
СТОМАТОЛОГИЯ

Ю. В. Ефимов, Н. В. Шабанова, Е. Ю. Ефимова, И. В. Долгова

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОКОЛОКОРНЕВЫМИ КИСТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

УДК 616.31-003.4-089.168.1-084

Проанализированы результаты хирургического лечения больных с околокорневыми кистами челюстей с заполнением костного дефекта препаратом Bio-Oss. Показана высокая эффективность влияния внутрикостного лаважа 0,03%-го раствора натрия гипохлорита на репаративные процессы костной ткани, при этом послеоперационных осложнений у этой группы больных не наблюдалось.

Ключевые слова: кисты челюстей, внутрикостный лаваж, цистэктомия, остеопластические материалы.

Iu. V. Yefimov, N. V. Shabanova, E. Iu. Yefimov, I. V. Dolgova

PREVENTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH PARARADICAL MAXILLARY CYSTS

We analyzed outcomes of surgical treatment of patients with pararadical maxillary cysts using filling the bone defect with Bio-Oss. The authors show a good effect of intraosseal lavage with 0.03% sodium hypochlorite solution on reparative process in the bone tissue; no postoperative complications were noted in these patients.

Keywords: maxillary cyst, intraosseal lavage, cystectomy, osteoplastic materials.

Операции по поводу околокорневых кист челюстей по-прежнему относятся к наиболее часто встречающимся хирургическим вмешательствам в стоматологической практике [2]. В тоже время в стенках костного дефекта, образующегося после цистэктомии, отмечается угнетение репаративных процессов вследствие развития в них воспаления, а окружающие ткани становятся очагами хронической инфекции. Следовательно образование кровяного сгустка в костной полости создает угрозу его инфицирования и развития воспалительных осложнений, частота которых остается высокой [1]. Это диктует необходимость поиска новых методов и средств реабилитации этих больных.

В настоящее время широко известно применение в клинике различных остеопластических материалов [5–8, 11, 12]. Каждый из них достаточно эффективен, но вероятность отторжения препарата все же высока [9, 10].

Результаты клинических исследований, выполненных J. Hiddind, et al. (1996), свидетельствуют

об эффективности оптимизации процессов регенерации в костных дефектах, заполненных материалом Bio-Oss. Однако тот факт, что он обладает кинетикой резорбции, сужает рамки его применения [3, 13, 14].

По нашему мнению, наиболее эффективным методом профилактики послеоперационных осложнений будет выступать санация стенок костного дефекта методом внутрикостного лаважа.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Повысить эффективность профилактики послеоперационных осложнений у больных с околокорневыми кистами челюстей.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 136 пациентов, оперированных по поводу околокорневых кист челюстей. Мужчин было 52 (38,23 %), женщин – 84 (61,77 %) человек. Возраст больных колебался от 17 до 57 лет.

Наиболее часто локализацию околокорневых кист мы наблюдали в области резцов, клыков и премоляров обеих челюстей: на верхней челюсти у 93 (68,38 %), на нижней челюсти у 43 (31,62 %) пациентов. Такую статистику мы связываем с наиболее частым желанием пациентов сохранить именно эти группы зубов, а также с техническими сложностями выполнения цистэктомии в области моляров.

Все пациенты были разделены на две клинические группы, которые по количественному и качественному составу были идентичными. Операцию выполняли с сохранением анатомической формы зуба (Ефимов Ю. В., 1994). Костный дефект заполняли остеоиндуктивным препаратом Bio-Oss. Во второй клинической группе перед имплантацией препарата проводили лаваж стенок дефекта 0,03%-м раствором натрия гипохлорита. Манипуляцию выполняли с двух точек (медиальной и дистальной) относительно дефекта. Динамическое наблюдение проводили через 3, 6, 9 месяцев после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ближайшем послеоперационном периоде у 7 (5,15 %) пациентов первой клинической группы отмечалось расхождение швов и отторжение имплантата. Этим больным выполнена повторная операция, включающая внутрикостный лаваж стенок дефекта. Во второй клинической группе осложнений не наблюдалось.

Через 3 месяца после операции у больных первой группы рентгенологически размеры костного дефекта оставались прежними. В тоже время отмечалось пристеночное снижение прозрачности его тени. Во 2-й группе рентгенологическая картина отличалась более выраженным пристеночным снижением прозрачности тени дефекта. Этот факт можно объяснить более выраженной интенсивностью репаративных процессов.

Через 6 месяцев после операции в первой клинической группе рентгенологически отмечалось уменьшение размеров костного дефекта за счет увеличения площади сниженной прозрачности пристеночной его тени, по периферии которой определялись признаки костного рисунка. Во второй группе рентгенологически на фоне равномерного усиления плотности тени дефекта прослеживался костный рисунок.

Через 9 месяцев в первой группе рентгенологически отмечалось равномерное усиление плотности тени костного дефекта, однако костный

рисунок прослеживался не на всем протяжении. Во второй клинической группе послеоперационный дефект не прослеживался, что свидетельствовало о полном его заполнении костным регенератом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, предложенный нами метод хирургического лечения околокорневых кист челюстей позволяет получить выраженный положительный результат уже через 3 месяца после операции, при этом полное восстановление костного дефекта отмечается через 9 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безруков В. М., Григорьянц Л. А., Зуев В. П. и др. // *Стоматология*, 1998. – № 1. – С. 31–35.
2. Безруков В. М., Григорьянц Л. А., Рабухина Н. А. и др. *Амбулаторная хирургическая стоматология: руководство для врачей.* – М.: Медицинское информационное агентство, 2002. – 75 с.
3. Гурин А. Н., Григорьянц Л. А., Григорьян А. С. и др. // *Медицинский алфавит. Стоматология*, 2010. – № 1. – С. 36–38.
4. Ефимов Ю. В. Хирургическое лечение околокорневых кист челюстей с математическим моделированием действительных размеров остаточной костной полости: дис. ... канд. мед. наук. – М., 1994. – 135 с.
5. Иванов С. Ю., Панин А. М., Володина Д. Н. // *Клиническая стоматология.* – 2005. – № 4. – С. 21–23.
6. Котова-Лапоминская Н. В. Применение стеклокристаллического остеопластического материала «Биосит СР Элкор» в хирургической и ортопедической стоматологии: дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2006. – 143 с.
7. Ларионов Е. В., Глыбина Т. А. // *Стоматология сегодня.* – 2007. – № 2. – С. 52–53.
8. Панин А. М. Новое поколение остеопластических материалов (разработка, лабораторное обоснование, клиническое внедрение): дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004. – 162 с.
9. Gao T., Lindholm T.S., et al. // *Int. orthop.* – 1996. – Vol. 20, № 5. – P. 321–325.
10. Green, D. // *Correspondence. Plastic And Reconstructive Surgery.* – 1998. – Vol. 101, № 4.
11. Mercier P. // *Dtsch Zanzartli. Z.* – 2004. – S. 120–123.
12. Leibold D. G. // *J. O. Maxillofac. Surg.* – 2007. – Vol. 45. – P. 408–413.
13. Orsin G., Traini T., Scarano A. // *Inc. J. Biomed. Mater. Res. Part B Appl. Biomater.* – 2005. – Vol. 74B. – P. 448–457.
14. Wenz B., Oesch B., Horst M. // *Biomaterials.* – 2001. – Vol. 22. – P. 1599–1606.