

Чумаченко О.В.

канд.мед.наук, асистент кафедри хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії

Топчій Д.В.

канд.мед.наук, доцент кафедри хірургічної стоматології та
щелепно-лицевої хірургії

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
м.Київ, Україна

наш досвід лікування кіст щелеп великих розмірів

Кісти щелеп складають великий відсоток звернень в амбулаторній стоматологічній хірургії. І якщо з кістами малих розмірів технологічні оперативні проблеми виникають рідко, а реабілітаційний період досить прогнозований і завершується утворенням якісного регенерату, то з кістами великих розмірів все ще залишається багато проблем. Головна з них – відновлення об'єму і структури втраченої кістки.

Можливості кістектомії обмежені розмірами новоутворення, ризиком пошкодження важливих анатомічних структур, великою можливістю інфікування та розходженням країв рани, різним репаративним потенціалом стінок кісткового дефекту та іншими обставинами [1, с.43-63; 4, с.85–88]. Після кістотомії відбувається опозитивний ріст кісткової тканини, ведення рани відкрите, йодоформний тампон добре виконує гемостатичну та антибактеріальну функції, проте, не здатен довгий час ефективно розмежовувати ротову порожнину від кісткового дефекту та й втрачає можливості для репаративного остеогнезу, ускладнює організаційно реабілітаційний період. Інтенсивний опозитивний ріст новоутвореної кістки протягом першого-другого місяців після марсупіалізації змінюється помітним

зниженням в наступні 6-7 місяців і повнооб'ємного закриття кісткового дефекту може не статися взагалі. До того ж і якісна структура регенерату може помітно відрізнятися протягом 3-4 років після втручання [2, с. 28-36;3, с. 31-37; 5, с.429-431; 6, с.29-32; 7,с. 253-257; 8, с. 381-395].

Враховуючи власний лікувальний досвід та матеріали наукових публікацій, ми пропонуємо наступний принциповий підхід до лікування одонтогенних кіст щелеп великих розмірів:

1. вирішення долі причинних зубів та зубів, що інтимно прилягають своїм періодонтом до оболонки кісти чи ділянки враженої кістки, при необхідності проводяться ендодонтичне лікування, шинування або використання ортодонтичних конструкцій;

2. повне видалення оболонки кісти, видалення неперспективних зубів, резекції верхівок коренів до меж кісткового дефекту, видалення вражених частин періодонту, декортикація кісткового дефекту (до кровавої роси) з дотриманням температурного режиму для кістки, медикаментозна обробка кісткового дефекту, формування оро-дефектного анастомозу;

3. ведення рани відкритим шляхом за принципом кістотомії передбачає:

- нещільну тампонаду кісткової порожнини йодоформним тампоном

протягом 1 -2-х тижнів;

- введення в дефект суміші гелів метрогілу дента та траумелю С

протягом 1 – 2 місяців, причому маніпуляцію, як правило, виконували пацієнти в домашніх умовах після 1 навчального сеансу у лікаря;

-анастомоз підтримується в достатньо широкому стані.

4. Починаючи з моменту оперативного втручання хворим призначаються:

- дексаметазон в пігулках протягом 3 – 4 днів;
- екстраербісол внутрішньом'язово по 2,2 мл (1 курс) вранці/ввечері 5 днів;
- з 6 дня ербісол по 2,2 мл внутрішньом'язово (2 курс) кожного другого вечора всього 10 ампул;
- 3 курс ербісолу внутрішньом'язово по 2,2 мл кожного четвертого вечора;
- траумель С по 1 пігулці 2 рази на день протягом 2 місяців.

Таким чином ми поєднали три стратегічні напрямки: кістектомію, відкрите ведення раневого процесу в кістковому дефекті і протизапальну терапію та стимуляцію репаративного процесу.

Не вдаючись в статистичну обробку (яку практично неможливо коректно провести в таких випадках) отриманих результатів з'ясувалося наступне:

1. було досягнуто головне – об'ємне та структурне відновлення кісткових втрат;
2. контрольований післяопераційний період з можливістю корекції;
3. пацієнти без невдоволень (окрім періоду застосування йодоформного матеріалу) і ефективно виконували все «самолікування»;
4. мало місце ефективне ортодонтичне лікування з врятуванням постійних зубів в період прорізування, які були раніше об'явлені «неперспективними».

Вважаємо за доцільне і в наступній лікувальній практиці розвивати та вдосконалювати такий підхід до лікування пацієнтів з кістами щелеп великих розмірів.

Список літератури

1. Миронюк В.А. Регенерация костной ткани после цистэктомий в рентгеновском изображении. Проблемы хирургической стоматологии. Киев: Здоров'я; 1969.265с.

2. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в стоматологии. М.: 1999.- 452с.

3. Соловьев М.М., Семенов Г.М., Галецкий Д.В. Оперативное лечение одонтогенных кист. СПб.: Спец-Лит; 2004. – 127с.

4. Щипский А.В., Годунова И.В. Причины рецидивов кистозных образований челюстей. Стоматология ,2, 2016.С.85 – 88.

5.Carter LM, Carr P, Wales CJ, Whitfield PH. Customised stents for marsupialisation of jaw cysts. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2007;45:429-431;

6. Ghezta N. Surgical Enucleation of Large Radicular cyst. Case Report. 2012;1(2):29-32;

7.Koseoglu BG, Atalay B, Erdem MA. Odontogenic cysts: a clinical study of 90 cases. Journal of Oral Science. 2004;46(4):253-257;

8.Kruger E., Worthington P. Surgical treatment of cysts. Quintessence. 1991;5- 6:381-395.