

**Н. И. Яцинович**

## **МЕТОДЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Научные руководитель канд. мед. наук, ассист. Л. А. Лулева**

*Кафедра челюстно-лицевой хирургии, кафедра ортопедической стоматологии  
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**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. Клиническую группу составило 32 пациента после цистэктомии во фронтальном на верхней и нижней челюсти (14 пациентов с оперативным вмешательством на верхней челюсти и 18 - на нижней). После операций 21 пациент нуждался в протезировании для устранения эстетического дефекта, из них было запротезировано 12 человек. Измерение размеров дефектов костной ткани при радикулярных кистах челюстей проводилось по данным ОПТГ до оперативного вмешательства и на 60, 120, 180 сутки в отдаленном периоде.

**Ключевые слова.** цистэктомия, регенерация костной ткани, костный дефект, эстетическая стоматология.

**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. The clinical group consisted of 32 patients after cystectomy in the front on the upper and lower jaw (14 patients with surgery on the upper jaw and 18 - on the lower jaw ). After

*surgery, 21 patient needed prosthodontics to correct the aesthetic defect, of which 12 patients had dental restoration completed. Measuring the size of the bone defects in the jaw radicular cysts was performed according to orthopantomogram before operative intervention and on 60, 120.180 days in the remote term.*

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

**Актуальность.** В современной стоматологии лечение околокорневых кист представляет определенную значимость. Результаты исследований последних десятилетий свидетельствуют, что число радикулярных кист от общего числа хирургических заболеваний челюстей составляет 7-12% [Б.Д. Ботбаев, 1990 г., А.К. Иорданишвили, 2000 г., М.М. Соловьев, 2005 г. и др.]. Лечение околокорневых кист ставит перед специалистом достаточно сложную проблему выбора методов и средств, поскольку основным критерием излечения является устранение дефекта кости и восстановление ее целостности с присущей ей анатомическими и функциональными качествами. Последнее, к сожалению, достигается крайне редко, несмотря на использование различных по своим свойствам имплантационных материалов природного и синтетического происхождения. Интерес к этому вопросу определяется высокой распространенностью, не до конца выясненным этиопатогенезом, часто бессимптомным течением и тяжелыми осложнениями данной патологии. Распространенным осложнением у этих пациентов является частичная потеря зубов. Одной из актуальных проблем ортопедической стоматологии является оптимальное сохранение объема тканей протезного ложа после операции удаления зубов. Поиск способов повышения эффективности лечения больных в период от экстракции зуба до изготовления постоянной ортопедической конструкции, а также, методов, способствующих снижению атрофии костной ткани, остается одной из важнейших задач ортопедической стоматологии [Лебеденко И.Ю. 1998, Трезубов В.Н. 1998, Щербаков А.С. 1999, Маркова Г.Б. 1998]. Утрата передних зубов приводит к нарушениям внешнего вида и речи, что вызывает серьезные проблемы в сфере общения пациента. Функциональные и эстетические нарушения жевательно-речевого аппарата побуждают врача стремиться уменьшить временной интервал между процессом регенерации костной ткани после цистэктомий челюстей и началом протезирования.

**Цель:** повысить эффективность комплексного лечения пациентов после цистэктомий верхней и нижней челюсти, включая рациональное зубопротезирование с применением лучевых методов исследования.

**Задачи:**

1. Изучить динамику регенерации костной ткани после операции цистэтомии во фронтальном участке зубов верхней и нижней челюсти при различных способах протезирования с использованием лучевых методов исследования .

2. Провести анализ собственных клинических наблюдений с определением выбора ортопедических конструкций.

3. Определить возможные сроки замещения эстетического дефекта во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти, после операции цистэктомии в зависимости от размеров патологического очага и степени подвижности зуба.

4. Разработать рекомендации по выбору метода протезирования.

**Материал и методы.** Клиническая часть работы выполнялась в клинике кафедры челюстно-лицевой хирургии БГМУ, на базе УЗ «30 городская клиническая поликлиника» г. Минска. Результаты клинического наблюдения и обследования методами лучевой диагностики изучались у 32 пациентов с диагнозом «радикулярная киста» верхней и нижней челюсти (14 пациентов с оперативным вмешательством на верхней челюсти и 18 - на нижней) разных размеров - до 15мм, от 15мм и до 30 мм и более 30 мм. Возрастной диапазон всех пациентов колебался от 21 до 65 лет. До оперативного вмешательства пациентам клинической группы проводили общее клиническое обследование по стандартной схеме. В амбулаторных условиях пациентов обследовали по стандартной схеме, включая выяснение жалоб, сбора анамнеза в том числе аллергологического и фармакотерапевтического, развития настоящего заболевания, наличие и отсутствие сопутствующей патологии. Определяли вид обезболивания, предстоящего хирургического вмешательства (общее обезболивание и местная анестезия). Осуществляли анализ биохимических показателей крови (билирубин, общий белок, мочевины, глюкоза, АсТ, АлТ, электролиты), а также основных показателей свертывающей системы крови, показателей периферической крови, определяли групповую принадлежность крови пациентов и резус фактор. При наличии сопутствующей патологии перед госпитализацией осуществляли консультации специалистов, проводили рентгенографию (флюорографию) органов грудной клетки, повторно ЭКГ.

У пациентов с радикулярными кистами верхней и нижней челюсти в плане предоперационной подготовки проводилось эндодонтическое лечение корневых каналов согласно клиническим протоколам (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1245 от 26.12.2011).

Всем пациентам после оперативного вмешательства проводили стандартную комплексную противовоспалительную терапию. Швы снимали на 7-10 сутки после операции. Осуществляли динамическое наблюдение пациентов с применением лучевых методов исследования на 60, 120, 180, 360 сутки. Полученные результаты оценивали по степени остеоинтеграции кости в послеоперационных дефектах. Изучали динамику репаративных процессов тканей у челюстно-лицевых пациентов на этапах ортопедического лечения. Оценивали эффективность проведенного ортопедического лечения. Рентгенологическое обследование проводилось до лечения и в динамике после операции (через 60,120,180,360 сутки). Использовались следующие методы: ОПТГ, внутриротовая периапикальная рентгенография. ОПТГ проводилась на ортопантомографе «Zonark» (Финляндия), технические режимы – MAS 15-20 мА/с, режим 80-85 кВ, размер пленки 15'30 см, время экспозиции 13 секунд по программам «DENT» – для исследования нижней

зоны лица, «МТ» – для исследования верхней и средней зон лица. Выполнение обзорных рентгенограмм осуществлялось с применением аппарата "Sirona". Исследования выполнялись при одинаковых стандартных технических условиях при строгом соблюдении укладок (фирма Retina или Kodak, режим – 55 киловольт, при выполнении внутриротовой периапикальной рентгенографии размер пленки 3,1х4,1 см).

По рентгеновским изображениям оценивали размеры, контуры, структуру костных образований (области альвеолярного отростка, костных полостей), определяли характер патологических изменений в кости (очагов деструкции, остеосклероза, остеопороза. При активно протекающих репаративных процессах и отсутствии жалоб со стороны пациента динамическое наблюдение прекращалось. По рентгеновским данным отмечалась динамика изменений объема костной полости, занимаемой кистой. Контролем служил трабекулярный рисунок на противоположной интактной стороне челюсти. Кроме того, изучались рентгенологические материалы в ранние и отдаленные сроки после операции для контроля степени и уровня новообразования костной ткани в костных дефектах.

**Результаты и их обсуждение.** На основании клинического осмотра и данных лучевых методов исследования изучены отдаленные результаты лечения в сроке от 30 до 180 суток. Изучена динамика восстановления костной ткани после операции цистэктомии челюстей с применением лучевых методов исследования. Разработаны рекомендации по выбору метода протезирования. Сравнение сроков регенерации костной ткани в области дефекта позволило установить уровень остеоинтеграции и оптимизировать выбор ортопедической конструкции.

**Выводы:**

1. Рентгенологический мониторинг регенерации костной ткани при 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, может являться внутриротовая периапикальная рентгенография, а для больших костных дефектов – ортопантомография, конусно-лучевая компьютерная томография.

3. Протезирование дефекта зубов во фронтальном участке в ближайшие сроки после операции возможно при различном диаметре патологического очага при отсутствии подвижности зубов.

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

5. Рекомендовано отсрочить подготовку зуба к вкладке, во избежание травмирования причинного зуба.

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

7. При недостаточной информации клинико-рентгенологического

исследования больных одонтогенными кистами верхней челюсти, целесообразно использовать КТ в качестве уточняющего метода.

*N. I. Yatsynovich*

**METHODS FOR PROSTHODONTIC REHABILITATION OF PATIENTS AFTER  
CYSTECTOMY IN THE ANTERIOR MAXILLARY AND MANDIBULAR  
DENTITION**

*Tutors: assistant L. A. Luneva, Associate Professor. V. A. Sharanda  
Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Department of Prosthodontic  
Dentistry  
Belarusian State Medical University, Minsk*

**Литература**

1. 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.
2. 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.
3. Бригадинова Л. Л. Анализ отрицательных результатов после костной пластики нижней челюсти / Л. Л. Бригадинова // Стоматология. 1986. -№ 4. - С. 42-43.
4. Арсенина О. И. Клинико-рентгенологическое обоснование применения быстрого расширения верхней челюсти / О. И. Арсенина, Н. А. Рабухина, И. В. Дедкова // Ортодонтия. - 2005,-№2.-С. 26-30.
5. Еловикова А. Н. Имедиат-протезирование после травмы челюстей //Стоматология. 1995.- №7.- С. 57-61
6. Вернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии. Киев. - 1970. -482с
- 7.Кац А.Г. Регенерация костной ткани после удаления кист челюстей.// Стоматология.- 1964.-№5.-С.41-43.