

*Е.И. Маханьков*

**ПЛАНИРОВАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ  
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ  
НА ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. Л.А. Лунева*

*Кафедра челюстно-лицевой хирургии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*E.I. Makhankov*

**PLANNING OF ORTOPEDIC TREATMENT IN PATIENTS  
IN THE UPPER AND LOWER JAW  
AFTER SURGERY CYSTECTOMY**

*Tutor: assistant L.A. Luneva*

*Department of maxillofacial surgery*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** Цель исследования - изучение и определение возможных сроков замещения эстетических дефектов фронтальных участков зубов на верхней и нижней челюсти после операции цистэктомии в зависимости от размеров образованного костного дефекта и степени подвижности зуба. Хирургическое лечение пациентов с околокорневыми кистами не всегда приводит к желаемым результатам, что во многом связано со способом замещения костного дефекта.

**Ключевые слова:** цистэктомия, костный дефект, регенерация костной ткани.

**Resume.** The purpose of the research - studying and finding the possible terms of replacement of aesthetic defects of the front sections of the teeth in the upper and lower jaw after surgery cystectomy depending on the size of the bone defect formed and the extent of mobility of the tooth. Surgical treatment of patients with radicular cysts doesn't always lead to the desired results, largely due to the method of replacement of bone defect.

**Keywords:** cystectomy, bone regeneration, bone defect.

**Актуальность.** Лечение радикулярных кист в челюстно-лицевой хирургии ставит перед врачом-стоматологом достаточно сложную задачу, поскольку основным критерием излечения является устранение дефекта кости и восстановление ее целостности с присущей ей анатомическими и функциональными особенностями [1].

Основным осложнением после цистэктомии является потеря зуба [2]. Функциональные и эстетические нарушения челюстно-лицевой области по причине потери зубов побуждают врача-стоматолога стремиться уменьшить временной интервал между процессом регенерации костной ткани после цистэктомии челюсти и началом протезирования.

**Цель:** повышение эффективности ортопедического лечения пациентов на основании применения методов лучевой диагностики после цистэктомии верхней и нижней челюсти.

**Задачи:**

1. Определить динамику регенерации костной ткани после операции цистэктомии верхней и нижней челюсти с использованием лучевых методов исследования при различных способах протезирования и отсутствия такового.

2. Провести анализ собственных клинических наблюдений с определением выбора ортопедической конструкции.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе УЗ «30 городская клиническая поликлиника» г. Минска в 2021 г.

Результаты клинического наблюдения и обследования методами лучевой диагностики (ОПТГ и периапикальная пленочная рентгенограмма) изучались у 45 пациентов с диагнозом радикулярная киста верхней и нижней челюсти (18 пациентов с оперативным вмешательством на верхней челюсти и 27 - на нижней) разных размеров - до 15 мм, от 15 мм до 30 мм и более 30 мм. Возрастной диапазон всех пациентов варьировал от 21 до 65 лет.

**Результаты и их обсуждение.** На основании клинического осмотра и данных лучевых методов исследования изучены отдаленные результаты хирургического лечения у пациентов в сроках от 30 до 180 суток [3].

В динамике изучена интенсивность восстановления костного дефекта после операции цистэктомии челюстей с применением методов лучевой диагностики. Разработаны рекомендации по выбору метода протезирования.

Сравнение сроков восстановления костной ткани в области дефекта позволило определить уровень остеоинтеграции и оптимизировать выбор ортопедической конструкции.

#### **Выводы:**

1. Рентгенологическое исследование интенсивности регенерации костной ткани после цистэктомии на челюстях целесообразно проводить при дефектах до 25 мм в диаметре в срок 60 суток, от 25-40 мм – 120 суток, более 40 мм – 240 суток.

2. Методом лучевой визуализации верхней и нижней челюсти при наличии небольших костных дефектов является внутриротовая периапикальная рентгенография, а для больших костных дефектов – ортопантомография, конусно-лучевая компьютерная томография.

3. Протезирование дефекта зубного ряда в ближайшие сроки после операции возможно при различном диаметре патологического очага при отсутствии подвижности зубов.

4. Операция цистэктомии с резекцией верхушки корня зуба является завершающим этапом подготовки к протезированию.

5. Рекомендуется отсрочить подготовку зуба к установке вкладки для избежания травмирования причинного зуба.

6. Выбор конструкции ортопедического протеза зависит от величины дефекта костной ткани и степени ее восстановления.

7. При недостаточности данных клинико-рентгенологического исследования пациентов с радикулярными кистами верхней челюсти целесообразно использовать компьютерную томографию в качестве уточняющего метода.

#### **Литература**

1. Брагин Е.А. Основы микропротезирования. Штифтовые конструкции зубных протезов, вкладки, виниры искусственные коронки, декоративные зубные накладки / Е.А. Брагин, А.В. Скрыль,- М.: ООО «Медицинская пресса», 2009. 508с.

2. Алешина О.А. Анализ ошибок и осложнений при протезировании с применением несъемных ортопедических конструкций / С.И. Гажва, Г.А. Пашинян, О.А. Алешина // Стоматология. 2010. - № 2. - С.7-8.

УДК 61:615.1(06)

ББК 5:72

А 43

ISBN 978-985-21-1009-9

*Актуальные проблемы современной медицины и фармации-2022*

*БГМУ, Минск (20.04 – 21.04)*

3. Елови́кова А. Н. Иммедиа́т-протезиро́вание после травмы челюстей //Стоматология. 1995.- №7.- С. 57-61.