

6. Олимов С.Ш. Оценка эффективности профилактических мероприятий при ортодонтическом лечении детей с зубочелюстными деформациями.// Ўқув-услугий қўлланма. ЎзР ССВ томонидан 13.11.08 тасдиқланган. Ташкент. 2019. - 21 б.

7. J.N. Bakaev, S. Sh. Olimov. Modern approaches to diagnosis, etiology and pathogenesis of the upper permanent canine retention formation (Literature Review) / European Journal of Molecular & Clinical Medicine // Volume 07, Issue 03, 2020, ISSN 2515-8260 – P. 3815-3830.

8. Bakaev Zh.N.,Olimov S.Sh. New views on diagnostic methods for the formation of retention of the upper permanent canines (LITERATURE REVIEW) / International Journal on Integrated Education // Volume 3, Issue XII, December 2020, e-ISSN : 2620 3502, p-ISSN : 2615 3785, – P. 129-135.

9. Bakaev Zh.N., Olimov S.Sh. Treatment and prevalence of abnormal eruption of permanent canines (Literature review) / Middle EuroDean Scientific Bulletin // VOLUME 7, December 2020, ISSN 2694-9970, – P. 16-19.

10. Olimov S. Sh., Bakaev Zh. N., Rahmonova F. Z. The use of a modern computerized system in the diagnosis, prognosis and treatment of retentive permanent postyannyh canines / European Journal of Research Development and Sustainability (EJRDS) //Vol. 2 No. 2, February 2021, ISSN: 2660-5570, – P.76-78.

11. Olimov S.Sh., Bakaev J.N., Safarova M.J. Aspects of the formation of pain syndrome in the area of the masticatory muscles in the disease of the maxillary -mandibular composition. /International Journal On Human Computing Studies//Volume: 03 Issue: 1 January-February 2021, e-ISSN: 2615-8159|p-ISSN: 2 615-1898, – P. 117-121

12. Seligman D.A. Analysis of occlusal variables, dental attrition, and age for distinguishing healthy controls from female patients with intracapsular temporomandibular disorders / D.A. Seligman [et al.] // J Prosthet Dent. - 2000. - Vol. 1, № 83. - P. 76-82.

УДК: 616.98:578.834.11-06-[6.716.1-616.314-089-77

**ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ
ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Акбаров А.Н., Хабилов Д.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Одной из актуальных задач в стоматологии является усовершенствование принципов оказания ортопедической помощи больным с последствиями различных травм и хирургических вмешательств на тканях челюстно-лицевой области. Значимость этого вопроса обоснована ежегодным увеличением количества пациентов как пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий [Мадай Д.Ю., Черныш В.Ф - 2008], техногенных аварий и катастроф, перенесших хирургические вмешательства по поводу новообразований (М. И. Давыдов, 2010, Жулев Е. Н, 2008), так и деформаций и дефектов челюстно-лицевой области вызванных острыми гнойно-воспалительными заболеваниями вследствие перенесенного COVID-19.

Немаловажно сказать о клинических проявлениях острых гнойно-воспалительных заболеваниях верхней челюсти. Они многообразны и зависят от исходной локализации воспалительного очага, распространенности, формы и направления преимущественного

развития, морфологической структуры. В некоторых случаях симптомы могут напоминать обычный гайморит, либо вовсе отсутствовать.

Лечение острых гнойно-воспалительных заболеваниях верхней челюсти является сложной проблемой по нескольким причинам:

- сложность анатомического строения;
- близость к жизненно-важным органам;
- тяжесть общего состояния организма;
- функциональные и косметические дефекты после операций.

В настоящее время существует много схем лечебных мероприятий, которые применяются при острых остеомиелитах челюстей. Исходя из современных взглядов на патогенез остеомиелита челюстных костей И.И. Ермолаев предложил схему лечебных мероприятий этого заболевания, учитывая фазы патологического процесса. В фазе острого воспаления (начальный период развития гнойно-некротического процесса) необходимо: уменьшить «напряжение» тканей и дренировать очаги воспаления, предупредить развитие инфекции и образование некроза по периферии воспалительного очага, сохранить микроциркуляцию, снизить сосудистую проницаемость и образование вазоактивных веществ, уменьшить общую интоксикацию организма, создать покой пораженному органу, снизить нейрогуморальные сдвиги и уменьшить патологические рефлексy, провести симптоматическое лечение.

Характер лечебных мероприятий и последовательность их осуществления определяется тяжестью заболевания, характером и локализацией воспалительного процесса.

При удовлетворительном общем состоянии, нормальной или слегка повышенной температуре тела (до 37,5 град.) при наличии субпериостальных абсцессов, локализующихся в пределах альвеолярного отростка, больных можно лечить в условиях поликлиники с освобождением их от работы и предписанием постельного режима.

При неудовлетворительном состоянии больного, общей слабости, высокой температуре тела (свыше 37,5 град.) при очаговом или диффузном остеомиелите челюсти, особенно осложнившегося флегмоной, больной подлежит немедленной госпитализации в специализированный челюстно-лицевой стационар.

Решающее значение для ликвидации гнойно-воспалительного очага в кости и окружающих мягких тканях при остром остеомиелите имеет раннее хирургическое вмешательство в ранние сроки от начала заболевания. Однако при значительном распространении воспалительного процесса на тело нижней челюсти наблюдаются значительные нарушения микроциркуляции в костной ткани, которое выявляется при проведении реографии и сравнительной импедансометрии. В этих случаях производят бором с помощью бормашины наружной кортикальной пластинки тела нижней челюсти несколько перфорационных отверстий.

Кроме того, следует произвести вскрытие сопутствующих абсцессов и флегмон.

Назначают антибактериальную терапию: вначале антибиотики широкого спектра действия или остеотропного действия (линкомицин), а после выяснения характера микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам выбирают наиболее эффективный. В сочетании с антибиотиками назначают сульфаниламиды.

С целью снижения сосудистой проницаемости – 10% раствор хлористого кальция 10 мл внутривенно.

Антигистаминные препараты (десенсибилизирующая терапия) – димедрол, супрастин, диазолин и др.

Дезинтоксикационная терапия.

Симптоматическая терапия: болеутоляющие, жаропонижающие.

Операции выполняются двумя способами: с применением обычного скальпеля, и электрохирургического.

Обширный дефект, образовавшийся в полости рта после резекции верхней челюсти, промывают антисептиками, проводят гемостаз. Дефект тампонируют йодоформным тампоном и фиксируют изготовленный накануне операции хирургический obturator. Накладывают асептическую повязку. В послеоперационном периоде необходимы профилактика пневмонии, уход за полостью рта, рациональное питание больного. Уже на следующий после операции день больным разрешают садиться в постели, на третьи сутки — ходить по палате. Ежедневно врач должен промывать антисептиками рану в полости рта. Кормление больного осуществляется с помощью поильника жидкой или кашицеобразной пищей в небольших количествах (350 г), но часто (6—8 раз в сутки). Первая смена тампона под заранее изготовленной разобщающей пластинкой проводится через 6—8 дней. Частая смена тампона препятствует эпителизации раны. Через 2 недели приступают к дальнейшей ортопедической реабилитации.

В виду особенностей данной группы пациентов, при ликвидации обширных дефектов, возникающих после радикального удаления секвестров верхней челюсти, широкое распространение получил ортопедический способ, при котором функциональные и косметические дефекты устраняются в сравнительно короткие сроки. Эти методы описаны в работах И.М. Оксмана (1967), В.Ю. Курляндского (1969). В настоящее время применяют трехэтапную методику протезирования:

- 1 этап — перед операцией изготавливают непосредственный протез — защитную пластинку (хирургический obturator/ разобщающую пластинку), которую фиксируют к зубам верхней челюсти на здоровой стороне сразу после окончания операции. Эта пластинка выполняет роль своеобразной повязки в полости рта, предохраняя рану от загрязнения и травм. Так же помогает пациенту принимать пищу, разобщая ротовую полость от зоны операции, и удерживать тампон.
- 2 этап — на 10—15 сутки после резекции верхней челюсти изготавливают формирующий протез. Задача этого этапа — улучшить жевание, глотание, речеобразование, предупредить развитие рубцовой деформации лица, создать ложе для obturiрующей части постоянного протеза.
- 3 этап — на 30-е сутки изготавливают окончательный протез. Задачи третьего этапа протезирования — восстановить утраченные функции полости рта (жевание, глотание, речь), сохранить по возможности нормальный внешний вид больного. (Р.К. Гасымов (1990), В.В. Агапов (2002)) Причиной образования дефекта верхней челюсти может быть также неправильное проведение курса лучевой терапии, возникновение лучевого остеомиелита и, как следствие, образование костного дефекта. Приобретённые дефекты в области верхней челюсти могут локализоваться в пределах альвеолярной части, в пределах костного и мягкого нёба, а также могут быть сочетанными. При этом дефекты верхней челюсти бывают изолированными или сообщающимися с верхнечелюстной пазухой, может быть отсутствие одной из половин верхней челюсти или отсутствие обеих

половин верхней челюсти при полной её резекции. Оказание ортопедической помощи таким больным вызывает особые трудности.

Множество этиологических факторов, клинических и топографо-анатомических ситуаций зубочелюстно-лицевых дефектов в некоторой степени препятствует созданию всеобъемлющей и универсальной классификации данной патологии.

В настоящее время существует несколько классификаций: приобретенных верхнечелюстных дефектов по В.Ю. Курляндскому в зависимости от наличия или отсутствия опорных зубов; послеоперационных дефектов верхней челюсти по М. А. Слепченко, отражающая наиболее типичные виды функциональных и косметических нарушений челюстно-лицевой области, указывающая на наличие или отсутствие опорных зубов и отношение дефекта челюсти к дефектам соседних органов и тканей, дополненная М.З. Миргазизовым следующими признаками: этиология, локализация, особенности топографии и объем дефекта, характер предшествующего оперативного лечения, условия фиксации протеза.

По классификации приобретенных верхнечелюстных и нижнечелюстных дефектов по Л. В. Горбаневой-Тимофеевой, дополненная Б.К. Костур и В.А. Миняевой, рассматривающая указанную патологию в зависимости от тяжести и степени выраженности изъяна или деформации с учетом характера сращения или несращения отломков нижней челюсти. Авторы предлагают рассматривать 7 классов приобретенных дефектов верхней челюсти, а именно:

1. Дефекты альвеолярной части без проникновения в верхнечелюстную пазуху.
2. Дефекты альвеолярной части с проникновением в верхнечелюстную пазуху.
3. Дефекты костного нёба: передний, средний, боковой отделы, не заходящие на альвеолярную часть челюсти.
4. Дефекты костного нёба с захватом бокового отдела альвеолярной части челюсти с одной стороны, с захватом альвеолярной части с двух сторон, с захватом переднего участка челюсти.
5. Дефект костного нёба и мягкого или только мягкого.
6. Дефект, образовавшийся после резекции правой или левой верхней челюстей.
7. Дефект, образовавшийся после резекции обеих верхних челюстей

Не менее удачный, принцип систематики дефектов представлен J.S. Brown в клинической классификации верхнечелюстных пострезекционных дефектов, учитывающий четыре класса вертикального (хирургического) и три подкласса горизонтального (зубного) компонентов изъяна, в основу которой положено увеличение сложности хирургической и ортопедической реконструкции в каждом последующем классе и подклассе.

М.А. Агапану предложена классификация, основанная на отношении дефекта верхней челюсти к оставшимся зубам, включающая 6 классов дефектов:

1. Односторонний дефект по средней линии неба;
2. Односторонний боковой дефект с сохранением;
3. Дефекты твердого неба;
4. Дефекты, проходящие по центральной линии неба, затрагивающие большую часть верхней челюсти;
5. Двусторонние дефекты с незатронутой передней группой зубов;
6. Дефекты фронтальной области челюсти с сохранением жевательных групп зубов.

Проведение пластических восстановительных операций сопряжено с большими трудностями вследствие плохого приживления тканей из-за обилия рубцов после оперативного вмешательства, нарушения трофики тканей, наличие сопутствующей патологии внутренних органов либо сниженного иммунитета. (Уварова А.Г.- 2004)

Наиболее широкое распространение в странах СНГ и за рубежом при закрытии обширных дефектов челюстно-лицевой области получил ортопедический способ, при котором восстановление косметических дефектов может быть проведено в более короткие сроки. Снабжение больных временными и постоянными челюстно-лицевыми протезами с учётом их функциональной возможности уменьшает послеоперационное обезображивание лица и позволяет осуществить восстановление функции полости рта.

Отечественные и зарубежные исследователи в своих работах [Гаджикулиев А.А.- 2000, Жулев Е. Н.2008, Cheng A.C.2004, Davison S.P. 1998,] посвященных вопросам стоматологической реабилитации больных с дефектами челюстей отмечают необходимость своевременного изготовления зубных протезов и перераспределения функциональной нагрузки. Авторы указывают на необходимость раннего проведения ортопедических мероприятий, что позволяет в дальнейшем успешно замещать дефекты челюстей и способствует адаптации пациентов к зубочелюстным протезам.

Дефекты верхней челюсти весьма разнообразны по величине и форме, этим объясняется использование различных методик изготовления протезов и obturаторов, создание большого количества конструкций лечебных зубочелюстных и челюстно-лицевых аппаратов.

При устранении эстетических и функциональных нарушений сопровождающих дефект челюсти зачастую необходимо прибегнуть как к сложному хирургическому лечению, так и проведению вспомогательных ортопедических мероприятий [Кулаков А. А. 2009, Сысолятин П.Г.2004, Чучков В. М.2009].

Многие авторы [Гаджикулиев А.А.2000, Гаджикулиев А.А 2002, Гветадзе Р.Ш.2004, Железный СП.2008, Орлова О.А.2004, Oh W. S. 2006] в плане комплексного лечения больных с дефектами верхней челюсти, рекомендуют использовать имплантацию, как способ повышения эффективности комплексного лечения. Дробышев А.Ю. (2001) отмечает, что оптимальной для фиксации зубочелюстного протеза верхней челюсти является балочная конструкция на имплантатах. Но зачастую данные мероприятия недоступны, по причинам дороговизны проведения.

Литература/References

1. Adhikari S., Meng S., Wu Y., Mao Y., Ye R., Wang Q., Sun C., Sylvia S., Rozelle S., Raat H., et al. Epidemiology, causes, clinical manifestations and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID19) during the early outbreak period: A scoping review. *Infect. Dis. Poverty.* 2020;9:1–12.
2. Amorim dos Santos, J. et al. Oral manifestations in patients with COVID-19: a living systematic review. *J. Dent. Res.* 382, 141–154 (2020).
3. Ayub, K., Alani, A. Acute endodontic and dental trauma provision during the COVID-19 crisis. *Br Dent J* 229, 169–175 (2020).
4. Brandini D A, Takamiya A S, Thakkar P, Schaller S, Rahat R, Naqvi A R. Covid-19 and oral diseases: Crosstalk, synergy or association?
5. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn S C, Di Napoli R. Features, evaluation and treatment coronavirus (COVID-19). In *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (Florida): StatPearls Publishing, 2020.

6. Centers for Disease Control and Prevention. CDC updates, expands list of people at risk of severe COVID-19 illness. 2020.
7. Guan W.J., Ni Z.Y., Hu Y., Liang W.H., Ou C.Q., He J.X., Liu L., Shan H., Lei C.L., Hui D.S.C., et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N. Engl. J. Med.* 2020;382:1708–1720.
8. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Chen SD, Jin HG, Tan KS, Wand DY, Yan Y. Происхождение, передача и клинические методы лечения вспышки коронавируса COVID-19 (COVID-19) - обновленная информация о статусе. *Mil. Med. Res.* 2020; 7 : 1–10.
9. Jin, Jian-Min et al. “Gender Differences in Patients With COVID-19: Focus on Severity and Mortality.” *Frontiers in public health* vol. 8 152. 29 Apr. 2020
10. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Пути передачи 2019-nCoV и меры контроля в стоматологической практике. *Int J Oral Sci* 2020; 12: 1-6.
11. Sharipov S. , Xabilov N. L. Methods of safety of dental prosthetic practice during the covid-19 pandemum *EURASIAN JOURNAL OF ACADEMIC RESEARCH* May 2021; 845-854.
12. Tay M, Poh C, Rénia L, MacAry P, Ng L. The trinity of COVID-19: immunity, inflammation and intervention. *Nat Rev Immunol* 2020; 20: 363-374.
13. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris D H et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med* 2020; 382: 1564-1567.
14. Villa M. La Letalità in Italia: Tra Apparenza e Realtà [(accessed on 1 May 2020)];
15. Хабиллов Н.Л., Шарипов С.С. Interdisciplinary research: scientific horizons and perspectives I international scientific and theoretical conference Volume 3 Vilnius, 2021.
16. Zhou P., Yang X.L., Wang X.G., Hu B., Zhang L., Zhang W., Si H.R., Zhu Y., Li B., Huang C.L., et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature.* 2020;579:270–273.
17. Zhu N, Zhang D, Wang W et al. Новый коронавирус от пациентов с пневмонией в Китае 2019. *N Engl J Med* 2020; 382: 727-733.
18. Zou, X. et al. The single-cell RNA-seq data analysis on the receptor ACE2 expression reveals the potential risk of different human organs vulnerable to Wuhan 2019-nCoV infection. *Front. Med.*
19. Ван Д., Ху Б., Ху С. и др. Клинические характеристики 138 госпитализированных пациентов с пневмонией, инфицированной новым коронавирусом 2019 г., в Ухане, Китай. *JAMA* 2020; 323: 1061-1069.
20. Всемирная организация здравоохранения. Отчет о ситуации с новым коронавирусом (2019-nCoV). Доступно на сайте <https://www.who.int/> (по состоянию на август 2021 г.).
21. Камель А., Басуони А., Салем З. и др. Влияние состояния здоровья полости рта на тяжесть COVID-19, период выздоровления и значения С-реактивного белка. *Br Dent J* (2021).
22. Лу Р, Чжао Х, Ли Дж и др. Геномная характеристика и эпидемиология нового коронавируса 2019 г. : влияние на происхождение вируса и связывание с рецептором. *Ланцет* 2020; 395: 565-574.
23. Мадаминава Н.С., Акбаров А.Н., Зиядуллаева Н.С. Полость рта как входные ворота при инфекции covid-19. *Journal of Medicine Innovations.* 2021; 1: P. 22-25..
24. Мартин Каррерас-Пресас С., Амаро Санчес Дж., Лопес-Санчес А.Ф., Яне-Салас Э., Сомакаррера Перес М. Л. Пузырно-пузырчатые поражения полости рта, связанные с инфекцией SARS-CoV-2. *Oral Dis* 2020;
25. Софи-Махмуди, А. Пациенты с COVID-19 могут иметь некоторые оральные проявления. *Evid Based Dent* 22, 80–81 (2021).
26. Тран К, Кимон К, Северн М и др. Процедуры образования аэрозолей и риск передачи острых респираторных инфекций медицинским работникам: систематический обзор. *PLoS One* 2012; DOI: 10.1371 / journal.pone.0035797.
27. Эстебанес А., Перес-Сантьяго Л., Сильва Э., Гильен-Климент С., Гарсиа-Васкес А., Рамон М. Д. Кожные проявления при COVID19: новый вклад. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; DOI: 10.1111 / jd.v.16474