

АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОКОЛОКОРНЕВЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Ю.В. Ефимов, П.В. Куреев, Е.Ю. Ефимова, И.В. Долгова, И.В. Фоменко

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Проведен анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения околокорневых кист челюстей по 375 историям болезни. Выделены основные ошибки и осложнения дооперационного и послеоперационного периода. Проанализированы причины их возникновения.

Ключевые слова: околокорневая киста, цистэктомия, ошибки и осложнения хирургического лечения кист челюстей.

DOI 10.19163/1994-9480-2019-3(71)-96-98

ANALYSIS OF THE NEAREST AND LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THE PERIAPICAL CYSTS OF JAWS

Ju.V. Efimov, P.V. Kireev, E.Ju. Efimova, I.V. Dolgova, I.V. Fomenko

FSBEI HE «Volgograd State Medical University» of Public Health Ministry of the Russian Federation

The analysis of the immediate and long-term results of surgical treatment of the periapical cysts of the jaws was carried out for 375 case histories. The main mistakes and complications before and after the operation period were identified. Analyzed the causes of periapical cysts of the jaws.

Key words: jaw cysts, cystectomy, mistakes and complications of surgical treatment of jaw cysts.

Околокорневая киста (синонимы: радикулярная киста, периапикальная киста, апикальная киста, корневая киста) в структуре стоматологических заболеваний составляет 4–10 % и 84–95 % всех кистозных образований челюстно-лицевой области. Среди больных с опухолевыми процессами эта патология встречается в 59–84 % наблюдений [3, 4].

Околокорневые кисты могут образоваться в периапикальной области любых зубов и в любом возрасте. Данная патология классифицируется как воспалительная, потому что в большинстве клинических наблюдений является результатом некроза пульпы при осложненном кариесе, и связанным с этим периапикальным ответом воспалительного характера, проявляющимся в формировании гранулемы.

Данные литературы свидетельствуют о том, что часто, несмотря на правильно проведенное эндодонтическое лечение, регресса патологических очагов не происходит, что приводит к расширению показаний к хирургическим методам лечения, среди которых наиболее популярным является цистэктомия [2, 6, 7]. В то же время классической цистэктомии (Partsch C., 1910) присущи серьезные недостатки. К ним следует отнести снижение функции резецированных зубов, возрастание возможности реинфекции со стороны срезанных микроканалцев, что, в свою очередь, приводит к возникновению рецидивов заболевания. Возникновение рецидивов в послеоперационном периоде достаточно часто связано с развитием воспалительного процесса в инфицированных стенках

костного дефекта. Лимитирующим условием проведения операции является погружение корней зубов в полость кисты более чем на 1/3 их длины [1].

Главной задачей хирургического лечения околокорневых кист челюстей является сохранение зубов, расположенных в области кисты, и восстановление их функции. За последние полвека лечение кист практически не изменилось, хотя в нем и появились некоторые новые направления. Так, выполнение цистэктомии с сохранением анатомической формы зубов и заполнением костного дефекта биоконпозиционными материалами позволяет существенно снизить, но не исключить количество осложнений послеоперационного периода. Следовательно, понимание причин ошибок и осложнений, связанных с хирургическим лечением околокорневых кист челюстей, будет способствовать повышению эффективности лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Анализ ошибок и осложнений, возникающих при хирургическом лечении околокорневых кист челюстей.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ 375 амбулаторных историй болезни больных, оперированных по поводу околокорневых кист челюстей. Основной контингент составляли женщины – 235 (62,67 %) человек. Возраст всех больных колебался от 22 до 63 лет при этом существенной сопутствующей патологии, которая могла бы повлиять на результаты лечения, не отмечалось.

Диагностика деструктивных изменений в периапикальной области основывалась на рентгенологических данных. Наиболее часто (67,43 %) рентгенографию выполняли в цифровом формате на радиовизиографе фирмы «Trophі», Франция. У остальных пациентов использовалась стандартная внутриротовая рентгенография в изометрической проекции.

Локализация патологического процесса, как правило, наблюдалась на верхней челюсти в области передней группы зубов. У женщин этот показатель составил 183 (77,87 %), у мужчин – 87 (62,14 %) наблюдений. В области премоляров оперативные вмешательства у женщин составили 15 (6,38 %), у мужчин – 17 (12,14 %). Остальные вмешательства были выполнены на нижней челюсти в области только передней группы зубов.

У женщин кисты малых размеров (в области одного зуба) составили 27 %, средних размеров (в области двух зубов) – 48 %, кисты больших размеров (в области трех и более зубов) – 25 %. У мужчин эти показатели были следующими: кисты малых размеров – 17 %, кисты средних размеров – 61 %, кисты больших размеров – 22 %.

Хирургическое вмешательство проводилось по методике Partsch I. и с сохранением анатомической формы зуба. При кистах малых размеров количество операций по классической методике составило 77 и 23 %, при кистах средних размеров – 34 и 66 % соответственно. Во всех случаях при кистах больших размеров цистэктомия проводилась с сохранением анатомической формы зубов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ первичных рентгеновских и радиовизиографических снимков у 58,1 % пациентов выявил околокорневую кисту и у 41,9 % больных – околокорневую гранулему. При этом было отмечено, что периодонтальные щели, кортикальные пластинки лунок и верхушки корней зубов наиболее отчетливо визуализируются на внутриротовых рентгенограммах. При сопоставлении рентгенологических и морфологических данных совпадение диагнозов отмечено в 38,7 % наблюдений. Большой процент несовпадения диагноза связан с неправильной интерпретацией первичных рентгенограмм, которая основывалась лишь на размерах патологического очага. В то же время еще В.И. Липидус в 1967 г. в своей монографии указывал на сложность дифференциальной диагностики хронических периодонтитов и кист челюстей по рентгенологическим признакам. В таких ситуациях, по мнению автора, необходимо основываться на клинических и дополнительных методах исследования в виде пункции.

На этот же факт обращают внимание Н.А. Рабухина и Н.М. Чупрынина (1991), подчеркивая, что

рентгенологическая картина периапикальных воспалительных процессов не специфична и не может служить основанием для выделения морфологических форм. По рентгенограммам, основываясь на четкости контуров очага деструкции и характере трабекулярного рисунка, возможно судить лишь о стадии процесса и его распространенности. Далее авторы замечают, что на первом международном конгрессе челюстно-лицевых рентгенологов (1969) принято специальное решение об ошибочности использования рентгенологических данных для определения морфологической сущности периапикального патологического процесса

Таким образом, первая принципиальная ошибка связана с первичной диагностикой заболевания.

Ошибки первичной диагностики приводят к осложнениям в послеоперационном периоде. Основные – это расхождение швов, что приводит к нагноению костной раны и, как следствие, к отторжению остеозамещающего препарата, заполнения костный дефект, и рецидиву заболевания. Неправильная оценка рентгенограмм приводила к ошибочной тактике по отношению к зубам, прилежащими своими корнями к оболочке кисты.

Расхождение швов было связано с неправильным выбором линии разреза, то есть с нарушением основного правила – линия будущих швов должна иметь под собой костную основу. Из данных литературы известно, что истинные размеры костного дефекта больше его скialogической картины. Если к этому еще прибавить увеличение его размеров в ходе операции, то становится очевидным, что этот факт имеет первостепенное значение при выборе оперативного доступа. На этом же основан выбор тактики по отношению к интактным зубам, расположенным в области кисты. По результатам анализа историй болезни, 78 интактных зубов были депульпированы в послеоперационном периоде. Причиной послужило погружение их корней в костный дефект с последующим развитием периодонтита. Во всех наблюдениях было отмечено возникновение рецидива заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенный анализ основных причин развития осложнений при хирургическом лечении околокорневых кист челюстей объясняет их происхождение и пути устранения. Результаты проведенного исследования позволят практическому врачу избежать стандартных ошибок при планировании хирургического лечения больных околокорневыми кистами челюстей и снизить количество осложнений послеоперационного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефимов Ю.В., Шабанова Н.В., Ефимова Е.Ю., Долгова И.В. Профилактика послеоперационных осложнений у больных с околокорневыми кистами челюстей //

Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2014. – № 1. – С. 45–46.

2. Ефимов Ю.В., Михальченко Д.В., Ярыгина Е.Н., Ефимова Е.Ю. Эффективность использования внутрикостного лаважа лекарственных препаратов при хирургическом лечении околокорневых кист челюстей [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1 (1). URL: <https://science-education.ru/ru/article/view>.

3. Одонтогенные кисты челюстей: Учебное пособие / под ред. проф. Э.А. Базикяна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 80 с.

4. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 928 с.

5. Хушвахтов Д.И. Совершенствование хирургических методов лечения больных с одонтогенными кистами челюстей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – 2012. – 19 с.

6. Yuzugullu B., Araz K. Validity of conventional surgical treatment methods for mandibular dentigerous cysts. Two case reports // The New York State Dental Journal. – 2011. – № 77 (2). – P. 36–39.

7. Sammut S., Morrison A., Lopes V., Malden N. Decompression of large cystic lesions of the jaw: a case series // Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. – 2011. – № 10. – P. 235–39.

REFERENCES

1. Efimov Ju.V., Shabanova N.V., Efimova E.Ju., Dolgova I.V. Profilaktika posleoperacionnyh oslozhnenij u bol'nyh s okolokornevymi kistami cheljustej [Prevention of postoperative complications in patients with periapical

cysts]. *Volgogradskij nauchno-meditsinskij zhurnal* [Volgograd Scientific Medical Journal], 2014, no. 1, pp. 45–46. (In Russ.; abstr. in Engl.).

2. Efimov Ju.V., Mihal'chenko D.V., Jarygina E.N., Efimova E.Ju. Jefferektivnost' ispol'zovanija vnutrikostnogo lavazha lekarstvennyh preparatov pri hirurgicheskom lechenii okolokornevnyh kist cheljustej [Jelektronnyj resurs] [Efficiency of use of intraosseous lavage of medical preparations during surgical treatment of periapical cysts of jaws]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovanija* [Modern problems of science and education], 2015, no. 1 (1). URL: <https://science-education.ru/ru/article/view>. (In Russ.; abstr. in Engl.).

3. Odontogennnye kisty cheljustej: Uchebnoe posobie [Odontogenic cysts of the jaws: Textbook]. In prof. Je.A. Bazikjan (ed.). Moscow: GJeOTAR-Media, 2018. 80 p.

4. Hirurgicheskaja stomatologija i cheljustno-licevaja hirurgija. Nacional'noe rukovodstvo [Surgical dentistry and maxillofacial surgery. National leadership]. In A.A. Kulakov, T.G. Robustova, A.I. Nerobeev (ed.). Moscow: GJeOTAR-Media, 2010. 928 p.

5. Hushvahtov D.I. Sovershenstvovanie hirurgicheskikh metodov lechenija bol'nyh s odontogennymi kistami cheljustej. Avtoref. dis. kand. med. nauk [Perfection of surgical methods of treatment of patients with odontogenic cysts of the jaws. Ph. D. (Medicine) Thesis]. 2012. 19 p.

6. Yuzugullu B., Araz K. Validity of conventional surgical treatment methods for mandibular dentigerous cysts. Two case reports. The New York State Dental Journal, 2011, no. 77 (2), pp. 36–39.

7. Sammut S., Morrison A., Lopes V., Malden N. Decompression of large cystic lesions of the jaw: a case series. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2011, no. 10, pp. 235–39.

Контактная информация

Долгова Инна Васильевна – к. м. н., ассистент кафедры стоматологии детского возраста, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: id-vortex@rambler.ru