

**ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ,
УЧИТЫВАЕМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

М.О.Абдукадиров

*Андижанский государственный медицинский институт ассистент кафедры
хирургической стоматологии.*

Аннотация:Тенденция роста количества различных опухолевых заболеваний челюстно – лицевой области в настоящее время актуализируется как распространенная медико-социальная проблема. А хирургическое иссечение новообразований, как основной метод лечения, может приводить к дефектам и деформациям челюстно-лицевой области.

Ключевые слова:медико-социальная проблема, деформация, ЗНО, костной ткани, макроскопический кость.

Тенденция роста количества различных опухолевых заболеваний челюстно – лицевой области в настоящее время актуализируется как распространенная медико-социальная проблема. А хирургическое иссечение новообразований, как основной метод лечения, может приводить к дефектам и деформациям челюстно-лицевой области. Технический прогресс способствует улучшению качества диагностики подобных заболеваний, вместе с тем растет и количество случаев заболеваемости [5]. Оттягивание сроков ортопедического лечения после реконструктивной операции на челюстях отрицательно влияет на функциональность желудочно-кишечного тракта. Плохая обработка пищи в ротовой полости, вследствие несостоятельности зубочелюстной системы, является одной из этиологических причин возникновения нарушений пищеварительной системы [5]. В настоящее время качественная реабилитация пациентов с дефектами и деформациями челюстей вследствие оперативного вмешательства по поводу ЗНО, без ортопедического этапа лечения практически невозможна.

В современной стоматологии продолжают поиски решения проблем связанных с качественными способами эстетического и функционального после хирургического лечения ЗНО челюстно-лицевой области. Объем и область оперативного вмешательства оказывает влияние на последующее ортопедическое лечение и дальнейший реабилитационный период [6]. Хирургическая операции по поводу удаления опухолевых новообразований и реконструкции челюстно-лицевой области связана с возникновением постоперационных дефектов и деформаций, ведущих к функциональным нарушениям зубочелюстной системы и к эстетическому нарушению внешнего вида лица [8]. Основная задача ортопедической реабилитации данного контингента пациентов – восстановить и нормализовать функциональное состояние зубочелюстной системы. [2]. Основными способами ортопедического замещения дефектов ЧЛО вследствие хирургического лечения ЗНО является применения резекционных, формирующих и замещающих зубочелюстных конструкций. Качественная фиксация важна ля эффективного восстановления особо значимых функций, таких как дыхание, жевание, глотание, речеобразование, необходима качественная фиксация подобных конструкций в ротовой полости [5].

Костная ткань челюстей обладает целым комплексом функций, обеспечивающих нормальную деятельность всей зубочелюстной системы. Благодаря своему анатомо-топографическому строению костная ткань челюстей способна выдерживать высокую жевательную нагрузку и способствовать ее равномерному распределению по челюстно-лицевому скелету.

Структура костной ткани – это, костный матрикс и костные клетки остеобласты, остеокласты, остециты внутри него. [8].

Клетки остеобласты имеют цилиндрическую форму, они способствуют регенеративным процессам и росту костной ткани. Их подразделяют на остеобласты активной и неактивной формы. Активные остеобласты вырабатывают органический матрикс, и способствуют его минерализации, затем эти же клетки видоизменяются в остециты. Неактивные остеобласты связываясь с остеоцитами, пропускают через себя биомолекулы, которые преобразуют механические импульсы в биохимические [4]. Клетки остециты посредством мембранных отростков, соединяются друг с другом и с неактивными остеобластами, так они транспортируют минеральные вещества, обеспечивают единство минерализованного матрикса и регулируют ионы кальция в крови [3].

Клетки остеокласты имеют наибольший размер среди клеток организма, они участвуют в процессах резорбции и ремоделирования костного матрикса. Их местоположение - лакуны Хаушипа (ниши резорбции) [8].

Костная ткань на поверхности выстлана мезенхимальными остеогенными клетками, из них же состоит основа костного мозга. Толща этих клеток образует мезенхимальный слой надкостницы, поверхность перителения сосудов расположенных в толще кости. В активную фазу данные клетки переходят в течение 3-5 дней и могут трансформироваться в остециты, хондроциты или фибробласты [4].

Матрикс костной ткани состоит из органического и неорганического компонентов [2].

Макроскопический кость состоит из двух слоев - компактного и губчатого. Компактный слой, в свою очередь, состоит из слоистых остеонов, которые разделяются между собой, так называемыми, линиями цементирования, представляющих из себя скопление разрушенных остеонов[1]. Губчатый слой кости состоит из трабекул – костных пластинок - расположенных слоями и трофический снабжающихся некоторыми сосудами. Толща губчатого слоя заполнена рыхлой соединительной тканью, кровеносными сосудами обеспечивающих гемопоз [11].

Строение костной ткани челюстей имеет ряд особенностей: остеоны компактного слоя кости короткие и расположены когерентно поверхности кости, остеоны, расположенные по косой линии соединяются с дуговыми остеонами межкорневых трабекул, тем самым образуя систему контрфорсов челюстей. Особенность нижней челюсти состоит в том, что в переднем отделе лишь незначительный слой губчатого вещества, и большая ее часть состоит из плотной компактной кости[1].

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР:

1. Javed F, Vohra F, Zafar S, Almas K. Significance of osteogenic surface coatings on implants to enhance osseointegration under osteoporotic like conditions. *Implant Dent.* 2014;23(6):679-686.
2. Özdemir H., Özdoğan A. Bond strength of resilient lining materials to denture base resin: a systematic review and meta-analysis. *J Prosthodont* 2018;27:828–841.
3. A novel surgical-prosthetic approach for soft tissue dehiscence coverage around single implant / G. Zucchelli [et al.] // *Clin Oral Implants Res.* -2013. - Vol. 24, № 9. - P. 957-62
4. Aas JA, Paster BJ, Stokes LN, Olsen I, Dewhirst FE. Defining the normal bacterial flora of the oral cavity. *J Clin Microbiol.* 2005;43:5721–32.
5. Aghaloo TL, Moy PK. Which hard tissue augmentation techniques are the most successful in furnishing bony support for implant placement? *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2007;22(Suppl):49–70.
6. Albertini M., López-Cerero L., O’Sullivan M.G., Chereguini C.F., Bullón P. Assessment of periodontal and opportunistic flora in patients with peri-implantitis. *Clin. Oral Implants Res.* 2015;26:937–941.

7. Alsaadi G, Quirynen M, Komarek A, van Steenberghe D. Impact of local and systemic factors on the incidence of oral implant failures, up to abutment connection. *J Clin Periodontol.* 2007;34(7):610-617.
8. Al-Soud WA, Jönsson LJ, Rådström P. Identification and characterization of immunoglobulin G in blood as a major inhibitor of diagnostic PCR. *J Clin Microbiol.* 2000;38:345–50.
9. Al Wahadni A, Barakat MS, Abu Afifeh K, Khader Y. Dentists' most common practices when selecting an implant system. *J Prosthodont* 2018;27(3):250,259
10. Ata-Ali J., Flichy-Fernández A.J., Alegre-Domingo T., Ata-Ali F., Palacio J., Peñarrocha-Diago M. Clinical, microbiological, and immunological aspects of healthy versus peri-implantitis tissue in full arch reconstruction patients: A prospective cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2015;15:43.
11. Baehni P.C., Takeuchi Y. Anti-plaque agents in the prevention of biofilm-associated oral diseases. *Oral Dis.* 2003;9(Suppl. 1):23–29.