

for idiopathic trigeminal neuralgia: a retrospective analysis of the causes for ineffective pain relief. *Eur. J. Pain* 17, 1189–1192.

13. Madan, N., Kumaraswamy, S.V., Keerthi, R., Ashwin, A.L., Gopinath, M.A., Reyazulla, K.B., and Hemavathi. (2013). Percutaneous radiofrequency rhizotomy in treatment of trigeminal neuralgia: a prospective study. *Maxillofac. Oral. Surg.* 12, 35–41.

14. Maite, B., Miguel, P., María, P., and Ana, C. (2013). Conventional radiofrequency treatment in five patients with trigeminal neuralgia. *Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal.* 18, 76–80.

15. Mario, Ff., Benedetto, C., Laura, M., Guglielmo, C., and Chiara, F. (2009). Validity of percutaneous controlled radiofrequency thermocoagulation in the treatment of isolated third division trigeminal neuralgia. *Surg. Neurol.* 71, 180–183.

16. Melih, B., Eyyub, S.M.A., Mevci, O., Mevci, O., Gokmen, K., Atilla, H.E., Ali, S., and Yucel, K. (2012). Management of bilateral trigeminal neuralgia with trigeminal radiofrequency rhizotomy: a treatment strategy for the life-long disease. *Acta Neurochir.* 154, 785–792.

17. Michelle, N. and Denise, W. (2010). Pulsed radiofrequency V2 treatment and intranasal sphenopalatine ganglion block: a combination therapy for atypical trigeminal neuralgia. *Pain Pract.* 10, 370–374.

18. Nicholas, H.L.C., Willy, H, Tjemme, B., and Kris, C.P.V. (2012). Pulsed radiofrequency treatment for trigeminal neuralgia. *Anesth. Pain.* 1, 257–261.

19. Nurmikko, T.J. and Eldridge, P.R. (2001). Trigeminal neuralgia-pathophysiology, diagnosis and current treatment. *Br. J. Anaesth.* 87, 117–132.

20. Qingli, M., Wenhua, Z., Yang, Y., Maode, Z., and Xingang, L. (2008). Cardiovascular responses during percutaneous radiofrequency thermocoagulation therapy in primary trigeminal neuralgia. *Neurosurg. Anesthesiol.* 20, 131–135.

Резюме: Тригеминальная невралгия определяется как синдром, характеризующийся внезапными, кратковременными, интенсивными, повторяющимися болями в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва, обычно с одной стороны лица. Фармакологическая терапия осталась первой линией лечения невралгии тройничного нерва (НТН). Среди хирургических методов лечения РЧА является одной из наиболее распространенных процедур, используемых для лечения НТН. Обычно

используются два радиочастотных метода: непрерывная радиочастотная абляция (НРА) и импульсная радиочастотная абляция (ИРА). В настоящей статье мы обсуждаем показания к лечению, оперативные методы и осложнения каждой стратегии лечения.

Ключевые слова: невралгия тройничного нерва, гассеров ганглий; радиочастотное лечение.

Summary: Trigeminal neuralgia is defined as a syndrome characterized by sudden, short-term, intense, recurring pain in the area of one or more branches of the trigeminal nerve, usually on one side of the face. Pharmacological therapy has remained the first line of treatment for trigeminal neuralgia (TN). Among surgical treatments, radiofrequency ablation (RFA) is one of the most common treatments for TN. Two radio frequency symbols are commonly used: continuous radio frequency ablation and pulsed radio frequency ablation. In this article, we discuss treatment indications, surgical methods and complications of each treatment strategy.

Key words: trigeminal neuralgia, Gasser's ganglion, radiofrequency ablation.

Ортопедическая стоматология

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-09>
УДК:617,51:617,53-006-039,74

ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Х.А. Убайдуллаев
(Ташкентский институт
усовершенствования врачей)

Актуальность. Результаты реабилитационного лечения больных с дефектами челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) изучались путем динамического наблюдения и оценивались как состо-

янием основного заболевания, так и степенью функциональной и косметической эффективности эндо-протезов экзо-протезов ортопедических аппаратов имеется 2 патента IP-Center Свидетельство 1№000875 – 2№000876 – 09.9.2018. Реабилитация больных раком челюстно-лицевой области приобретает все большее значение в связи с тем, что продолжительность жизни после проведенного лечения неуклонно возрастает. Поэтому разработка вопросов повышения эффективности не только хирургического, но и реабилитационного и ортопедического лечения данной категории больных имеет актуальное значение [1-2-4-6-7]. Послеоперационные дефекты челюстно-лицевой области, образовавшиеся в результате проведенных оперативных вмешательств, представляют собой тяжелую патологию, так как разрушение анатомических образований данной области приводит к нарушению функций жевания, глотания, речи, слуха, значительно искажает внешний вид больного и, как правило, влечет за собой тяжелое психическое состояние.[2-3-4-8]. В настоящее время для возмещения дефектов челюстно-лицевой области, образовавшихся после удаления злокачественных опухолей, широко применяется сложное протезирование, позволяющее в относительно короткие сроки восстановить утраченные функции полости рта и сохранить нормальный внешний вид больного. Комплексная реабилитация больных с злокачественными опухолями челюстно-лицевой области ныне приобретает особую актуальность в связи с всё более эффективным применением средств радикального лечения, например комплексного с использованием лучевого, химиотерапевтического, гипертермического и других методов воздействия, позволяющих увеличить продолжительность жизни пациентов [3-7-8-9-10].

При этом неизбежно встает вопрос о качестве жизни, связанной, в частности, с необходимостью применения комплексной реабилитации функциональных челюстно-лицевых эндо- и экзо протезов, устранения обширных дефектов косметическими путями и для восстановления психо-социальной совместимости больного в обществе.

Цель исследования: Изучение эффективности реабилитационного лечения дефектов челюстно-лицевой области после хирургических операций при использовании сложных эндо и экзо-протезов, ортопедических аппаратов для устранения дефекта. (члю)

Материалы и методы. Для достижения цели и выполнения задач исследования были использованы данные наблюдения с 2008 до настоящего года над 107 онкологическими больными с послеоперационными дефектами челюстно-лицевой области, которые применяли различные методы протезирования в клинике РОНЦ МЗ Российской Федерации и РОНЦ МЗ Республики Узбекистан. Материалом исследования послужили истории болезни и амбулаторные карты. Кроме обычных методов клинического исследования были использованы методы изучения влияния сложно-челюстного протезирования в сочетании с лучевой и химиотерапии с локальной увч-гипертермией на слизистую оболочку полости рта, иммунологическую реактивность и психоневрологическую резистентность организма.

Распределение больных по полу и возрасту. В исследовании приняли участие из общего количества больных - мужчины и женщины в возрасте от 20 до 70 лет. Распределение больных по стадиям заболевания. Большинство исследуемых больных находились на III и IV стадиях заболевания, но также имели место случаи с больными I и II стадий. Распределение больных по локализации заболевания и гистологическому строению опухоли. Рак, саркома, меланома, цилиндрома и прочие злокачественные опухоли составили основные виды гистологического строения опухоли. Распределение больных по виду оперативного вмешательства и локализации послеоперационного дефекта: А) дефект правой верхней челюсти Б) дефект левой верхней челюсти В) дефект обеих верхних челюстей Г) дефект верхней челюсти и обширный дефект глазницы и мягких тканей лица Д) дефект альвеолярного отростка нижней челюсти Е) дефект кожи носа и уха.

Определение клинической картины дефектов позволяло подойти к выбору метода их устранения.

Для облегчения разработки программы комплексной реабилитации больные были распределены на 3 клинические группы: 1-группа – больные с дефектами верхней челюсти с интактными зубным рядом на оставшейся верхней челюсти – 61 человек; 2-группа – больные с дефектами верхней и нижней челюстей с частичным дефектом зубного ряда на оставшейся верхней и нижней челюстях – 43 человека; 3-группа – больные с обширными дефектами верхней челюсти, мягких тканей лица и полной вторичной

адентии альвеолярного отростка на оставшейся верхней челюсти – 3 человек;

Больные первой и второй группы имели наиболее благоприятные условия для фиксации съемных протезов с obturatorом. Больные же Зей группы находятся в крайне неблагоприятных условиях для фиксации и стабилизации съемных протезов с obturatorом на мягких тканях лица.

Для применения сложных ортопедических аппаратов нами были рекомендованы следующие показания:

1) Ограниченные возможности пластической хирургии, сопутствующие заболеванию, наличие рубцово-измененной ткани вокруг послеоперационного дефекта, инфицированная рана;

2) Отказ больного от дальнейшего хирургического вмешательства;

3) При отсроченном пластическом вмешательстве, протез изготавливается на период подготовки пластического материала, или по каким-либо причинам пластическая операция откладывается.

При протезировании дефектов верхней и нижней челюсти нами добились следующие цели:

1. Обеспечить самостоятельный прием пищи и сохранение функции речи сразу же после операции;

2. Восстановить как можно раньше нарушенные функции полости рта.

Исходя из опыта протезирования основной группы больных после расширенной электрохирургической резекции верхней и нижней челюсти, разработан поэтапный метод протезирования. Трехэтапная методика заключалась в следующем: Во время хирургического вмешательства изготавливается предварительный протез - защитная пластина; На 10-15 суток после операции - формирующий протез; На 30 суток после операции - окончательный протез.

Каждый этап протезирования имеет свои цели и задачи. Задачи начального этапа ортопедического вмешательства, непосредственно на операционном столе, состоят из: Обеспечить в послеоперационном периоде самостоятельный прием пищи и сохранить речь; Создавать надежное разобщение между раневой поверхностью и полостью рта; Удерживать тампоны с антисептиками в послеоперационной полости;

Задачами второго этапа ортопедического вмешательства являются: Улучшить утраченные функции жевания, глотания и дикции; Предупредить развитие рубцовой деформации лица;

Создать адекватное ложе для obtурирующей части постоянного протеза.

Задачи окончательного этапа протезирования:

Восстановить утраченные функции полости рта (жевание, глотание и речь); Сохранить, по возможности, нормальный внешний вид лица.

Полученные результаты. Через 10-12 месяцев было проведено повторное протезирование 61 больным. 43 больных пользовались съёмными протезами с obturatorом более 5 лет. Из-за возникших рецидивов 2-3 больным были изготовлены пластинчатые съёмные протезы. Из-за подвижности зубов, расположенных по краю дефекта, в течение двух лет 17 больным были изготовлены новые протезы.

На 3-5 году жизни после операции 41 больному были изготовлены повторные съёмные протезы с obturatorом. У этих больных мы не отмечали уменьшения устойчивости опорных зубов. Это подтверждает необходимость целенаправленного формирования послеоперационной полости и использование ее для разгрузки опорных зубов.

Изготовление опорно-удерживающих протезы позволяет избежать перегрузки парадонта опорных зубов, перераспределяя нагрузку на ткани протезного ложа. Это подтверждается десятилетним наблюдением за 36 больными.

Выводы. Obtурирующая часть съёмного протеза, заполняющая весь послеоперационный дефект верхней челюсти у онкологического больного, является индикатором объема послеоперационной полости. В obtурирующая часть съёмного протеза помогла выявить рецидивы челюстно-лицевой области в ранние сроки реабилитации востановление функции полости рта улучшает качество жизни больных, и психологические и социальной состояние.

Литература

1. Арутюнов А.С. Медико-организационные принципы оказания ортопедической стоматологической помощи больным с послеоперационными челюстно-лицевыми дефектами / А.С. Арутюнов, И. С. Кицул, И.Ю. Лебеденко // Стоматология. - 2011. - № 3. - 4-6.

2. Арутюнов А.С., Арутюнов С.Д. Совершенствование ортопедического стоматологического лечения больных с послеоперационными дефектами верхней челюсти онкологического генеза // Ученые Записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2015. - Том XXII, NО 2. – С.45-49.

3. Астапина, Н. Б. Комплексный подход к лечению больных с дефектами нижней челюсти / Н. Б. Астапина, С. И. Рапекта, Г. И. Рогожников // *Стоматология*. – 2012. – № 5. – С. 21–23.

4. Астапина, Н. Б. Обоснование возможности применения новых имплантационных систем на этапах комплексного лечения больных с дефектами челюстных костей / Н. Б. Астапина, Г. И. Рогожников // *Институт стоматологии*. – 2010. – Т. 46, № 1. – С. 90–91.

5. Баринов С.М., Сергеева Н.С., Решетов И.В., Свиридова И.К., Кирсанова В.А., Комлев В.С., Филюшин М.М. Реконструкция костных дефектов челюстно-лицевой зоны биокерамическими материалами у онкологических больных // *Онкология. Журнал им. П.А. Герцена*. – 2013. - №6. – С. 22–26.

6. Барышев В.В., Андреев В.Г., Акки Э.Д. Возможности реконструкции орбиты у онкологических больных (обзор литературы) // *Сибирский онкологический журнал*. - 2012. - № 5 (53). – С. 80-84.

7. de Martel C, Ferlay J, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis // *The Lancet Oncology* - 2012. - T13. – P.607-615.

8. Kochurova E., Nikolenko V. Immunobiological indicators in oral cavity at stages of dental rehabilitation of patients with oncology disease // *Российский стоматологический журнал*. -2014. - №4. стр 200-202

9. Mantri S. S. Head and neck cancer. Prostodontic rehabilitation of asquired maxillofacial defects / S. S. Mantri, Z. Khan, M. Agulnil. – Croatia: Intech, 2012. – p. 317–322.

Цель: Изучение эффективности реабилитационного лечения дефектов челюстно-лицевой области после хирургических операций при использовании сложных эндо и экзо-протезов, ортопедических аппаратов для устранения дефекта.

Материалы и методы.

Для достижения цели и выполнения задач исследования были использованы данные наблюдения с 2008 до настоящий время над 107 онкологических больных с послеоперационными дефектами челюстно-лицевой области, которым применяли различные методы протезирования в клинике РОНЦ МЗ Российской Федерации и РОНЦ МЗ Республики Узбекистан. Материалом исследования послужили истории болезни и амбулаторные карты.

Полученные результаты. После операционного протезирования. Через 10-12 месяцев было проведено повторное протезирование 61 больным. 43 больных пользовались съёмными протезами с obturatorом более 5 лет. Из-за возникших рецидивов 2-3 больным были изготовлены пластинчатые съёмные протезы. Из-за подвижности зубов, расположенных по краю дефекта, в течение двух лет 17 больным были изготовлены новые протезы .

На 3-5 году жизни после операции 41 больному были изготовлены повторные съёмные протезы с obturatorом. У этих больных мы не отмечали уменьшения устойчивости опорных зубов. Это подтверждает необходимость целенаправленного формирования послеоперационной полости и использование ее для разгрузки опорных зубов.

При комплексных реабилитациях больных со злокачественными опухолями и дефектами челюстно-лицевой области все потерянные функции восстанавливаются до 80 - 85% по шкале доктора Корниевского, и улучшается качество жизни больных.

Ключевые слова: онкологические больные, реабилитация, дефекты челюстно-лицевой области, эндо-протезы экзо-протезы ортопедические аппараты, качества жизни.

Aim: Development and introduction of the method of complex prosthesis at rehabilitation of the patients with malignant tumors of the maxillofacial area after surgical treatment.

Material and methods: analysis of the medical histories and ambulatory cards of 107 oncological patients with postoperative defects of maxillofacial area, who underwent various methods of prosthesis.

Rehabilitation of patients with malignant tumors and defects of the maxillofacial region allowed choosing the method for removing them. Patients were divided into three groups, depending on the localization of the defect:

Results: Improved technique of the complex prosthesis of the defects of maxillofacial area with use of polyurethane plastics allows producing protective plate on the day of the surgery, which improves results of immediate orthopedic treatment. Group 1 – patients with defects of the upper jaw with intact definition of the remaining upper jaw – 61 people; group 2- patients with defects of the upper and lower jaw with partial defect of definition of the remaining upper and lower jaw – 43 people; 3

group – patients with extensive defects of the upper jaw, facial soft tissues and full secondary adentia of the alveolar bone of the remaining upper jaw – 3 people.

Conclusions: During complex rehabilitation patients with malignant tumors and defects of the maxillofacial area recover up to 80-85% doctor Kornievsky-scale, patient's quality of life improves.

Key words: oncological patients, maxillofacial, defects, rehabilitation. defects of the maxillofacial area, prosthesis, polyurethane plastics.

Ортодонтия

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-10>
УДК: 616.314.17-008.1 – 089.23

ОЧИҚ ПРИКУСЛИ БЕМОРЛАРНИ ТАШХИСЛАШ ВА УЛАРНИ ОРТОДОНТИК ДАВОЛАШ



Шомухамедова Ф.А., Нигматов Р.Н.,
Сулейманова Д.А., Муротова Г.А.,
Абдухалилов Ж.А.

ТДСИ ортодонтия ва болалар тишларини протезлаш кафедраси

Очиқ прикус тиш жағ тизимидаги аномалиялар ичида энг оғир даражадаги аномалияга киради. Текширувлар натижасига кўра Нигматов Р.Н, Шаамухамедова Ф.А, Нигматова И.М (2017) бўйича Тошкент шаҳридаги мактабгача бўлган болаларини кўриқдан ўтказиш натижасида 3-6 ёш болалар орасида очиқ прикус 1,4% ни ташкил этиши аниқланди. Л.П Григорьев (1995) бўйича 7-16 гача бўлган болаларда - 1,12% ташкил қилган.

Этиологик омилига кўра Д.А Калвелис (1964) очиқ прикусни чин рахитик очиқ прикус ва травматик очиқ прикусга ажратишни тавсия қилади. Травматик очиқ прикус кўпинча сут тишлар даврида учрайди. Бунга сабаб катта бармоқни ва бошқа нарсаларни сўриш кичик ёшдаги болаларда ўта ривожланган. Ушбу зарарли одатларни, яъни

сабабини баргараф этилганда деформация ўзи тўғирланиши мумкинлиги айтиб ўтилган.

Айрим ҳолатларда зарарли одатлар доимий прикус давригача давом этади. Шу ҳолда юзага келган ўзгаришлар мустақил очик прикус ҳолатга эга бўлади. Очиқ прикус кўпинча мустақил, прогнатик ёки прогеник прикуслар билан биргаликда келади.

Изланишдан мақсад: Болалар ва ўсмирларда очиқ прикусли аномалияларни тиш-жағ тизимида эрта аниқлаш, ташхислаш ва ортодонтик даволашни такомиллаштириш.

Ўтказилган илмий-текширув ишларимизда қуйидаги **вазифаларни бажариш** белгиланди: Цефалометрик ўлчов кўрсаткичлари билан ташхислашни критерияларини аниқлаш; очиқ прикусли болаларда тиш жағ комплексини ўзига хос параметрларини аниқлаш, ортогнатик ва очиқ прикусли болаларнинг юз скелетининг параметрларини бир бири билан таққослаш; антропометрик ва график текшириш усуллари ёрдамида тиш қаторининг торайишини ва шаклини аниқлаш; чайнов самарадорлигини И. Маркосян ва А. Агапов бўйича аниқлаш ва шунга кўра ортодонтик даволаш йўлини такомиллаштириш.

Материал ва усуллар: Ушбу иш Тошкент шаҳрининг № 60, № 145 мактаб ўқувчиларининг 6 ёшдан 12-13 ёшгача бўлган болаларида олиб борилди. Текширилган 348 та ўқувчилардан 22 таси очиқ прикусли болалар бўлиб, булардан 8 таси ўғил болалар, 14 таси қиз болалардир. Улар 6% ни ташкил этди.

Керакли текшириш ва даволаш ишлари ТДСИ ортодонтия ва тишларни протезлаш кафедраси ва поликлиникаси қошида олиб борилди. Касаллик тарихи ўрганилди.

Биз қуйидаги текширув усулларини ўтказдик: Клиник текширувлар, фотометрия, антропометрия ва график текширувлар, рентген текширув усуллари (фронтал ва ён ТРГ ва цефалометрик анализ билан) ва тиш- жағ тизимининг асосий функциялари (функционал текшириш усуллари) аниқланди.



Расм 1. Баходиров Ж. 6 ёш. Даволашдан олдин