

term and late preterm infants. Cochrane Database Syst Rev 12(CD002054):1–36, 2014. doi: 10.1002/14651858.CD002054.pub3.

8. Natarajan CK, Sankar MJ, Jain K, et al: *Surfactant therapy and antibiotics in neonates with meconium aspiration syndrome: A systematic review and meta-analysis. J.Perinatol 36(Suppl 1):S49–S54, 2016. doi: 10.1038/jp.2016.32.*

УДК: 616.716.4 –006.2 – 089

<https://doi.org/10.34920/min.2021-3.036>

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ЛЕЧЕНИЕ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПУТЕМ СОЗДАНИЕ ДЕКОМПРЕССИОННОГО ОКНА



Аскарлов М.А., А.М. Азимов., Исокжонов Ш.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

В статье рассмотрен клинический случай лечения радикулярной кисты нижней челюсти от 3.6 зуба путем создания декомпрессионного «окна», который позволяет уменьшить объем кисты вплоть до полного восстановления костной структуры, а также обеспечить целостность окружающих анатомических структур. Последующее заполнение полости новообразованной костью происходит вследствие вторичного остеогенеза. Данная операция может быть проведена в амбулаторных условиях хирургического стоматологического кабинета под местной анестезией.

Актуальность. На сегодняшний день одной из наиболее актуальных проблем современной челюстно-лицевой хирургии является лечение кист челюстей человека атравматично и с сохранением целостности зубного ряда. Значимость этой тематики определяется его частотой, распространенностью среди детей, подростков и молодых людей. В структуре стоматологических заболеваний пациенты с одонтогенными кистами челюстей занимают важное место. Радикулярные кисты составляют 94-96% среди одонтогенных кист челюстей, выявляющихся у взрослых. Наиболее частая локализация радикулярных кист на верхней челюсти, реже – на нижней [3,4,6]. Несмотря на современные консервативные методики лечения, нуждаемость в хирургическом лечении одонтогенных кист не уменьшается. Основным хирургическим методом лечения одонтогенных кист челюстей является операция цистэктомия, реже – цистотомия [1,4,7]. Результаты научных исследований

свидетельствуют о том, что ущерб, нанесенный в молодости опорным зубным тканям, невосполним и в среднем возрасте это приводит к значительному разрушению зубного аппарата. Сохранение зубов, расположенных в зоне кисты, задача стоматолога при лечении околокорневых кист [2,3,4]. Важно правильно поставить диагноз, исключая онкологическую патологию полости рта из-за сходства клинических проявлений патологии [5,8].

Цель исследования

Обосновать ценность использования декомпрессионного метода лечения радикулярных кист нижней челюсти.

Для лечения радикулярных кист давно используют классические плановые оперативные вмешательства (цистотомия, цистэктомия), с помощью которых достигается высокий процент излечения. Выбор метода лечения зависит от размера кисты, близости к важным анатомическим образованиям, месторасположения в челюсти [1,4,7]. Операция может проводиться как в амбулаторных условиях, так и в стационаре. Однако этого удается достичь при определенных условиях (удаление «причинных» зубов, радикальность операции). В современных условиях, когда пациенты предъявляют требования к быстрому процессу реабилитации и сохранению эстетики на всем протяжении лечения, требуются некоторые модификации классических этапов операции. Лечение кист начинается с диагностики. Компьютерная томография – обязательный этап обследования. Вторым важным моментом является морфологическое исследование образования. В некоторых случаях при классическом медленном росте, типичном расположении кист допустимо одномоментное удаление образования и замещение образовавшегося дефекта аутогенным, ксеногенным или аллогенным трансплантатом после морфологического исследования [3,4,6].

Материалы и методы

Пациентка М., 14 лет, в октябре 2020 года обратилась в частную стоматологическую клинику «Azimov brothers». Из анамнеза заболевания известно, что в 2018 году 36 зуб был лечен по поводу кариеса, на момент обращения активных жалоб не предъявляла. В 2019 году отмечала "флюс" в проекции корня 36 зуба и увеличение подчелюстных лимфатических узлов. За медицинской помощью не обращались. В 2020 году обратилась в отделение детской челюстно-лицевой хирургии, где был поставлен диагноз «Радикулярная киста нижней челюсти от 3.6, 3.7 зубов», была проведена компьютерная томография челюстно-лицевой области. По результатам исследования был выявлен очаг деструкции костной ткани в боковом отделе нижней челюсти в области 3.6, 3.7, 3.8 (рис. 1, 2). После осмотра хирургом-стоматологом был поставлен диагноз: Радикулярная киста нижней челюсти от 36 зуба. Больной предложено оперативное лечение.

Результаты и обсуждение. Во время подготовки к операции было проведено клинко-лабораторное обследование. В результате, которого деформаций нижней челюсти выявлено не было, при пальпации фронтального отдела нижней челюсти данных за новообразование в толще кости также не выявлено, стенка кисты при надавливании на нее не прогибалась, слизистая оболочка в проекции кисты в цвете не изменена, бледно-розовой окраски, умеренно увлажнена. Видимых внешних изменений со стороны зубочелюстной системы выявлено не было. Исследование электровозбудимости зубов изменений в пульпе 37 зуба не обнаружило (ЭОД 2 мА). Перкуссия 36, 37 зубов незначительно болезненная, фриз-тест 3.6,

3.7 зубов отрицательна, дрил-тест 37 зуба положительный. Было принято решение о проведении операции - цистотомии нижней челюсти по типу декомпрессии с созданием трепанационного отверстия. Такой метод был выбран, для того чтобы провести полное удаление видимого поражения, минимизировать риск рецидива и достигнуть оптимального эстетического и функционального результата.

После детального разъяснения пациентке и ее родителям о предстоящем оперативном вмешательстве, они согласились подвергнуться операции и подписали информированное согласие. Пациентка была направлена к стоматологу-терапевту на эндодонтическое лечение 3.6 зуба.

Под местной инфильтрационной анестезией Sol. Articaini 1:100000 - 1,5мл проведен вертикальный разрез мягких тканей в проекции апекса дистального корня 3.6 зуба длиной 0,5 см. Проведено скелетирование компактной пластинки фронтального отдела нижней челюсти. Визуальных изменений костной ткани не выявлено (узуры, деформации). При помощи шаровидной фрезы проведено вскрытие костной полости. Диаметр трепанационного отверстия составил 0,5 см. Из полости кости под давлением эвакуировано около 5 мл прозрачной жидкости светло-желтого цвета. Жидкость взята на цитологическое исследование. Установлен катетер, костная полость промыта теплым физиологическим раствором для удаления продуктов расщепления и ферментов. Осуществлен контроль на гемостаз. На рану наложен узловый шов полиамидной нитью 6-0. (Рис. 3) В последующие трое суток проводилось промывание полости теплым физиологическим раствором. При Рис.1. Компьютерная томография пациента до лечения.

процедуре промывания какого-либо отделяемого не было. Катетер был удален на четвертые сутки.

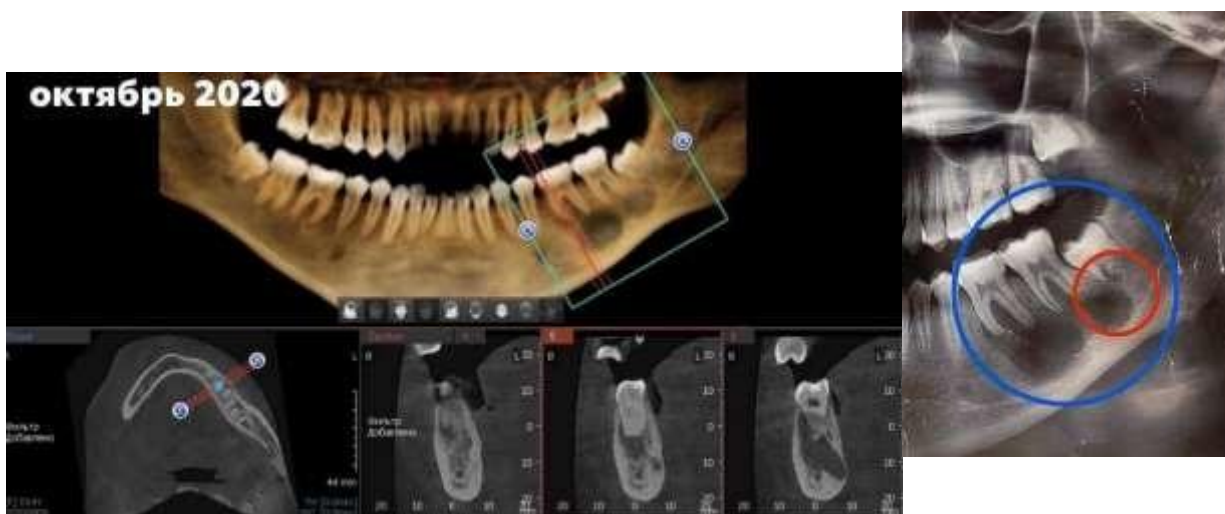




Рис. 2. После установки катетера и наложения швов.

Результаты и их обсуждение

Ранний послеоперационный период протекал гладко. Заживление раны проходило первичным натяжением без осложнений. Период нетрудоспособности составил 1 неделю. Было сформировано трепанационное отверстие для создания декомпрессионного эффекта, позволяющего провести обработку полости кисты растворами антисептиков. месяцев показал удовлетворительные результаты без рецидива.

Контрольное обследование за процессом лечения через 3 и 6 месяцев с использованием лучевых методов диагностики показал постепенное восполнение дефекта новообразованной костной тканью, которая с течением

Рис. 3. Компьютерная томография пациента 6 месяцев после лечения



времени стала приобретать нормальную плотность (рис. 3). Последующий осмотр через 6 месяцев.

Выводы.

Радикулярные кисты челюстей – распространенная патология среди лиц молодого возраста, лишая детей и юношей возможности вести нормальный образ жизни.

Исходя из проведенной методики консервативного лечения с созданием «окна» позволяет постепенно уменьшать объем кисты вплоть до полного восстановления костной структуры и при этом обеспечивает целостность окружающих структур (зубов, сосудисто-нервного пучка третьей ветви тройничного нерва). Эффективная декомпрессия кисты, которая достигается путем создания «окна» в костной полости позволяет не просто санировать полость кисты растворами антисептиков, но и получить необходимый гистологический материал (костного материала и оболочки кисты) для дальнейших исследований. Последующее заполнение дефекта костной полости новообразованной костной тканью происходит вследствие вторичного остеогенеза.

Операция может быть проведена в условиях хирургического стоматологического кабинета под местной анестезией. Период нетрудоспособности, как правило, не превышает 1 неделю.

Резюме: Эффективная декомпрессия кисты, которая достигается путем создания «окна» в костной полости позволяет не просто санировать полость кисты растворами антисептиков, но и получить необходимый гистологический материал (костного материала и оболочки кисты) для дальнейших исследований. Последующее заполнение дефекта костной полости новообразованной костной тканью происходит вследствие вторичного остеогенеза.

Ключевые слова: Радикулярная киста, декомпрессия, остеоперфорация.

Summary: Effective decompression of the cyst, which is achieved by creating a "window" in the bone cavity, allows not only sanitizing the cyst cavity with antiseptic solutions, but also obtaining the necessary histological material (bone material and cyst shell) for further research. Subsequent filling of the bone cavity defect with newly formed bone tissue occurs as a result of secondary osteogenesis.

Key words: Radicular cyst, decompression, osteoperforation.

Литература/References

1. Губайдуллина Ж.Я. Опыт лечения больных с обширными кистами челюстей // *Стоматология*. — 2007 -№1. - с. 84-86.
2. Ешиев, А. М. Методика лечения радикулярных кист различными остеопластическими средствами // *Молодой ученый*. — 2011. — № 8 (31). — Т. 2. — С. 149-152. — URL: <https://moluch.ru/archive/31/3520/>
3. Ешиев, А. М. Стимуляция заживления послеоперационных костных дефектов на альвеолярных отростках верхней и нижней челюсти // *Молодой ученый*. — 2012. — № 3 (38). — С. 445-447. — URL: <https://moluch.ru/archive/38/4351>
4. Кузьминых И.А. Восстановление костных структур после проведенного хирургического лечения крупной радикулярной кисты нижней челюсти. // *Тр.*

Ижевской государственной медицинской академии. – Ижевск, 2007. - Т. 45. - С. 156-157.

5. *Мамаева, Е.В. Пародонтологический статус и функциональное состояние организма у подростков: дис. д-ра мед. наук / Мамаева Елена Владимировна. М., 2007. – 196 с.*
6. *Раад, З.К. Osteопластическое замещение дефектов челюстей при лечении одонтогенных кист / З.К. Раад, Т.В. Веселова, А. Биabi // Институт стоматологии. – 2014. – № 2 (63). – С.36–38.*
7. *Рахимов З.К., Чиргалиев М.Ж., Пулатова Ш.К. Совершенствование методов лечения радикулярных кист челюстей. Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина» (30) 2019. №2 – февраль*
8. *Цинеккер, Д.А. Особенности хронического гипертрофического гингивита у подростков 13–15 лет: дис. канд. мед. наук / Цинеккер Дина Айдаровна. – Казань, 2013. – 131 с.*