ИВП в амбулаторных условиях.

**Цель:** на основании сравнительной оценки клинических данных и результатов УЗИ обосновать осуществление целесообразности включения последнего в перечень подготовки к экстренным оперативным вмешательствам по поводу ИВП челюстно-лицевой области в амбулаторных условиях.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 30 человек в возрасте от 18 до 62 лет (19 мужчин и 11 женщин) с диагнозом острый гнойный одонтогенный периостит нижней челюсти. Данные лица были разделены на две группы по 15 пациентов в каждой. Пациентам группы 1 осуществляли только физикальное клиническое обследование и дентальную рентгенографию «причинного» зуба. Группа 2 состояла из лиц, которым указанное обследование было дополнено УЗИ.

Всем пациентам с помощью стерильного штангенциркуля измеряли протяженность инфильтрата для определения дины разреза. У лиц группы 2 при проведении УЗИ определяли: наличие/отсутствие гнойного экссудата; протяженность инфильтрата мягких тканей. О результатах лечения делали заключения на основании сроков начала роста грануляционной ткани в послеоперационной ране и продолжительности периода временной нетрудоспособности пациентов. Полученный материал обрабатывали статистически.

**Результаты и их обсуждение.** В группе 2 доля совпадений результатов измерений, полученных с помощью штангенциркуля и УЗИ составила 40% (6). Показатель протяженности инфильтрата мягких тканей определенный физикально был 1,9 (1,4-2,3) см, а при использовании УЗИ – 2,5 (2,0-2,8) см ( $p=0,02$ ). Рост грануляций в ранах лиц группы 1 был выявлен через 3,3 (2,9-3,6) суток, а в группе 2 – через 2,5 (2,1-2,8) суток ( $p=0,04$ ). Период нетрудоспособности пациентов группы 1 равнялся 3,5 (2,9-4,0) суток, в то время как у лиц группы 2 данный показатель был 2,7 (2,3-3,0) суток ( $p=0,03$ ), что в 1,3 раза меньше.

**Выводы:** представленные результаты являются фактическим обоснованием целесообразности включения УЗИ в перечень подготовки к экстренным оперативным вмешательствам по поводу ИВП мягких тканей челюстно-лицевой области в амбулаторных условиях.