

Р.А. Баньков

**ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ МЕТОДА ДЕКОМПРЕССИИ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ
В СТАДИИ ВОСПАЛЕНИЯ**

*Научные руководители: ст. преп. Е.И. Редькова, Е.В. Станкевич
Кафедра челюстно-лицевой хирургии и пластической хирургии лица
с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

R.A. Bankov

**ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF THE DECOMPRESSION METHOD
IN THE TREATMENT OF PERIAPICAL CYSTS OF THE JAWS
IN THE INFLAMMATION STAGE**

*Tutors: senior lecturer E.I. Redkova, E.V. Stankevich
Department of Maxillofacial Surgery and Facial Plastic Surgery
with Advanced Training and Retraining Course
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. На основании клинико-рентгенологического анализа обоснованы преимущества и проанализированы недостатки метода декомпрессии при лечении периапикальных кист челюстей в стадии обострения. Важной особенностью данного метода является возможность амбулаторного лечения пациента, а также снятие воспаления в более короткие сроки, возможность верификации диагноза (биопсии).

Ключевые слова: одонтогенные кисты, декомпрессия, цистотомия.

Resume. Based on the clinical and radiological analysis, the advantages and disadvantages of the decompression method in the treatment of acute periapical jaw cysts are substantiated. An important feature of this method is the possibility of outpatient treatment of the patient, as well as the removal of inflammation in a shorter time, the possibility of verifying the diagnosis (biopsy).

Keywords: odontogenic cysts, decompression, cystotomy.

Актуальность. Одонтогенные кисты челюстей являются одним из наиболее часто встречающихся заболеваний челюстно-лицевой области. Высокая распространённость, риски осложнений при проведении операции цистэктомии, необоснованная подготовка (депульпирование) зубов, прилежащих к кистозной полости, обуславливают актуальность поиска альтернативных методов хирургического лечения обширных кист челюстей. Одним из таких методов является метод декомпрессии, целью которого является восстановление структуры кости, снижение риска вероятных осложнений при проведении операции цистэктомии, а также сохранение работоспособности пациента.

Цель: на основании клинико-рентгенологического анализа изучить преимущества метода декомпрессии при лечении периапикальных кист челюстей в стадии обострения и описать недостатки применения данного метода лечения.

Задачи:

1. Проанализировать результаты клинического и рентгенологического обследования пациентов с обширными периапикальными кистозными поражениями

челюстных костей от начала комплексного лечения и спустя 3-4 месяца после его завершения.

2. Определить гистологический тип одонтогенных кистозных поражений челюстей с целью верификации диагноза.

3. Изучить преимущества и недостатки применения метода декомпрессии при лечении периапикальных кист челюстей в стадии обострения.

Материалы и методы. В рамках исследования произведен обзор литературы, представленной в отечественных и зарубежных базах данных, таких как международная медицинская библиотека PubMed, медицинский электронный портал eLibrary, медицинские информационные ресурсы UpToDate и Medscape. Изучались публикации по следующим ключевым словам: одонтогенные кисты челюстей, цистотомия, марсупализация, цистэктомия, метод декомпрессии. Нами были проанализированы результаты клинического и рентгенологического обследования 7 пациентов в возрасте от 19 до 55 лет (женщины от 19 до 55 лет (5 случаев) и мужчины от 36 до 38 лет (2 случая)) с обширными одонтогенными кистозными поражениями челюстных костей, которые проходили хирургическое лечение на базе УЗ «РКСЦ-УК» и терапевтическое лечение на базе клиники «Lumina Dent» в период с 2024 по 2025 год.

Операция проводилась в амбулаторных условиях хирургического стоматологического кабинета под местной анестезией, при этом создавалось достаточно широкое трепанационное отверстие с рассечением оболочки кисты, что позволяло провести медикаментозную обработку кистозной полости с одномоментным забором материала с целью гистологического исследования. С целью изготовления трубчатого дренажа диаметром 5 мм использовалась система внутривенного вливания инфузионных растворов для однократного применения. Для исключения сдвига проксимального конца выпускника от механического воздействия выполнялось дополнительное закрепление шовным материалом. Установленный в трепанационное отверстие дренаж позволял осуществлять антисептическую обработку полости в течение от 4 до 5 недель. После проведения первого этапа хирургического лечения осуществлялось эндодонтическое лечение причинного/причинных зубов с временной пломбировкой корневых каналов материалом на основе гидроксида кальция, осуществлялась оценка жизнеспособности пульпы зубов, прилежащих к очагу периапикального поражения. Замена выпускника осуществлялась через каждые 7 дней с укорочением его длины для предотвращения упора во внутреннюю стенку кисты. Через 4-5 недель от начала хирургического лечения проводилось удаление дренажа, ушивание мягких тканей в области трепанационного отверстия, пациент направлялся к врачу-стоматологу-терапевту для дальнейшего эндодонтического лечения причинных зубов (постоянная пломбировка). Контрольное рентгенологическое исследование с использованием метода КЛКТ проводилось спустя 3-4 месяца от начала комплексного лечения.

Результаты и их обсуждение. Во всех случаях обширные одонтогенные кисты локализовались на верхней челюсти и занимали участок в области 2-3 зубов. По своей патоморфологической структуре кистозные поражения были представлены

радикулярными кистами воспалительного генеза. Период временной нетрудоспособности пациентов составлял не более 3 дней.

Клинический случай №1: пациент А.А., мужчина, 36 лет, обратился с жалобами на боли и выбухание в области передней стенки верхней челюсти справа во фронтальном отделе, боли при нажатии на зубы 1.1, 1.2. По данным КЛКТ очаг поражения локализовался на верхней челюсти справа в области корней зубов 1.1-1.3 и имел размеры 3х3х2см (рис. 1). Спустя 3 месяца от начала комплексного лечения согласно данным КЛКТ наблюдаются признаки вторичного остеогенеза, восстановления кортикальной пластинки в области причинных зубов (рис. 2).

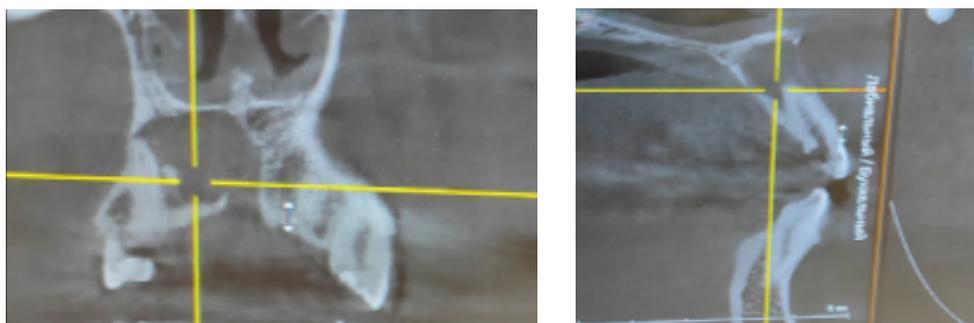


Рис. 1 – Пациент А.А., данные КЛКТ до начала комплексного лечения

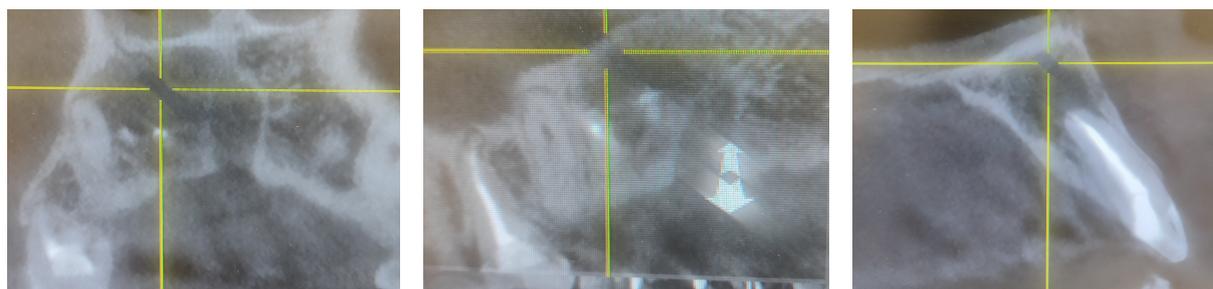


Рис. 2 – Пациент А.А., данные КЛКТ через 3 месяца после начала комплексного лечения

Клинический случай №2: пациентка В.В., женщина, 55 лет, обратилась с жалобами на боли и выбухание в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева в области зуба 2.6, боли при нажатии на зубы 2.6, 2.7. По данным КЛКТ очаг поражения локализовался на верхней челюсти слева в области корней зубов 2.5-2.7 и имел размеры 3х3х3см (рис. 3). Спустя 4 месяца от начала комплексного лечения согласно данным КЛКТ наблюдаются признаки вторичного остеогенеза, восстановления кортикальной пластинки в области причинных зубов (рис. 4).

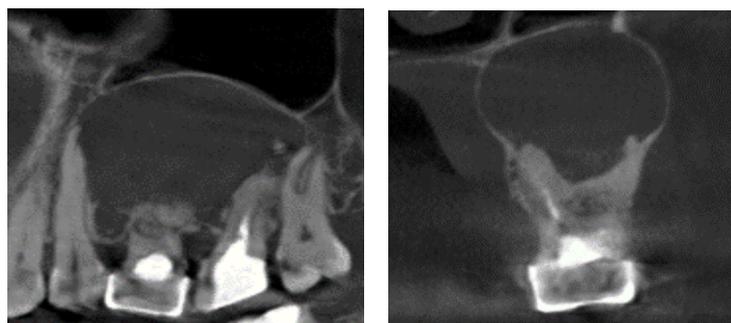


Рис. 3 – Пациентка В.В., данные КЛКТ до начала комплексного лечения



Рис. 4 – Пациентка В.В., данные КЛКТ через 4 месяца после начала комплексного лечения

Клинический случай №3: пациентка С.С., женщина, 19 лет, обратилась с жалобами на боли и взбухание в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева, боли при нажатии на зубы 2.1, 2.2. В анамнезе – ушиб данных зубов в детском возрасте. По данным КЛКТ очаг поражения локализовался на верхней челюсти слева в области корней зубов 2.1-2.3 и имел размеры 1.5x1.5x1см (рис. 5). Спустя 4 месяца от начала комплексного лечения согласно данным КЛКТ наблюдаются признаки вторичного остеогенеза, восстановления кортикальной пластинки в области причинных зубов (рис. 6).



Рис. 5 – Пациентка С.С., данные КЛКТ до начала комплексного лечения



Рис. 6 – Пациентка С.С., данные КЛКТ через 4 месяца после начала комплексного лечения

Выводы:

1. На основании клинического и рентгенологического анализа изучены преимущества метода декомпрессии при лечении периапикальных кист челюстей в стадии обострения: снятие воспаления в более короткие сроки, возможность верификации диагноза (биопсии), возможность качественного эндодонтического лечения корневых каналов с постоянной obturацией после стихания воспалительных явлений, отсутствие повреждения соседних анатомических структур. Недостатками метода является длительность лечения и необходимость высокого уровня мотивации

пациента.

2. По своей патоморфологической структуре кистозные поражения были представлены радикулярными кистами воспалительного генеза. Во всех случаях обширные одонтогенные кисты локализовались на верхней челюсти и занимали участок в области 2-3 зубов.

3. Данная методика представляет интерес, но требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Зарецкая, А. С. Преимущества и недостатки декомпрессионных методик при лечении обширных одонтогенных кист челюстных костей / А. С. Зарецкая // Новые технологии. – 2010. – №3. – С. 88-91.

2. Jung, Lee, and Park. Decompression of Large OKCs of the Mandible. J.Oral Maxillofac. Surg - 2005 - 63:267-271.

3. Головкин А.А., Тегза Н.В., Музыкин М.И., Иорданишвили А.К. Методы лечения обширных кист челюстей (обзор литературы) // Известия Российской военно-медицинской академии. 2020. Т. 39, № S3-1. С. 25–28.

4. Noriaki A. Multidisciplinary approach for treatment of a dentigerous cyst – marsupialization, orthodontic treatment, and implant placement: a case report // Journal of Medical Case Reports. 2018. Vol. 12. P. 305–307.

5. Щипский А.В., Годунова И.В. Причины рецидивов кистозных образований челюстей. // Стоматология. 2016. Т. 95, № 2. С. 84–88.