

*Материалы научно-практической конференции с международным участием выпускников специальности «Стоматология» 14 июня 2022 года, г. Барнаул
Алтайский государственный медицинский университет*

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НАГНОИВШЕЙСЯ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Республика Казахстан*

Курманбекова С.Д.

Научный руководитель - Талимов К.К., ассистент кафедры хирургической стоматологии, кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинических специальностей

В структуре стоматологических заболеваний больные с одонтогенными кистами и кистоподобными доброкачественными образованиями занимают определенное место, и их количество не имеет тенденции к снижению.

Ключевые слова: радикулярная киста, цистэктомия, остеопластический материал, биопласт дент, ортопантограмма.

In the structure of dental diseases, patients with odontogenic cysts and cyst-like benign formations occupy a certain place, and their number does not tend to decrease.

Key words: radicular cyst, cystectomy, osteoplastic material, bioplast dent, orthopantomogram.

На сегодняшний день по распространенности среди доброкачественных опухолей и других образований челюстей кисты стоят на первом месте. Радикулярная киста, представляет собой полостное образование, наполненное жидкостью и имеющее оболочку. В челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии операция по удалению кист это одно из распространенных оперативных вмешательств. По статистике общее количество амбулаторных операций при этих кистах составляет 40,6 %. После их удаления остаются дефекты разных размеров в виде участков деструкции костной ткани,

тем самым снижается прочность челюсти. По диаметру, примерно 27% всех встречающихся кист более 3 см.

По данным клинического и рентгенологического исследования, после хирургического вмешательства при традиционном методе, наполнение раны кровяным сгустком и восстановление костной ткани в области дефекта протекает очень медленно.

Для профилактики осложнений и оптимизации восстановления костной ткани челюстей рекомендуется использование остеопластических материалов.

Цель исследования: изучить эффективность применения материала на основе биологического гидроксиапатита и костного коллагена «Биопласт-Дент» с «Линкомицином» для заполнения постоперационных дефектов при нагноившихся радикулярных кистах челюстей после цистэктомии и профилактики процессов резорбции костной ткани после удаления зубов для последующего проведения стоматологической реабилитации с установкой дентальных имплантатов.

Кистозное образование до 1 см обычно заполняет полость кровяным сгустком. При кистах челюстей больших размеров наиболее эффективно применять для заполнения дефекта костнотропный препарат «Биопласт-Дент». «Биопласт-дент» является производным костей крупного рогатого скота, в своем составе содержит костный гидроксиапатит, ксеноколлаген, сульфатированные гликозаминогликаны. Имеет естественную систему сопряженных микро- и макропор, аналогичных по размеру и количеству архитектонике человеческой кости. По заявлению производителей, материал обладает выраженным остеоиндуктивным и остеокондуктивным потенциалом. Выпускается в различных по гранулометрическому составу формах: крошка, чипсы, блоки. Выбор формы материала зависит от размера костного дефекта.

Показания к «Биопласт-дент» цистэктомии: рекомендуется использовать в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии для заполнения дефектов кости после проведения цистэктомии и резекции верхушек корней; заполнения лунок удаленных зубов, предотвращения атрофии контура альвеолярного гребня, при выполнении синус-лифтинга, заполнении

перфораций верхнечелюстного синуса, пластики дефектов нижнечелюстного канала, пародонтальной хирургии, проведении костной аугментации.

Противопоказания к «Биопласт-дент» цистэктомии: аллергическая реакция (состав материала), заболевания сердечно-сосудистой системы, инфекционные заболевания с понижением иммунитета, злокачественное образование и т. д.

Материалы и методы

Нами осуществлено клиническое наблюдение 5 пациентов с нагноившейся радикулярной кистой нижней челюсти, с последующим проведением операции цистэктомии на фоне воспалительного процесса с одновременным пломбированием костной полости остеопластическим материалом «Биопласт дент» с «Линкомицином». Методом контроля постоперационных результатов послужила ортопантограмма челюстей.

Техника цистэктомии при нагноившейся радикулярной кисте нижней челюсти: Были изучены клинические проявления, рентгенологическое исследование, аспирация содержимого кисты.

Этапы проведения операции:

1. отслаивание слизисто – надкостничного лоскута;
2. удаление причинных зубов и обнажение части кисты;
3. цистэктомия;
4. обработка послеоперационной раны и наложение швов.

Результаты исследования

Кейс 1. Пациент К., 23 года. Диагноз «Нагноившаяся радикулярная киста нижней челюсти в проекции 3.1, 3.2 зубов» (рис. 1).

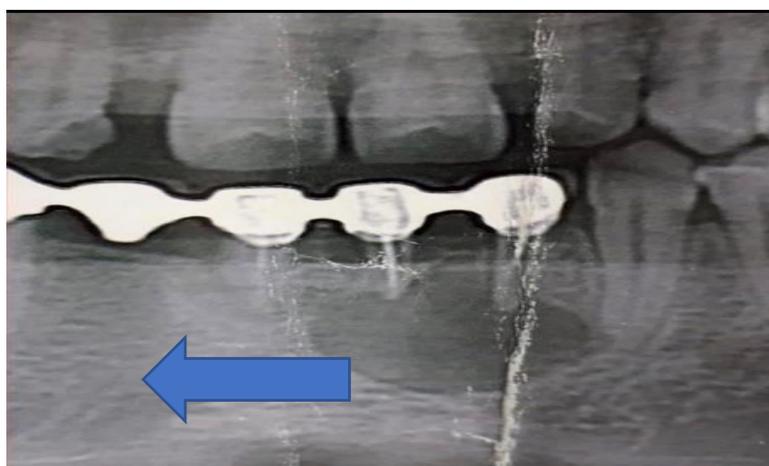


Рисунок 1. Рентгенологическая картина до оперативного вмешательства

На ортопантограмме выявлен очаг разряжения костной ткани с четкими границами в области верхушек корней 31-32 зубов диаметром около 1,5 см. При обращении пациентка жаловалась на боль в области фронтальной группы зубов нижней челюсти слева, припухлость мягких тканей альвеолярного отростка. Из анамнеза: интактные зубы нижней челюсти были протезированы несъемной ортопедической конструкцией пять лет тому назад из-за наличия щелей между зубами.

На день операции зубы 31-32 были отделены от цельной ортопедической конструкции под проводниковой и инфильтрационной анестезией; после премедикации 2,0 мл раствором «Кетонала» удалены 31-32 зубы вместе с коронками, из лунки получены гнойное отделяемое (рис.2).



Рисунок 2. После удаления причинных зубов и формирования слизисто-надкостничного лоскута

Слизисто–надкостничный лоскут откинут, обнажена истонченная вестибулярная кортикальная пластинка с коричневатым оттенком. При удалении оболочки кисты –содержимое гнойное, густое, без запаха. Проведен тщательный кюретаж всех стенок кисты. При ревизии все стенки полости кисты чистые, остатков оболочки кисты не обнаружено, тщательный туалет костной полости растворами 3% «Перекиси водорода» и 0,05% раствором «Хлоргексидина биглюконата». Полость в кости заполнена «Биопласт дентом» с «Линкомицином», поверх уложена резорбируемая мембрана для изоляции мягких тканей от костной раны (рис. 3).



Рисунок 3. Состояние раны после изоляции резорбируемой мембраной.

Проведена иммобилизация краев раны, освежение десневого края, лоскут уложен на место и ушит «Викрилом» (рис. 4).



Рисунок 4. Этап наложения швов на рану

В послеоперационном периоде с профилактической целью назначены 30% раствор «Линкомицина» гидрохлорида в\м 2 раза в сутки, антисептическое полоскание раствором «Ротокан», местно-мазь «Метрогил Дент».

Со слов пациентки болевые ощущения в области послеоперационной раны держались до пяти суток, ноющего характера, которые купировались приемом таблеток «Кетонала». Швы с раны были удалены на 10 суток, т.к. пациентка проживала на территории области и смогла приехать только через 10 дней. Заживление раны первичным натяжением без расхождения краев раны.

Контрольный осмотр состояния пациентки проведен через 6 месяцев с рентгенографическим обследованием челюстей (рис. 5, рис. 6).



Рисунок 5. Послеоперационный макропрепарат - оболочка кисты и 3.1, 3.2. зубы

На момент осмотра состояние слизистой альвеолярного отростка розового цвета, небольшая убыль костной ткани по гребню альвеолярного отростка в зоне оперативного вмешательства, по вестибулярной поверхности плотная костная ткань, без болевых ощущений.



Рисунок 6. До операции и после операции (через 6 мес)

Выводы

Таким образом, на основании нашего клинического наблюдения можно сделать вывод, что применение костного коллагена «Биопласт-Дент» с «Линкомицином» дает хороший результат в плане закрытия костных дефектов челюстей и обладает противовоспалительной активностью. Была отмечена минимальная атрофия и плотный кортикальный слой костной ткани.

Список литературы:

- 1.Archer WH (1975) Oral and maxillofacial surgery, 5th edn. Saunders, Philadelphia, Pa. Browne RM (1991) Investigative pathology of the odontogenic cysts. CRC, Boca Raton, Fla.
- 2.Flood TR, Samaranayake LP, MacFarlane TW, McLennan A, MacKenzie D, Carmichael F (1990) Bacteraemia following incision and drainage of dento-alveolar abscesses. Br Dent J 169:51–53
- 3.Gans BJ (1972) Atlas of oral surgery. Mosby, St. Louis, Mo. Girod SC, Gerlach KL, Krueger G (1993) Cysts associated with long-standing impacted third molars. Int J Oral Maxillofac Surg 22(2)
- 4.Hayward JR (1976) Oral surgery. Thomas, Springfield, Ill. Hyomoto M, Kawakami M, Inoue M, Kirita T (2003) Clinical conditions for eruption of maxillary canines and mandibular premolars associated with dentigerous cysts. Am J Orthod Dentofacial Orthop 124(5):515–520
- 5.Karabouta I, Tsodoulos S, Trigonidis G (1991) Extensive aneurysmal bone cyst of the mandible: surgical resection and immediate reconstruction. A case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 71(2):148–150
- 6.Keith DA (1992) Atlas of oral and maxillofacial surgery. Saunders, Philadelphia, Pa. Kreidler JF, Raubenheimer EJ, van Heerden WF (1993) A retrospective analysis of 367 cystic lesions of the jaw – the Ulm experience. J Craniomaxillofac Surg 21(8):339–341
- 7.Kruger GO (1984) Oral and maxillofacial surgery, 6th edn. Mosby, St. Louis, Mo. Kwon PH, Laskin DM (1977) Clinician’s manual of oral and maxillofacial surgery, 2nd edn. Quintessence, Chicago, Ill.
- 8.Laskin DM (1985) Oral and maxillofacial surgery, vol 2. Mosby, St. Louis, Mo. Martis CS (1990) Oral and maxillofacial surgery, vol 1. Athens

Как цитировать:

Курманбекова С.Д. (2022). Клинический опыт лечения нагноившейся радикулярной кисты нижней челюсти. Материалы научно-практической конференции с международным участием выпускников специальности «Стоматология» 14 июня 2022 года, Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул. *Scientist*, 22 (4), 17-23.