

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А.Ю. Тажибаев

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Диагностика и лечение одонтогенных кист проросших в полость верхнечелюстной пазухи проведена применением современных методов лучевой диагностики и зубосохраняющих операций. Ближайшие и отдаленные результаты наблюдения за больными показали эффективность предлагаемых способов лечения.

Ключевые слова: верхнечелюстная пазуха, одонтогенная киста верхней челюсти, верхнечелюстной синусит, компьютерная томография.

ҮСТҮҢКҮ ЖААКТЫН ОДОНТОГЕНДИК КИСТАЛАРЫН ДАРЫЛООНУН ЖЫЙЫНТЫГЫ

А.Ю. Тажибаев

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Үстүңкү жаактын көңдөйүнө өсүп калган одонтогендик кисталарды аныктоо жана дарылоо нур ыкмасы жана тишти сактоочу операциялар сыяктуу заманбап ыкмаларды колдонуу менен жүргүзүлгөн. Оорулууларга байкоо жүргүзүүнүн акыркы жана мурунку жыйынтыктары дарылоонун сунушталып жаткан ыкмасынын натыйжалуулугун көрсөттү.

Негизги сөздөр: үстүңкү жаак көңдөйү, үстүңкү жаактын одонтогендик кистасы, үстүңкү жаактын синусити, компьютердик томография.

RESULTS OF TREATMENT OF ODONTOGENIC CYSTS OF THE MAXILLARIS

A.U. Tajibaev

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. Diagnosis and treatment of odontogenic cysts sprouted in the maxillary sinus cavity was carried out using computed tomography and tooth-preserving operation. The closest and long-term results of monitoring patients showed the effectiveness of the proposed methods of treatment.

Key words: Maxillary sinus, odontogenic cyst of the upper jaw, maxillary sinusitis, computed tomography.

Одонтогенные кисты, проросшие в верхнечелюстную пазуху, являются актуальной проблемой хирургической стоматологии и отоларингологии.

В настоящее время основным методом диагностики кистозных поражений пазух остается рентгенография. Для исследования верхнечелюстной пазухи широкое распространение получили обзорные рентгенографии черепа в затылочно-лобных, затылочно-подбородочных и боковых аксиальных проекциях. Решающим признаком в рентгенологической диагностике поражений околоносовых пазух является снижение их прозрачности [1, 2, 3].

Применение ортопантомографии для диагностики патологических изменений верхнечелюстной пазухи считаем неприемлемым, так как, при этом не только искажаются истинные размеры органов челюстно-лицевой области, но и на

снимках происходит наслаивание изображения соседних костей.

Проведение рентгеноконтрастного исследования «ЯМИК» методом йодосодержащими растворами наиболее ярко показало его эффективность перед другими способами [4].

Несмотря на это, данный метод имеет свои противопоказания, как аллергия на йод и наличие патологических процессов в полости носа [5].

Учитывая доступность этого метода нельзя забывать об неприятных ощущениях исследуемого и формирования у пациента отвращения к таким процедурам.

Контрастная рентгенография иодополом, которая применяется для определения истинных размеров кистозных образований, многие авторы считают экономичным и доступным, но и наиболее травматичной процедурой, поэтому предпо-

чительно диагностику проводить с использованием не инвазивных методов компьютерной томографии.

Для правильной интерпретации соотношения кистозной стенки и полости гайморовой пазухи используют мультиспиральную компьютерную томографию. Мультиспиральная компьютерная томография дает возможность определить точные размеры кистозных образований, количество корней зубов включенных в полость кист, их формы и состояние, которое имеет немаловажное значение для подготовки больного к операции [5, 6].

В зависимости от взаимоотношения между кистой и верхнечелюстной пазухой различают прилегающие, оттесняющие и проникающие кисты.

При подозрении одонтогенной кисты в верхнечелюстной пазухе или одонтогенного гайморита в ряде случаев для дифференциальной диагностики необходимо использовать дополнительно современный метод лучевой диагностики – трехмерную денальную компьютерную томографию (ЗДКТ). Данный метод позволяет определить положение, форму, размеры и строение различных костных структур, уточнить их топографо-анатомические соотношения. ЗДКТ исследование дает детальную оценку патологического образования в трех плоскостях, позволяет определить его точный размер, направление, характер роста и распространенность, тем самым способствует правильно выбрать метод лечения.

Лечение кистозных поражений гайморовой пазухи проводится только оперативно, и она должна быть радикальным для исключения рецидива процесса.

В настоящее время для решения данной проблемы существует много способов, но большинство из них сопровождаются разрушением слизистого покрова пазухи, что приводит к нарушению его функции.

Применение органосохраняющих операции при лечении кистозных поражений верхнечелюстной пазухи является требованием сегодняшнего дня.

Целью нашего исследования явилось оптимизация методов диагностики и лечения кистозных поражений верхнечелюстной пазухи одонтогенного характера.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 25 больных с кистозными поражениями верхнечелюстной пазухи одонтогенного происхождения.

Учитывая характер патологического процесса в полости гайморовой пазухи, больных распределили на две группы.

Первую группу составили 18 больных с кистозным поражением пазух без признаков воспаления, и вторую 7 больных с признаками хронического гайморита.

У 23 больного диагностирована радикулярная киста, проросшая в полость верхнечелюстной пазухи и у 2 фолликулярная киста.

Среди этих больных у 17 киста включали корни резцов и кликов, у 4-премоляров, у 2-моляров верхней челюсти. В двух наблюдениях фолликулярная киста верхнечелюстной пазухи содержала несформированные зубы мудрости.

Предоперационная подготовка включала пломбировку корневых каналов зубов, корни которых входили в полость кисты.

Операция цистэктомия с резекцией верхушки корня проводилась с ретроградной пломбировкой жидкотекучим фотокомпозитом x-flow, проведена у 19 больных.

Двоим больным с зубосодержащей кистой полости пазухи проведена операция цистэктомия без вскрытия слизистой пазухи.

У 7 больных проводилась операция радикальная гайморотомия с цистэктомией и резекцией верхушки корня.

В послеоперационном периоде в первые сутки всем больным назначены антибиотики широкого спектра действия и полоскания рта с антисептическими растворами. Физиолечение включало УВЧ терапию и облучение с УФ лучами послеоперационной раны.

Результаты исследования

Мультиспиральная компьютерная томография 18 больных показала наличие в пазухе выпуклой, однородной, полостной структуры с различными размерами, но с четкими краями и включением верхушек корней зубов. Нижняя стенка самой пазухи в этих снимках были оттеснены вверх и внутрь.

У 7 больных корневой канал зуба источника кисты запломбирован с выведением рентген контрастной пломбировочной массой за верхушку.

Хронический гайморит одонтогенного кистозного происхождения рентгенологически отличались снижением прозрачности полости нижней и нижнелатеральной стенки пазухи на обзорных рентгенографиях черепа в затылочно-лобных проекциях.

Жалобы больных после операции в основном были на боли во время движения нижней челюсти и затрудненный прием пищи из-за плохого открывания рта.

В первые сутки после операции при осмотре отмечались отеки мягких тканей щечной и в некоторых наблюдениях околоушных областей пораженной стороны.

Температура тела оперированных больных были субфебрильными в пределах от 37⁰ до 38⁰ С.

На 3-е и 4-е сутки после операции болевые ощущения и температурная реакция проходили самостоятельно на фоне консервативного лечения.

Операционные раны затягивались первичным натяжением у 23 больных, а в 2-х случаях на 5-е сутки отмечена расхождение краев раны, но признаков формирования свищевых ходов в верхнечелюстную пазуху не выявлена. Этим больным в рану накладывали повязки с мазью, метрогил дента или солкосерил 3-5 раз в день и к 7-м и 9-м суткам лечения отмечены полноценные заживления краев ран.

На контрольных рентгенографических исследованиях, проведенных на 15-е и 45-е сутки после операции у 24 больных, выявлено полноценное восстановление воздушности полости пазухи.

Через 1 месяц после операции у всех больных общее состояние были удовлетворительными, жалоб характерных для гайморитов не выявлены. У всех пациентов отмечены нормальное свободное носовое дыхание, тембр голоса и качество обоняние их не беспокоили.

Контрольный осмотр проведенных у 20 больных через 2 месяца после операции показал отсутствия признаков воспаления в верхнечелюстной пазухе, на месте ран образовались нежные и незаметные рубцы.

На 6-м месяце после операции контрольный осмотр проведен у 19 больных. Они жалоб не предъявляли их носовое дыхание и обоняния были в норме.

Таким образом, применение современной неинвазивной мультиспиральной компьютерной томографии и трехмерной денальной компьютерной томографию, позволяет более детально изучить состояния пазухи при его кистозных поражениях. Одонтогенные кисты верхнечелюстной пазухи в большинстве случаев растут медленно, оттесняя и сдавливая его стенки, поэтому проведение операции с сохранением слизистой полости способствует полноценному восстановлению его функции.

Литература

1. Бакиев Б.А. Повышение эффективности хирургического лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов // Вестник КГМА. - 2012. - Т.2. - №3. С. 153-155.
2. Безруков В.М., Рабухина Е.А., Григорьянц Л.А. и др. Амбулаторная хирургическая стоматология // Руководство для врачей. - М.: ООО Мед. Информгентство, 2002. - С. 45-46.
3. Козлов М.Я. Воспаление придаточных пазух у детей. - Л.: Медицина, 1985. - 208 с.
4. Марков Г.И., Козлов В.С., Контрастная рентгенография околоносовых пазух. «ЯМПК» методом // Российская ринология. - 1993. - №1. - С. 50-55.
5. Насыров В.А., Исламов И.М. Риносинуситы. Методические рекомендации для врачей отоларингологов. - Бишкек, 2001. - 19 с.
6. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. - Воронеж: Издательство ВГУ, 1991. - 184 с.