

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Ф.А. ХАМИТОВА¹, Ф.И. МУСУРМАНОВ², С.С. ШАДИЕВ²

1 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

2 - Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЖАҒЛАР ИЛДИЗОЛДИ ОДОНТОГЕН КИСТАЛАРИНИ ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Ф.А. ХАМИТОВА¹, Ф.И. МУСУРМАНОВ², С.С. ШАДИЕВ²

1 - Бухоро давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро

2 - Самарқанд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд

IMPROVING THE TREATMENT OF METHODS ODONTOGENIC CYSTS OF THE JAWS

F.A. HAMITOVA¹, F.I. MUSURMANOV², S.S. SHADIYEV²

1 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

2 - Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

2010 йилдан 2015 йил мобайнида 42 нафар жсағлар кистаси бўлган беморлар кузатилган. Улардан 32 нафарида катта ҳажмдаги бўйлиқлар учраган. Бу беморларда операциядан кейин ҳосил бўлган бўйлиққа тромбоцитлар билан тўйинган қон зардоби қўлланилган. Операциядан кейинги даврда 2 беморда яра четларининг инфильтрацияси кузатилган. Операциядан кейинги шиллар 6-7 суткада йўқолган. 1 ойдан кейин ва кейинги кунларда беморлар шикоят қилишмаган. Яра соҳасидаги шиллиқ қават одатдаги тусда бўлган. 6 ойдан сўнг рентгенографияда дефектнинг тўлганлиги кузатилади. Тўғри танланган суяк пластик моддалари оптимал муддатларда катта суяк нуқсонларининг тикланиши ва органотипик суяк ҳосил бўлишини таъминлайди. Бу операциядан кейинги реабилитация даврини камаййтириб тишига барвақт функционал босим беришига шароит яратиб беради.

Калит сўзлар: жсағ кисталари, даволаш.

During the period 2010-2015 were observed 42 patients with odontogenic cysts of the jaws. From them, extended defects of the jaws have been observed in 32 patients. For suffusion of osseous cavity with platelets rich plasma of the blood were used to these patients. In the first 12 hours of postoperative period the infiltration margins of the wound were expressed in 2 patients. Elimination of postoperative wealing were observed for 6-7 days. In a month and following periods of observation there wasn't any complaints by patients, the mucous membrane of surgical operation was in pale pink color, without wealing. In the 6th month were observed full restoration of defects in rentgenological checkup. The usage of osteoplastic materials in right way will contributes for restoration of large bone defects with organotypical bone formation, corresponding the anatomy of the area, in optimal period, which makes short the period of post operational rehabilitation period of the patients and will contributes early functional exertion of the organs.

Keywords: cysts of the jaws, treatment.

Актуальность: Совершенствование методов лечения одонтогенных кист челюстей продолжает оставаться актуальной проблемой хирургической стоматологии. Это обусловлено широкой распространённостью заболевания, возможностью возникновения таких осложнений, как нагноение кисты, развитие остеомиелита, деформация челюстей, потеря зубов, возникновение патологического перелома и даже так называемого центрального рака челюсти из эпителия стенки кисты, а также достаточно часто возникающих рецидивов после проведённого хирургического лечения [4,5,6].

При оценке величины костного дефекта, образующегося после удаления одонтогенных кист, пользовались рабочей классификацией по-

lostных дефектов малых, средних, больших и обширных размеров [2,3,4].

Основными оперативными вмешательствами при лечении обширных кист челюстей являются цистотомия, цистэктомия и двухэтапная операция. Выбор метода цистотомии либо цистэктомии при лечении обширных кист челюстей дискутируется многими авторами.

Материалы и методы исследований. За период 2010-2015гг под нашим наблюдением находились 42 больных с одонтогенными кистами челюстей, из которых 32 классифицировались как обширные. Из общего числа пациентов с обширными кистами челюстей 14 были женщины и 18 мужчины в возрасте от 18 до 64 лет.

Радикулярные кисты встречались в 16 случаях, фолликулярные у 9 больных, резидуальные

у 5 больных. Обширные кисты на верхней челюсти встречались у 19 больных, на нижней у 13.

Жалобы больных с ненагноившимися обширными кистами при поступлении сводились к наличию деформаций челюсти или свищей на альвеолярном отростке, а на нижней челюсти 6 больных отмечали онемение нижней губы. При нагноении кист ухудшалось общее состояние, больные жаловались на появление болей и припухлости.

При ненагноившихся кистах при осмотре со стороны полости рта у 19 больных определялась сглаженность или выбухание округлой формы передней стенки челюсти в области переходной складки. Пальпация деформаций была безболезненной, границы выбуханий четкими. Симптом Дюпюитрена наблюдался у 18 пациентов. У 5 больных с кистами в области больших коренных зубов верхней челюсти не наблюдалось видимой деформации челюсти в связи с ростом кисты в сторону верхнечелюстной пазухи. При наличии дефекта кости челюсти под слизистой оболочкой пальпировалась костное окно, в центре которого определялась флюктуация.

Диагностику одонтогенных обширных кист проводили методом пункционной биопсии, рентгенологического обследования (ортопантомограмма и рентген челюстей) и при необходимости

компьютерной томографии. Во время пункции кисты получали опалесцирующую прозрачную жидкость. При нагноении кисты в пунктате появлялся гной.

Рентгенологическая картина кист характеризовалась наличием участка разрежения костной ткани округлой формы с четкими границами. В случае фолликулярных кист в кистозную полость проецируется коронка ретенированного зуба либо полностью весь зуб.

Всем пациентам была проведена операция-цистэктомия с заполнением остаточной костной полости, обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП). У 19 пациентов операция проводилась под местным обезболиванием (Sol. Ubistesini forte 4 %, Sol. Supercaini 6,0 ml), у 11 под общим эндотрахеальным обезболиванием.

Цистэктомия всем больным выполнялась по классической методике. Удаление кист в данных случаях производилось по типу энуклеации. Зубы, корни которых находились в кистозной полости и представляли функциональную ценность сохранялись. Предварительно проводилась их депульпация и эндодонтическое лечение. После полного удаления кистозной оболочки, образовавшаяся костная полость обрабатывалась антисептиками и заполнялась обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП). Рана ушивалась наглухо.

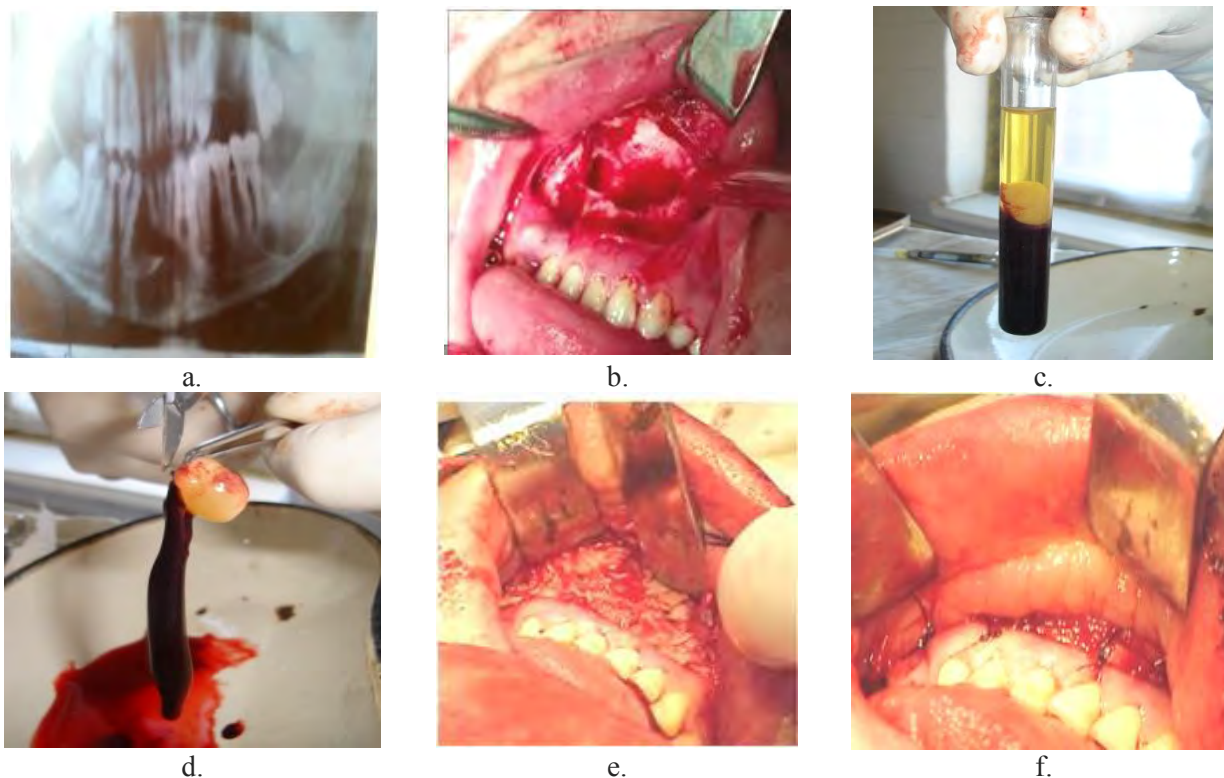


Рис. 1. Этапы операции цистэктомии с применением О.Т.П.

а)- Ортопантомограмма б)- Полость кисты вскрыта с)- ОТП в пробирке д)- ОТП подготавливается к замещению. е)- Полость заполнен ОТП. ф) Наложение швов на рану

Результаты исследований и обсуждение.

Динамическое наблюдение за больными включало прежде всего клиническое обследование, которое проводили по общепринятой методике на 2-7, 14-е сутки, спустя 1,3,6 месяцев и через год после оперативного вмешательства. Рентгенологический контроль включал панорамную рентгенографию челюстей. В первые сутки выраженная инфильтрация краев раны отмечалась у 2 больных. Ликвидация послеоперационного отека наблюдалась на 6-7 сутки. Расхождение швов в послеоперационном периоде не наблюдалось ни в одном случае.

При повторном обследовании через 1 мес. и последующие сроки наблюдения больные жалоб не предъявляли, слизистая оболочка в области оперативного вмешательства была бледно розового цвета, без отека. На 6-м месяце рентгенологически наблюдалось полное восстановление дефекта, однако гомогенности не наблюдалось. Зрелая органотипичная костная ткань прослеживалась по периферии дефекта.

В центральных участках костный рисунок не носил признаков органотипичности: не наблюдалось сформированных гаверсовых каналов, типичного костного рисунка, минерализации кости. При контрольной рентгенографии через год у всех больных наблюдалось полное восстановление костного дефекта с органотипичным строением и минерализацией. Снижения высоты костной ткани не наблюдалось ни в одном случае, что очень важно для дальнейшей имплантологической реабилитации больных.

Выводы:

1. Вопреки существующим противопоказаниям к цистэктомии, можно заключить, что обширные одонтогенные кисты челюстей с вовлеченными более 2-3 интактными зубами и с истончением нижней костной стенки меньше чем 1 см не являются однозначным показанием для цистэктомии.
2. Применение правильно выбранных костно-пластических материалов способствует восстановлению больших костных дефектов с образованием органотипичной кости, соответствующей анатомии данного участка, в оптимальные сроки, что укорачивает постоперационный реабилитационный период больных и способствует ранней функциональной нагрузке органа.

Литература:

1. Арутюнян А.А. Экспериментально-клиническое обоснование применения насыщенной тромбоцитами плазмы при ксенотрансплантации дефектов альвеолярного отростка. автореф. диссер. канд.мед.наук. -Ереван. -2009. - 21 стр.

2. Барков В.Н. Экспериментально морфологическое обоснование применения нейрорепептидов и деминерализованного костного матрикса при лечении больных с кистами челюстей. автореф. диссер. канд.мед.наук. -2008. - 23 стр.
3. Галецкий Д.В. Оценка эффективности различных методов хирургического лечения одонтогенных кист челюстей. автореф. диссер. канд.мед.наук. Санкт-Петербург. -2010. - 17 стр.
4. Губайдуллина Е.Я., Цегельник Е.Н., Лузина В.В., Топленинов Д.Ю. Опыт лечения больных с обширными кистами челюстей. Стоматология (Москва), 2007; 3: 51-53 стр.
5. Макаренко Т.Г. Клинико-экспериментальное обоснование выбора остеопластических средств при оперативном лечении одонтогенных кист челюстей. автореф. диссер. канд.мед.наук. -Москва. -2007. - 25 стр.
6. Макарьевский И.Г. «Применение аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами при операциях имплантации дентальных устройств с памятью формы через свежие лунки удаленных зубов». г. Новокузнецк 2007.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Ф.А. ХАМИТОВА¹, Ф.И. МУСУРМАНОВ²,
С.С. ШАДИЕВ²

- 1 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара
- 2 - Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

В период от 2010 до 2015 года наблюдались 42 больных с одонтогенными кистами челюстей. Из них 32 пациентов наблюдалось обширные дефекты челюстей. Этим больным использовалась для заполнения костной полости обогащенная тромбоцитами плазма крови. В послеоперационном периоде в первые сутки выраженная инфильтрация краев раны отмечалась у 2 больных. Ликвидация послеоперационного отека наблюдалась на 6-7 сутки. Через 1 мес. и последующие сроки наблюдения больные жалоб не предъявляли, слизистая оболочка в области оперативного вмешательства была бледно розового цвета, без отека. На 6-м месяце рентгенологически наблюдалось полное восстановление дефекта. Применение правильно выбранных костно-пластических материалов способствует восстановлению больших костных дефектов с образованием органотипичной кости, соответствующей анатомии данного участка, в оптимальные сроки, что укорачивает постоперационный реабилитационный период больных и способствует ранней функциональной нагрузке органа.

Ключевые слова: кисты челюсти, лечение.