

**Я. Д. Трафимова**  
**ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ**  
**КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А. В. Глинник*  
*Кафедра челюстно-лицевой хирургии,*  
*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Y. D. Trafimova**  
**ERRORS AND COMPLICATIONS IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT**  
**OF CYSTS JAWS**

*Tutor: PhD in Medical sciences A. V. Glinnik*  
*Department of maxillofacial surgery,*  
*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** В данной работе рассматриваются ошибки при диагностике кист челюстей, ошибки при подготовке пациента к хирургическому лечению, ошибки и осложнения в процессе хирургического вмешательства, ранние и поздние осложнения хирургических вмешательств.

**Ключевые слова:** кисты челюстей, диагностика кист, лечение кист.

**Resume.** This work discusses errors in the diagnosis of jaw cysts, errors in preparing the patient for surgical treatment, errors and complications during surgery, early and late complications of surgical interventions.

**Keywords:** cysts jaws, diagnosis of cysts, treatment of cysts.

**Актуальность.** Актуальность выбранной темы обусловлена необходимостью привлечь внимание к наличию проблем в диагностике и лечении кист челюстей.

**Цель:** систематизировать ошибки и осложнения диагностик и лечения кист челюстных костей.

**Задачи:**

1. Провести анализ отечественной и зарубежной литературы по данной теме.
2. Систематизировать полученные сведения.

**Результаты и обсуждения.** По международной классификации стоматологических болезней на основе МКБ-10 (1997) корневые кисты включены в раздел болезней полости рта, слюнных желез и челюстей, класс XI-K04.80.

В челюстных костях кистозные поражения встречаются существенно чаще, чем в любом другом отделе скелета. Более чем в 90% случаев они имеют одонтогенную природу и относятся к истинным кистам, имеющим внутреннюю эпителиальную выстилку. Корневые (радикулярные) кисты составляют около 94-96% всех кистозных образований, выявляющихся у взрослых. Они могут быть периапикальными и боковыми и чаще всего формируются в 20-30-летнем возрасте. Радикулярные кисты чаще выявляются на верхней челюсти и связаны в основном с фронтальной группой зубов. На нижней челюсти 58% радикулярных кист связаны с молярами. Воспалительный генез имеют 80% корневых кист, 19% обусловлены нарушением формирования тканей (из них 11-13% составляют фолликулярные кисты, а около 18% - кератокисты), 1% кист патогенетически связан с травмой челюстно-лицевой области.

Корневые кисты, как и верхушечные периодонтиты, только в 40% случаев сами обусловлены не леченным осложненным кариозным поражением. В 60% случаев развитие радикулярных кист связывают с осложнением эндодонтических мероприятий - проталкивание в апикальный периодонт некротизированной инфицированной пульпы, травмирование тканей периодонта при витальной экстирпации пульпы под местной анестезией, некачественное пломбирование каналов.

Weiger et al. при обследовании больных, направленных для хирургического лечения апикального периодонтита, выявили воспалительные изменения в области верхушек корней запломбированных зубов в 61% случаев. Подобные изменения у верхушек корней зубов, которые не лечились эндодонтически, те же авторы регистрировали в 88% случаев. Кроме того, они отметили, что только в 14% случаев качество пломбирования каналов было удовлетворительным. Saunders and Saunders обнаружили периапикальные изменения у 50,8% эндодонтически леченных зубов, находящихся под искусственными восстановительными коронками. Анализ результатов рентгенологического обследования говорит о том, что однокорневые зубы пломбируются до верхушки у 80%, не до верхушки у 20% зубов, а многокорневые у 14% и 86% зубов соответственно. Нами проанализированы результаты рентгенологического обследования 236 пациентов с корневыми кистами челюстей (вовлечение в процесс 346 зубов), лечение которых проводилось в плановом порядке в условиях I отделения челюстно-лицевой хирургии 11 городской клинической больницы г. Минска. При проведении планирования предоперационной подготовки определено, что терапевты-стоматологи редко используют пломбирование корневых каналов твердеющими материалами до рентгенологической верхушки методикой латеральной конденсации. Анализ показал хорошее качество эндодонтической подготовки только у 20,5% зубов. В 67% случаев определялось пломбирование каналов одной пастой, в 2% случаев – одним гуттаперчевым штифтом.

Всем специалистам известно, что полноценная obturация корневого канала еще не гарантирует успех лечения. Даже при идеальном заполнении корневого канала осложнения возникают как минимум в 5 из 7 случаев, что может быть связано с перфорацией корня, избыточным выведением пломбировочного материала, отломом инструмента и т.д. Однако в доступной литературе мы встретили единичные упоминания о осложнениях в процессе хирургического лечения кист челюстных костей.

**Выводы:** таким образом, в ходе проведенного анализа основных ошибок и осложнений при диагностике и лечении кист челюстей можно выявить причины их возникновения и способы устранения, а это, в свою очередь, позволит врачам снизить количество таких ситуаций в своей практике.

#### Литература

1. Апикальный периодонтит: учеб.-метод. пособие/ Л.А. Казеко (и др.)-Минск: А76БГМУ, 2007.-20с.
2. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. - М.: «Медицинское информационное агентство», 2006.- 840с.
3. Кабак Ю.С. Ретроспективная оценка апикального периодонтита // Стоматологический журнал.-2001.-№3.-с.39-42.
4. Овруцкий Г.Д., Лившиц Ю.Н., Лукиных Л.М. Неоперативное лечение околокорневых кист челюстей.-М., Медицина.-1999.

5. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в стоматологии.- М.: ООО « Медицинское информационное агенство»,-1999.-452 с.
6. Рабухина Н.А., Григорьян А.С., Григорьянц Л.А., Бадалян В.А.// Клиническая стоматология.-1999.-№3.-с.24-27.
7. Хельвиг Э. Терапевтическая стоматология /Хельвиг Э., Климек И., Аттин Т. Пер.с нем. проф.Политун А. М.,проф.Смоляр Н. И.-Львов : ГалДент.-1999.-с.409.
8. Чупрыгина Н.П. Рентгенограммы зубов и альвеолярного отростка в норме и патологии у детей : Атлас.-М,1964.-с.146.
9. Kruger E., Wopthington P. Хирургическое лечение кист // Квинтэссенция.-т.1.-№5/6.-1991.-с.381-393
10. Moore U.J/ Principles of Oral and Maxillofacial surgery/ 2007, p.223.
11. Saunders W.P., Saunders P.R.// BDJ.1998.Aug.8.Vol.185, №3.P.137-140.
12. Shear M., Speigt P. Cysts of the Oral and Maxillofacial regions/ 2001, p. 273.
13. Weiger R., Hitzler S., Hermle G., Lost C.// Endod.Dent.Traumantol.1997.Arp.Vol.13, N2. P.69-74.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ