

Н.М. Саджади

**ОЦЕНКА КОСТНОГО РЕГЕНЕРАТА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КИСТЫ
ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ ДАННЫХ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Научный руководитель: канд. мед. наук., доц. Д.А. Гричанюк

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

МОДКБ, Минская обл., Минский р/н, п. Лесной

N.M. Sajadi

**EVALUATION OF BONE REGENERATE AFTER REMOVAL
OF THE JAW CYST WITH THE HELP OF X-RAY DATA**

Tutor: PhD, associate professor D.A. Grichanyuk

Department of Maxillofacial Surgery

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk

MODKB, Minsk region, Minsk district, Lesnoy village

Резюме. Киста – это опухолевидное образование, которое представляет собой полость, оболочка которой состоит из наружного соединительнотканного слоя и внутреннего, выстланного преимущественно многослойным плоским эпителием. Полость кисты обычно заполнена жидким или полужидким содержимым (серозная жидкость, гной, продукты жизнедеятельности эпителиальной выстилки - коллоиды и кристаллоиды (кристаллы холестерина)).

Ключевые слова: кисты челюстей, распространенность, оценка регенерация костной дефектов.

Resume. A cyst is a tumor-like formation, which is a cavity, the shell of which consists of an outer connective tissue layer and an inner one, lined mainly with stratified squamous epithelium. The cyst cavity is usually filled with liquid or semi-liquid contents (serous fluid, pus, waste products of the epithelial lining - colloids and crystalloids (cholesterol crystals)).

Key words: jaw cysts, prevalence, assessment of regeneration of bone defects

Актуальность. Кисты челюстей занимают первое место среди других опухолеподобных заболеваний челюстей. Они встречаются у лиц разного возраста, образуются на верхней челюсти чаще, чем на нижней челюсти. Клинико-рентгенологические признаки различных кист челюстей и методы их лечения имеют много общего. Однако каждому виду кисты присущи характерные особенности, позволяющие дифференцировать их друг от друга и с опухолями. Стенкой истинной кисты является соединительная ткань, выстланная изнутри эпителием. По гистогенезу различают одонтогенные и неодонтогенные кисты челюстей. Среди одонтогенных кист выделяют дизонтогенетические кисты (фолликулярные и примордиальные) и кисты воспалительного генеза (радикулярные).

Цель: Повысить эффективность диагностики и оценку результатов хирургического лечения пациентов с кистозными образованиями челюстных костей различного происхождения в амбулаторных условиях.

Задачи: Провести анализ рентгенологических изображений одонтогенных полостных образований челюстных костей и выявить основные особенности особенности и определить темпы вторичного остеогенеза в период восстановления структуры кости у пациентов различного возраста и пола.

Материалы и методы. Одними из самых распространенных вмешательств в отделении челюстно-лицевой хирургии, стоящим на втором месте после операции удаления зуба и составляющим более 28%, являются операции по поводу удаления кист челюстей 13%.

Среди кист челюстей чаще других выявлялись радикулярные – они составили 80% (542 клинических случаев). На фолликулярные кисты пришлось 6% (41 случая), на резидуальные 6,3% (43 случая), кератокиста диагностирована у 0,7% (5 случаев), киста резцового канала 1% (7 случая), пародонтальная киста 4% (28 случаев), кист гранулёма 0,9% (6 случаев). 2017- 19 г из рассмотренных нами 672 историй болезни 321 (47%) принадлежали мужчинам, 351 женщинам (53%).

2017-19г кисты челюстей в большем проценте случаев была диагностирована у лиц в возрасте от 20 до 40 лет, их доля в общем количестве пациентов составила 44,0% (296 человека). Следующей была возрастная группа от 40 до 60 лет – 38% (256 человек). И возрастная группа от 60 до 80 лет– 18% (120 человек). На кисты, расположенные в области верхней челюсти пришлось 64% (153 пациентов), на нижней челюсти диагностировано 36% кист (86 человека). В 2018 году кисты, расположенные в области верхней челюсти, пришлось 46% (105 пациентов), на нижней челюсти диагностировано 54% кист (124 человека). В 2017 году кисты, расположенные в области верхней челюсти, пришлось 67% (141 пациентов), на нижней челюсти диагностировано 33% кист (69 человека).

Кисты, расположенные в области верхней челюсти, пришлось 57% (385 пациентов), на нижней челюсти – 43% кист (287 человека). В качестве причины развития кисты были проанализированы все зубы обеих челюстей. На верхней челюсти чаще других кисты выявлялись в области премоляров и моляров справа в 21,5% у 146 человека, 20% у 133 человека в области премоляров и моляров слева, а во фронтальном отделе 15,8% у 106 человека. На нижней челюсти причиной возникновения кист чаще являлись моляры и премоляры слева: 19,6% (132 пациентов), премоляров и моляров справа 18% (122 пациентов), во фронтальном отделе – 5% (33 пациентов).

Таким образом, количество пациентов с кистами челюстей в стационаре челюстно-лицевой хирургии остается стабильным на протяжении последних лет, их количество составляет в среднем 672(13 %) от общего числа. Подавляющее большинство кист – 81% (546 случаи) являются радикулярными. Среди пациентов с данным диагнозом преобладают женщины 53% (354 случаи) пациентов – лица, относящиеся к возрастной группе от 20 до 40 лет 44% (298 случаи). Кисты чаще локализуется на верхней челюсти 358 случаи (53%). Причиной развития кисты являются воспалительные процессы на верхней челюсти – в области моляров и премоляров справа 14(21,5%) на нижней челюсти – моляров и премоляров слева 132 случаи (19,6%).

Регенерация послеоперационного костного дефекта происходит путем соединительнотканной организации кровяного сгустка с последующим длительным его замещением остеоидной тканью. Регенерация происходит со стороны стенок костной полости к ее центру, т.е. концентрически. Срок полного восстановления дефекта различен и зависит от размеров кисты, локализации, возраста больного, наличия сопутствующих заболеваний и составляет от 3-х месяцев до одного года, а

при больших размерах кисты — 2 года и даже более. При проведении рентгенографии челюсти начинающие врачи этот очаг затемнения в центре полости могут оценить, как осложнение после проведенного оперативного вмешательства. Длительная регенерация костного дефекта уменьшает прочность кости.

Для качественной оценки регенерация послеоперационного в области костной раны применялся: 1) показатель относительной плотности ткани в области дефекта с плотностью костной ткани с условно здоровой стороны, 2) математический расчет объём костной дефектов до и после операции;

Табл. 1. Данные рентгенологического исследования

Пациент	Линейные (макс) размеры Кисты до операции			Плотность ПоХаусфильду		Линейные (макс) размеры кисты после операции		
	Длина	Высота	Ширина	До	После	Длина	Высота	Ширина
Д Н.А.	Planmeca Romexis			14	654	Planmeca Romexis		
				607	625			
	5.40	7.96	6.63	2.3%	104%	1.12	1.75	1.08

*Примеры расчет костной дефект и плотности костный ткани с помощью программа Planmeca Romexis.

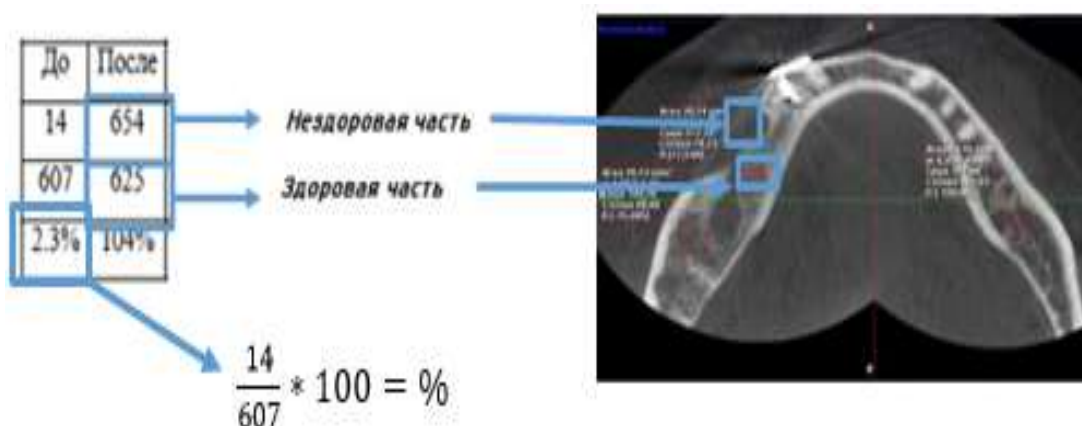


Рис. 1. – Измерение значений по шкале Хаунсфильда в области костного регенерата в сравнении с костной тканью «здоровой» стороны

Табл. 2. Математический расчет объём костных дефектов до и после операции и регенерации костной ткань %

Дата операции	Объём кист челюсти до операции мм ³ (CM)	Дата конт-ый снимок после операции	Объём костной дефект после операции мм ³ (CM)	Заживление костной дефект %
04.07.18	148(0.0148)	09.06.20	1.1(0.00011)	99.3%

*Примеры математический расчет объём костной дефектов до и после операции и регенерации костных ткань %.

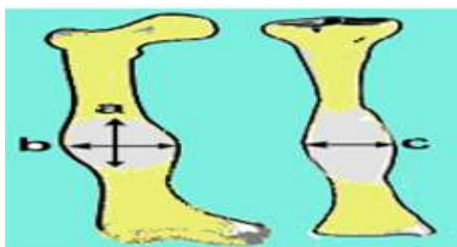


Рис 2 – Расчет объема кист челюсти

$$\frac{4}{3} \pi * \frac{a}{2} * \frac{b}{2} * \frac{c}{2} = a * b * c * 0.52$$

π -констант, равная 3,14

a-размер кисты по длиннее (в см)

b-передне-поперечный размер кисты (в см)

c-боковой размер кисты (в см)

По результатам заживление костной дефекта больше чем 75% приходилось у 32 случае (9 случае с полным заживлением дефекта), 50 -75% 7 случае,6 случае меньше 50%, 2 случае рецидива

Мы отмечаем, что активность заживление (регенерация) кости во многом зависят от несколько факторов, среди которых решающими являются следующие:1) возраст. 9 случаев с полным заживлением кости после удаления кисты были с возрастом 18-40 лет; 2) изменения состояния и функций физиологических систем организма (наличие сопутствующих заболеваний). 2 случаев заживления костных дефектов произошло меньше 45%; 3) анатомический тип дефекта (область которого приходилось удаление кисты челюстей). при кистах во области угол нижней челюсти у 5 случаев приходилось меньше 51%;4) характеристика и размеры кистах челюстей. 2 с парадентальной, 2 фолликулярной, 1 первичной кистами, заживление кости произошли меньше чем 51%;5) темпы вторичного остеогенеза существенно не зависят от пола пациентов.

Выводы: удельный вес пациентов с кистами челюстей от числа госпитализированных по средним данным составил 13% Среди кист чаще других выявлялись радикулярные – они составили 81%. На фолликулярные кисты пришлось 5,2%, на резидуальные 6,2%, кератокиста диагностирована у 0,7%, киста резцового канала 1%, пародонтальная киста 4,2%, кист гранулёма 1%.

Количество пациентов с кистами челюстей в стационаре челюстно-лицевой хирургии остается стабильным на протяжении последних лет, их количество составляет в среднем 13% от общего числа. Среди пациентов с данным диагнозом преобладают женщины. 53% пациентов – лица, относящиеся к возрастной группе от 20 до 40 лет 44%, на второй очередь от 40 до 60 лет 38.2%(не забудете, что в этом возрасте у большинства пациентов меньше количество зубов). Кисты чаще локализуется на верхней челюсти - 53%.

Заживление костной дефектов после удаление кистах челюсти зависит от ряда факторов, которые либо ускоряют его, либо препятствуют ему. Сам процесс регенерации индивидуален для каждого пациента: Возраст, изменения состояния и функций физиологических систем организма. Замедленная регенерация наблюдается при анемии, гипо-протеинемии, кахексии, старческом остеопорозе, авитаминозе, беременности, лактации, лучевой болезни. Задерживает мозолеобразование

эндокринные нарушения, расстройства обмена веществ, длительное употребление ряда гормональных препаратов - кортизона, гидрокортизона, преднизолона, кеналогоа.

Восстановление костной ткани при ведении костной полости происходит за счет вторичного остеогенеза от периферии к центру с последующей минерализацией новообразованной кости. Темпы вторичного остеогенеза существенно не зависят от пола, но зависят от возраста пациентов и составляют в среднем 6-12 месяцев.

Для радикулярных кист характерна рентгенологическая картина монополости, располагающейся в области тела нижней или верхней челюсти. Фолликулярные кисты рентгенологически проявляются в виде однополостных и дольчатых форм внутрикостных образований больших размеров с наличием ретинированного сформированного зуба без включения дополнительных теней.

Для доброкачественных опухолей, эпителий которых обладает факторами агрессивности, характерно неравномерное рассасывание костной ткани, что определяет ячеистую рентгенологическую картину, резорбцию кортикальных пластинок и корней зубов. Доброкачественные одонтогенные опухоли могут локализоваться в любом участке челюстной кости.