

ПРОЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЯ COVID-19 В СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА



Хасанов А.И., Байходжаева Э.Б., Атавуллаев М.Ж., Болтаходжаева Л.М.
*Ташкентский Государственный стоматологический институт, Бухарский
Государственный медицинский институт*

Актуальность

Недоступность плановой медицинской помощи в условиях пандемии привели к недостаточно полному охвату пациентов с COVID-19 и всего населения которые лечились сначала амбулаторно а потом с ухудшением состояние в стационарном условии. Следствием является малая изученность проблемы COVID-19 и и его осложнения которке затронуть легкие, мозг, околоносовкх пазух и средняя зона лица, сердце, кровеносные сосуды, печень, почки и кишечник, то есть буквально все жизненно важные органы.

Вспышка новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в мире поставила много вопросов перед медицинской наукой и практикой, в том числе перед челюстно-лицевой хирургии. Особенности клинического течения болезни с большим количеством тяжелых случаев в некоторых случаях привели к осложнению средней зоны лица у пациентов с COVID-19.

Актуальность ее определяется нарастанием числа осложнения в средней зоны лица воспалительного характера, увеличением тяжести клинического течения заболеваний, трудностями их лечения зависивающий от перенесенного формы Covid-19. Все это усложняет симптоматику и течение гойно-некротического воспалительного осложнения в средней зоны лица. В связи с этим особое внимание следует уделять изучению проявления осложнения COVID-19 в средней зоны лица.

Цель нашей работы – Определить различные виды проявления осложнения COVID-19 в средней зоны лица.

Материал исследования: Под нашим наблюдением в поликлинике хирургической стоматологии ТГСИ с сентября по ноября 2020г. находились 80 больные в возрасте от 35 года до 75 лет с раз-

личными осложнениями средней зоны лица. Все больные лечились с COVID-19 в периоде июль-август 2020 год в клиниках города Ташкента. У всех больных мы провели исследование наличие сопутствующих заболевание до заболевание COVID-19 и приобретенные после болезни с COVID-19. По результатам проведенных исследований все больные болели средней или тяжелой форме Covid-19, которая сопровождался целым набором самых разнообразных симптомов. Больные с осложнениями мы разделили на две группы: первая группа составили больные перенесший Covid-19 средней формы тяжести (n=40), вторая группа составили больные перенесший Covid-19 тяжелой формы (n=40).

Результаты исследований и их обсуждение: На основании проведенных нами исследований мы наблюдали 15 видов осложнение в средней зоны лица, ЛОР органов и и орбиты. Осложнение которые мы наблюдали приведены в таблице №1, которая у одного больного чаще сопровождался поражением лицевого нерва, околоносовых пазух, повреждением костей лицевого скелета и орбиты. Осложнения в средней зоны лица было в совокупности с осложнениями околоносовых пазухи и орбиты, поэтому мы включали все осложнения средней зоны лица. У всех больных наблюдалось совокупностью минимум 4 вида осложнения средней зоны лица.

Таблица 1

№	Осложнения COVID-19 в средней зоны лица	1- группа.	2- группа
1	Парез лицевого нерва	15	32
2	Остеомиелит верхнего челюста	25	40
3	Остеомиелит скуловой кость	5	15
4	Остеомиелит небного отростка верхнего челюста	10	28
5	Некроз слизистой оболочки неба	8	20
6	Абсцесс неба	10	16
7	абсцесс орбиты	12	18
8	Ринит	40	40
9	Гайморит	40	40
10	Этмоидит	40	40
11	Фронтит	18	32
12	Сфеноидит	14	30
13	Тромбоз кавернозных синусов	6	18
14	Ухудшения зрение	10	34
15	Потеря зрения	2	6

Как показывают практические исследования, у 37,5 % пациентов после заболеванием COVID-19 средней формы поражает лицевой нерв, а во второй группе парез лицевого нерва отмечается у 80% больных. Надо отметить на 15 день заболевание COVID-19 первые признаки пареза появился начиная односторонним снижением движение мимических мышц лица. У 75 % пареза лицевого нерва мы наблюдали центральный парез. Центральный парез (рисунок-1) отличается тем, что при нём возникает слабость мышц только нижней части лица (сглаженность носогубной складки, опу-

щение угла рта и другие), а верхняя остаётся интактной (неповреждённой). У 25% больных мы наблюдали периферический парез, которая страдают мимические мышцы лица, на стороне поражения уменьшено количество складок на лбу, ограничена подвижность брови, полностью не закрывается глаз, а при закрывании глазное яблоко движется вверх (симптом Белла), сглажена носогубная складка, при надувании «парусит» щека, невозможно свистеть, жидкость выливается изо рта, наблюдался слезотечение.



Рисунок-1

Остеомиелитом верхнего челюста в первой группе наблюдалось у 62% больных, а у второй группе у 100 больных мы наблюдали остеомиелит верхнего челюста. Первые признаки были онемение носогубной складке и подглазничной области односторонний или двусторонний поражения верхнего челюста. У 34% больных наблюдали распространения процесса по альвеолярного отростка и небного отростка верхнего челюста, а 40% мы на-

блюдали поражение альвеолярного отростка и небного отростка и тело верхнего челюста (рисунок-2). У 21 % больных были поражены верхнего челюст и скуловой кость. У 5% больных мы наблюдали распространения деструктивных изменение верхнего челюста со всеми отростками. Эти группы больные сначала лечились дома , а потом в стационаре и все на 100% получали кислород и гормональную терапию.



Рисунок-2

Некроз слизистой оболочки неба в первой группе встречался у 20% больных, а во второй группе у 50 больных мы наблюдали некроз

неба. Абсцесс неба наблюдалось у 25% больных в первой группе, а во второй группе у 40% больных появились абсцесс неба (рисунок-3).



Рисунок-3

У всех больных в первой и второй группы мы наблюдали неодинарный клиническую картину ринита, гайморита, этмоидита. Клинические признаки при этих осложнение отличились от одонтогенного и риногенного синусита.

Слизистая оболочка носа выполняет несколько функций: увлажняет и согревает вдыхаемый воздух, очищает его от микрочастиц, вирусов и т.д. При длительного получения кислорода чаще у больных после COVID-19 мы наблюдали параллельно с развитием паре

за лицевого нерва некротического воспаления слизистой оболочки (Ринит), выстилающей изнутри носовые каналы. Воспаление гайморовых пазуху способствуют размеры и анатомические строение, которые расположены в верхнечелюстной кости по обе стороны

от крыла носа. Сообщаются со средним носовым ходом через соустье в узкой полулунной расщелине и являются самой крупной околоносовых пазух (рисунок-4).

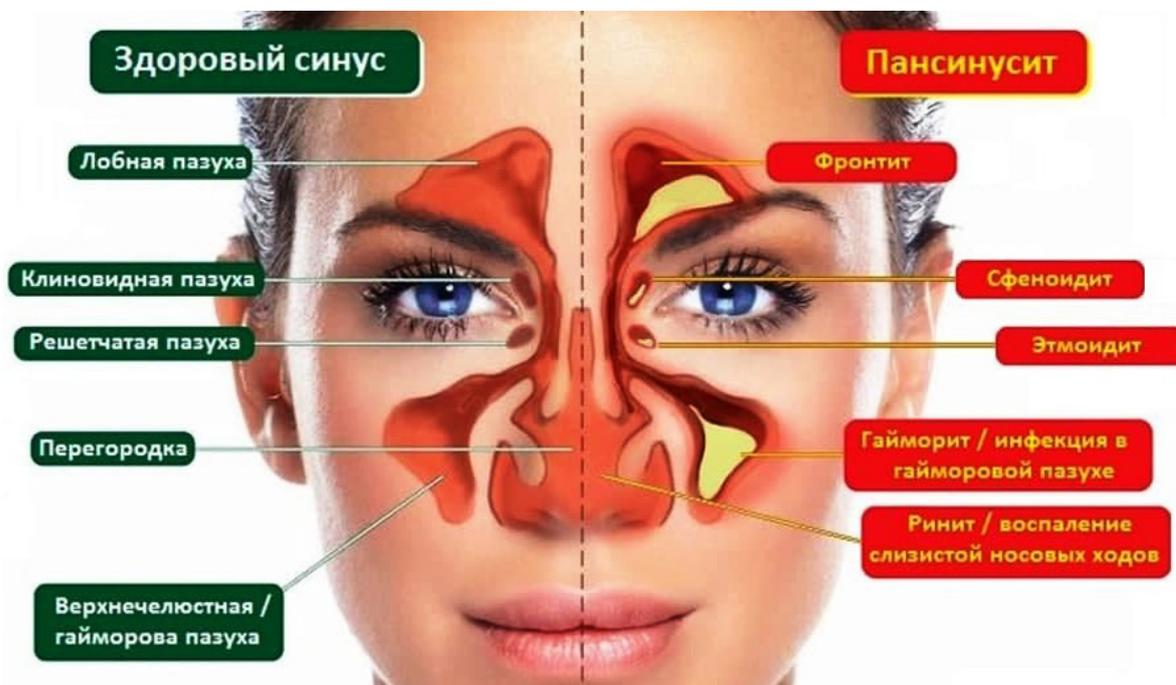


Рисунок-4

Воспаление слизистой оболочки, тонким слоем покрывающей воздухоносные пазухи решетчатой (этмоидальной) кости расположены вглубь от переносицы и отличается сложно-ячеистой структурой, за что и получила одно из синонимических наименований – часто ее называют «решетчатым лабиринтом». Во фронтальной проекции решетчатый лабиринт оказывается между внутренними уголками глаз; имеет с орбитами и полостью носа общие тонкие стенки, тыльной частью соседствует с клиновидной (сфеноидальной) костью. Как и другие синусы, решетчатый лабиринт в норме сообщается со средним носовым ходом через узкий канал, выполняя воздушно-кондиционирующие, буферные и акустические (резонаторные) функции. Известно, что воспалением чаще всего охватывается сразу несколько пазух, и воспаление решетчатого лабиринта в большинстве случаев диагностируется одновременно с воспалением

верхнечелюстных (гайморовых) синусов. В клиновидные пазухи воспалительные процессы возникают из-за того, что туда проникают респираторные инфекции через ячейки решетчатого лабиринта из других пазух носа. Чаще всего они исходят из лобной либо гайморовой. Также инфекция может перейти самой носовой полости. Фронтит мы наблюдали в первой группе 45% больных, а во второй группе у 80% больных. Сфеноидит как осложнения, которая представляет собой воспалительные процессы на слизистых прослойках клиновидной пазухи встречался в первой группе у 35% и во второй группе у 75% больных. В основном клиника воспаления околоносовых пазух сводится к головным болям, повышению температуры тела, проблемам с обонянием, ухудшению зрения, гнойным и катаральным выделениям и болью соответствующих околоносовых пазух.



Рисунок-5

При ухудшение зрения больные жаловались на кратковременное помутнение перед глазами в самом начале заболевания. У 25% больных в первой группе и у 85% пациентов определялась гиперемия конъюнктивы, хемоз и у кого ретробульбарный абсцесс наблюдали экзофтальм. (Рисунок-5). При обследовании пациентов мы диагностировали двух видов абсцесс орбиты : ретробульбарный и субпериостальный. В первой группе у 30% больных, а во второй группе у 45% больных мы наблюдали абсцессы глазницы. У 80% больных мы наблюдали субпериостальный абсцесс орбиты. До заболевания COVID-19, пациенты не предъявляли жалоб на орган зрения.

Во всех этих случаях ведется исследование по уточнению анамнеза пациента и полученного специфического лечения COVID-19. Все больные получали кислород, гормональная терапия, антибиотикотерапия, антикоагулянтная

и антиагрегатная терапии. По нашим данным причины развития пареза лицевого нерва, остеомиелита, поражения околоносовых пазух является васкулиты, которые после перенесенного COVID-19 очень часто повреждаются мелкие кровеносные сосуды и повышается свертываемость крови, что, в свою очередь, может привести к образованию тромбов в средней зоне лица (Рисунок-6). Развитие острого воспалительного заболевания средней зоны лица у больных заключается в сложном комплексе явлений местного и общего характера, в основе которых лежат реморбидные факторы и соматический статус организма. Кроме того, мы по данным анализов обнаружили в образцах крови пациентов с COVID-19 большое количество незрелых красных кровяных телец - предшественниц эритроцитов, которые обычно также созревают в костном мозге.



Рисунок-6

Эритроциты отвечают за транспортировку кислорода от легких к органам человека. В то же время большое количество незрелых эритроцитов в крови указывает на недостаток кислорода. Это хорошо известная реакция организма, возникающая при тяжелых легочных заболеваниях (COVID-19).

Нехватка кислорода в тканях приводит к развитию гипоксии и развитию васкулитов и тромбозов в периферических сосудах средней зоны лица. Все это усложняет симптоматику и течение воспалительных заболеваний средней зоны лица после перенесенного COVID-19. Данная проблема диктует необходимость выявления патологического процесса на стадии предболезни для своевременного проведения мероприятий, направленных на ее предупреждение и профилактику.

Таким образом, основные проявления осложнения после перенесенного COVID-19 мы перечислили. В связи с чем, предстоят и необходимы дополнительные углубленные исследования сосудистого русла челюстно-лицевой области, ЛОР органов, органа зрения, являющегося монитором общей системы кровообращения. Кроме того, остаются нерешенными многие аспекты обсуждаемой темы, как-то: есть ли специфические формы осложнения, насколько они зависят от вирусологической нагрузки в крови пациентов; глубоко надо изучать взаимосвязь между соматической тяжестью заболевания и клинико-лабораторными проявлениями; информативны ли исследования крови при прогнозировании осложнения, онемения в средней зоны лица является ли одним из ранних клинических проявлений осложнения после перенесенного COVID-19? Все эти вопросы требуют дальнейших исследовательских работ и разработки наиболее вероятных стратегий распространения клинического течения и профилактики заболевания.

На сегодняшний день, в клиниках Узбекистана продолжают изыскательные научные исследования со стороны челюстно-лицевых хирургов, невропатологов, офтальмологов и ЛОР специалистами, являющиеся приоритетными, посвященные диагностике, лечению и профилактике осложнения средней зоны лица при COVID-19. В число первоочередных мер, которые необходимо предпринять для борьбы с осложнениями COVID-19, входит разработка способов их быстрой и точной идентификации при помощи конкретных критериев

профилактики, диагностики, клинического течения приведенных осложнение средней зоны лица. Для успешной борьбы с осложнениями в средней зоны лица после перенесенного COVID-19 крайне важно использовать международный опыт, реальные практики, накопленные разными странами за последние месяцы. Оперативное ознакомление с этими практиками и их внедрение помогут повысить эффективность тех мер, которые сейчас принимаются в Узбекистане.

Список использованной литературы

1. Азимов М.И. Жаррохлик стоматологияси пропедевтикаси Тиббиёт олий ўқув юртлари учун дарслик Тошкент 2009 й.С. 118-130.
2. Бабажанова Ш.А. Маърузалар туплами ТМА2012й: Кон ивиш системаси курсаткичларининг клиник диагностик ахамияти мавзусидаги маърузаси.
3. Рассохин В.В, Самарина А.В., Беляков Н.А., Трофимова Т.Н., Лукина О.В.
Лекция: Коронавирусная инфекция COVID-19. Часть 2. Эпидемиология, клиника, диагностика, оценка тяжести заболевания. Течение заболевания с учетом сопутствующей патологии, в группах риска Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8).
4. Онуфрийчук О.Н., Газизова И.Р., Малюгин Б.Э., Куроедов А.В. Коронавирусная инфекция (COVID-19): офтальмологические проблемы. Обзор литературы. DOI: <https://doi.org/10.25276/0235-4160-2020-3-70-79>.
5. Тинбо Лян - Руководство по профилактике и лечению новой коронавирусной Инфекции covid-19 Первая академическая клиника университетской школы медицины Провинции Чжэцзян. Составлено на основе клинической практики.
6. Тимофеев А.А., «Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии». Киев 2002 г. С 220-370.
7. Шаргородский А.Г. - Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) М.,: ГЭОТАР-МЕД 2002-538с.: ил. ISBN 5-9231-0200-5.
8. Akkara JD, Kuriakose A. Commentary: Gamifying teleconsultation during COVID-19 lockdown. Indian J Ophthalmol. 2020;68(6): 1013–1014. doi:10.4103/ijo. IJO_1495_20.
9. David A. Berlin, M.D., Roy M. Gulick,

M.D., M.P.H., and Fernando J. Martinez, M.D. Severe Covid-19. The New England Journal of Medicine

Downloaded from nejm.org at UPPSALA UNIVERSITY on May 15, 2020. For personal use only. No other uses without permission.

10. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of

adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1054-62.

11. Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson BT, et al. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. *JAMA* 2012; 307: 2526-33.

12. Mao L, Jin H, Wang M, et al. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol* 2020 April 10 (Epub ahead of print).

13. Milena Sokolowska, Eva Untersmayr Иммунология COVID-19 механизмы, клинический исход, диагностика и перспективы. Отчет Европейской Академии Аллергологии и Клинической Иммунологии (ЕААСИ) С. 32-53.

14. Gregory Piazza, Umberto Campia, Shelley Hurwitz, Julia E. Snyder, Samuel Z. Goldhaber. Registry of Arterial and Venous Thromboembolic Complications in

Patients With COVID-19 *Journal of the American College of Cardiology* VOL. 76, NO. 18, 2020.

15. Guo T, Fan Y, Chen M, et al. Cardiovascular implications of fatal outcomes of patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol* 2020 March 27 (Epub ahead of print).

16. Mehta P, McAuley DF, Brown M, Sanchez E, Tattersall RS, Manson JJ. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. *Lancet* 2020; 395: 1033-4.

17. Goyal P, Choi JJ, Pinheiro LC, et al. Clinical characteristics of Covid-19 in

New York City. *N Engl J Med*. DOI: 10.1056/NEJMc2010419. Poston JT, Patel BK, Davis AM. Management of critically ill adults with COVID-19. *JAMA* 2020 March 26 (Epub ahead of print).

18. Wong HYF, Lam HYS, Fong AH-T, et al. Frequency and distribution of chest radiographic findings in COVID-19 positive patients. *Radiology* 2020 March 27 (Epub ahead of print).

19. Koh AHC, Koh LRS, Sheu SJ, Sakamoto T. What COVID-19 has taught us: lessons from around the globe. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2020;1-4. doi:10.1007/s00417-020-04791-9.