

## МЕТОДИКА МОДИФИЦИРОВАННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

*Хабилов Б.Н., Хабилов Д.Н., Насимова Э.А.*

**Аннотация:** Проведено ортопедическое лечение 40 пациентов с деформациями и дефектами челюстно-лицевой области, возникшими вследствие гнойно-воспалительного заболевания верхней челюсти, развившегося на фоне заболевания вирусной инфекции Covid-19, которым была необходима стоматологическая ортопедическая реабилитация после операции резекции верхней челюсти, из них, 24 мужчин и 16 женщин в возрасте от 40 до 65 лет. Исследование было проведено в период с 2019 по 2022 годы на кафедре и в клинике Ташкентского государственного стоматологического института.

**Ключевые слова:** ортопедическое лечение, Covid-19, съемные протезы.

Больные (40 человек), были разделены на 2 группы сравнения

- группу 1 составили 20 пациентов с протезами и obturаторами из *полиакриловой пластмассы (А/А)*. Данная группа была поделена на 2 подгруппы, 10 пациентам первой подгруппы были изготовлены протезы с двухслойным базисом с мягкой подкладкой. Остальным пациентам были изготовлены протезы без мягкой подкладки.

- группу 2 составили 20 пациентов, которым были изготовлены obturаторы из поливинилсилоксана, а протез из комбинированного материала (поливинилсилоксана и полиакрила) (ПВС/К).

Для группы контроля отобраны 20 пациентов с полной вторичной адентией (40-65 лет) без патологии сердечно-сосудистой и зубочелюстной систем.

Нами была предложена двухэтапная методика протезирования:

На первом этапе проводилось протезирование защитной разобщающей пластинкой. Она фиксировалась к мягким тканям сохраненных структур верхней челюсти и служила барьером от попадания пищи, слюны и травматизации раневой поверхности. На втором этапе, проводимом через две недели после операции резекции верхней челюсти был изготовлен разобщающий постоянный протез. Он служил для окончательного восстановления эстетических и функциональных нарушений (жевание, глотание, дикцию), а также ограничивал развитие рубцовой деформации лица, восстановил нормальный эстетический вид больного.

В хирургическое отделение больные поступили с диагнозом: острое гнойно-воспалительное заболевание и некроз верхней челюсти.

У больных с острым гнойно-воспалительным заболеванием челюстей, возникшем на фоне инфекционного заболевания Covid-19, при поступлении отмечалось тяжёлое общее состояние, болевая чувствительность и дискомфорт. Объективно было обнаружено гнойное отделяемое в мягких тканях ЧЛО, ограничение открывания рта, визуально определялись участки некротизированной кости.

В предоперационную стоматологическую подготовку входило изготовление резекционного формирующего obturator верхней челюсти для наложения непосредственно до операционного вмешательства на операционном столе. После получения оттисков верхней и нижней челюстей изготавливали стандартные гипсовые модели. Затем их фиксировали в окклюдаторе в положении центральной окклюзии по клинико-анатомическим ориентирам полости рта пациента.

После обследования и подготовки больных под общим обезболиванием всем пациентам была выполнена хирургическая операция – тотальная резекция верхней челюсти с одномоментным реконструктивно-восстановительным лечением и наложением стоматологического резекционного формирующего obturator верхней челюсти непосредственно на операционном столе. Хирургическое вмешательство включало вскрытие гнойных очагов в окружающих мягких тканях, удаление несостоятельных для сохранения зубов. Во время операции хирург произвел рассечение слизистой оболочки переходной складки в области верхней губы по средней линии и откидывание лоскута слизистой и подслизистой оболочек, после, был открыт доступ к туберу верхней челюсти, была произведена резекция некротизированных измененных мышечных тканей и костных участков, сглаживание острых костных краев. На этапе завершения операции в ротовую полость помещается и фиксируется к оставшимся структурам защитная пластинка.

Для сравнения эффективности послеоперационной реабилитации больных были разработаны конструкция защитного небного obturator двух видов. Для первой группы obturator был изготовлен из полиакриловой пластмассы. Для второй основной группы из поливинилсилоксановой прозрачной пластмассы. Объективно у первой группы пациентов была нарушена конфигурация лица, затрудненное открывание рта, слизистая оболочка при стоматоскопии была синюшного цвета, кровоточила. Больные предъявляли жалобы на болезненность при приеме пищи, актах глотания и жевания, а также на неприятный запах изо рта. Пациенты данной группы отмечали неудовлетворительную фиксацию, смещение и выпадение obturator при вдыхании воздуха, так как вдыхаемый через нос воздух давит на протез изнутри, сбрасывая его, выпадение obturator при жевательных движениях нижней челюсти, а также нарушение дыхания,

глотания и гнусавость речи. Пациенты обеих групп жаловались на западание мягких тканей щеки или губы, снижение нижней трети лица и неудовлетворительный эстетический вид тканей лица.

У пациентов второй группы с obturаторами из поливинилсилоксанового материала объективно была нарушена конфигурация лица за счет деформации верхней челюсти и губы, открывание рта в полном объеме, не затруднено, артикуляция нижней челюсти производилась свободно. Больные испытывали боли при актах глотания и жевания. На этапе первичного клинического обследования под obturатором были выявлены воспалительные изменения мягкой пальпируемости, слабоболезненные при пальпации, с наличием гнойно-геморрагического отделяемого и неприятным запахом. Кровоточивость была снижена по сравнению с первой основной группой. Пациенты данной группы отмечали удовлетворительную степень фиксации по сравнению с первой группой. Объективно было отмечено точное прилегание тела obturатора к анатомическим структурам полости рта пациентов, что способствовало облегчению приема пищи и дыхания. Легкость конструкционного материала обеспечивала хорошую фиксацию и препятствовала выпадению obturатора. Послеоперационное восстановление данной группы пациентов после фиксации obturатора проходило более гладко, по сравнению с первой группой пациентов. Таким образом, толщина и вес obturатора из поливинилсилоксанового материала обеспечивает легкое наложение и фиксацию к анатомическим структурам, стабилизацию и точность прилегания к протезному ложу в полости рта. Тем самым, повышается качество изоляции постоперационной раны от пищи, ротовой жидкости, травматизации, и обеспечивается быстрое заживление. Постоперационный obturатор способствует формированию протезного ложа для последующей установки окончательного obtурирующего протеза.

Следующим этапом реабилитации исследуемых пациентов было протезирование obtурирующим постоянным протезом в средние сроки от двух до трех недель после оперативного вмешательства.

Через 2 недели после операции состояние пациентов было удовлетворительным, заживление раневой поверхности протезного поля протекало стабильно. Раны губы и носогубных складок не имели признаков воспаления, раны во рту зажили первичным натяжением, гнойного отделяемого не наблюдалось. Раневую поверхность покрывал фибриновый налет, наблюдалась отечность мягких тканей в области протезного поля. Субъективно, послеоперационный защитный obturатор способствовал частичному восстановлению жевательной, речевой и эстетической функций.

В группе контроля у большинства пациентов, 18 человек (90%) неоднократность расхождения с нормативными показателями была меньше,

улучшилось качество произношения слов.

Было выявлено, что особенное строение комбинированного протеза способствует его лучшей стабилизации, по сравнению с конструкцией obtурирующего протеза из полиакриловой пластмассы, поскольку находится в более точном соответствии с формой соприкосновения оставшихся анатомических структур полости рта пациентов с тотальной резекцией верхней челюсти, а также выявляет края, необходимые для данного протезного ложе и дефекта. По истечению нескольких дней больные указывали на удобство при ношении конструкций протезов, улучшение эстетики лица, а также улучшение функции речеобразования. Легкий удельный вес комбинированного obtурирующего протеза из поливинилсилоксана и акрила также способствовал лучшей неподвижности протеза в области изъяна, обеспечивая равномерную нагрузку на СО и костную ткань сохранившихся структур, исключая выпадение протеза при широком открывании рта, артикуляции нижней челюсти и движении мягких тканей (губы, щеки). Во II основной группе получилось добиться привыкания к протезам у большего процента больных в сроки до 20 дней, в сравнении с I основной группой, это доказывают данные, полученные при субъективном и клиническом обследовании.