

Таиров У.Т., Кудратов А.Р.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАГНОИВШИХСЯ
ОКОЛОКОРНЕВЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ
БИОКОМПОЗИЦИОННОГО КОСТНОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА
В СОЧЕТАНИИ С БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМОЙ
КРОВИ И АНТИБИОТИКОМ**

U. T. Tairov, A. R. Kudratov

**SURGICAL TREATMENT OF FESTERING OCULOCARDIAC
CYSTS OF THE JAWS WITH THE USE OF BIOCOMPOSITE OSTEOPLASTIC
MATERIAL IN COMBINATION WITH PLATELET RICH PLASMA
BLOOD AND ANTIBIOTIC**

УДК: 616.31 + 616.31 : 614.254.6

В статье мы использовали при заполнении костных полостей после цистэктомии, комбинацию биокomпозиционного «Коллапан-Л» и синтетического «Genesis-BCP» костнопластических материалов в сочетании с богатой тромбоцитами плазмы. На основании клинико-рентгенологических данных, мы можем отметить эффективность этого метода в виде ранней реабилитации больных после хирургического лечения радикулярных кист челюстей.

Ключевые слова: *нагноившаяся радикулярная киста, богатая тромбоцитами плазма, Коллапан-Л, нагноившаяся околокорневая киста.*

In the paper we used to fill bone cavities after cystectomy, and a combination of biocomposite "Collapan-L" and synthetic "Genesis-BCP" osteoplastic materials in combination with platelet rich plasma. On the basis of clinical and radiological data, we can note the effectiveness of this method in the early rehabilitation of patients after surgical treatment of radicular cysts of the jaws.

Key words: *radicular cyst festering, platelet rich plasma, Collapan-L, acrocomia festering cyst.*

Актуальность.

Частота встречаемости нагноившихся одонтогенных кист челюстей колеблется от 47.4 до 77% [2,5]. Традиционное лечение нагноившихся кист включает два этапа: оказание неотложной помощи и радикальное лечение [6,7,10,12]. При оказании неотложной помощи проводят вскрытие гнойника, причем доступ к нагноившейся кисте определяется ее локализацией. Общепринятые способы вскрытия периостита на альвеолярных отростках, путем разреза по переходной складке или иссечения части слизистой оболочки на твердом небе не должны применяться при наличии очагов деструкции кости значительных размеров [6,7]. Поэтому во избежании ошибок с использованием атипичного подхода при лечении острого периостита необходимо абсолютно во всех случаях перед вскрытием гнойника производить рентгенографическое исследование для уточнения причины заболевания и выбор правильного доступа для операции. В зависимости от размеров и

локализации кисты, состояния “причинного” зуба и окружающих его тканей, возможности его сохранения, а также других обстоятельств Г.В. Кручинский, В.И. Филиппенко [7] предлагают несколько вариантов лечебной тактики. Если при гнойном воспалении кисты диаметром до 1см. имеется возможность сохранить “причинный” зуб, экссудат можно отвести путем вертикального разреза в преддверии рта, расположенного с предполагаемым краем кисты, включая трепанацию зуба [12].

При кисте, диаметр которой превышает 1 см или более, следует формировать слизисто-надкостничный лоскут под углом или трапецевидной формы. Вертикальная часть разреза должна располагаться несколько в стороне от предполагаемого края костной полости. Слизисто-надкостничный лоскут отслаивают, вскрывают и по возможности иссекают наружную доступную стенку оболочки кисты, т.е. производят цистотомию, обеспечивая тем самым полноценный отток экссудата. По мере стихания явлений воспаления лоскут возвращают на прежнее место. Если “причинный” зуб нельзя сохранить, то полость нагноившейся кисты можно опорожнить путем удаления зуба, расширив устье хирургической ложечкой.

Особое внимание следует уделять радикальному этапу лечения нагноившихся кист челюстей. Заживление послеоперационных кистозных полостей под кровяным сгустком, который является естественной пломбой, происходит крайне медленно. При больших дефектах костной ткани и при нагноении кист организация кровяного сгустка часто не происходит, он инфицируется и лизируется [3,9,18]. По данным Г.Н.Филатова [15], частота нагноения раны после операции по поводу одонтогенных кист колеблется в пределах от 1.6 до 16%, что естественно утяжеляет течение послеоперационного периода и удлиняет сроки реабилитации таких больных. В целях профилактики нагноения послеоперационных полостей больным назначают различные препараты общего и местного воздействия с целью купирования местного воспалительного процесса и стимуляции репаративной регенерации костной ткани [4,14].

Однако применение только лишь антибиотиков для благополучной реабилитации больных с нагноившимися кистами челюстей в послеоперационном периоде не является эффективным. В связи с этим многие авторы предлагают применение костнопластических материалов для заполнения остаточных кистозных полостей [3,5,8,16]. Некоторые авторы предлагают применение костнопластических материалов с добавлением антибиотиков [11,9]. Но опыт клинических наблюдений показал низкую эффективность некоторых материалов, особенно при значительных размерах дефектов кости, так как они не всегда полностью замещаются костью, а инкапсулируются соединительной тканью, поддерживают хроническое воспаление, усиливают резорбцию кости или частично отторгаются [1,17]. В связи с этим правильный выбор костно-пластических материалов для заполнения костного дефекта при нагноившихся кистах челюстей играет ведущую роль для благоприятной реабилитации больных.

Цель данной работы: изучение возможности применения биокомпозиционного костнопластического материала в сочетании с богатой тромбоцитами плазмой крови и антибиотиком (Гентамицин) при лечении нагноившихся кист челюстей.

Материал и методы исследования.

В течение 2012-2016гг. нами проведено обследование и лечение 62 больных в возрасте от 18 до 64 лет с нагноившимися одонтогенными кистами. У 23 больных нагноившиеся околокорневые кисты были осложнены острым гнойным периоститом. У остальных больных при вскрытии оболочки околокорневой кисты получали гной. При кистах, осложненных периоститом, оперативное вмешательство осуществляли двухэтапно. На первом этапе производили вскрытие гнойника с атипичным разрезом по одной из методик описанных выше. После вскрытия поднадкостничного гнойника, рану промывали раствором антисептиков (0.2% хлоргексидин, бетадин), и дренировали. С целью комплексного лечения назначали десенсибилизирующие препараты, антибиотики широкого спектра действия, полоскания полости рта антисептическими растворами. После стихания воспалительных явлений производили цистэктомию.

В зависимости от метода лечения, больные с нагноившимися околокорневыми кистами были разделены на 2 группы (контрольная и основная). Лечение больных контрольной группы (27 человек) проводили следующим образом. После вскрытия кистозной полости отсосом эвакуировали ее содержимое, вылущивали оболочку. Остаточную костную полость промывали 3% раствором перекиси водорода, бетадином, высушивали тампоном, добавляли порошок антибиотика “Гентамицин”, после чего рану наглухо ушивали. В основной группе (39) человеку для заполнения остаточной костной полости использовали биокомпозиционный костнопластический материал КоллапАн-Л в сочетании с богатой тромбоцитами плазмой крови

(БоТП) и антибиотиком “Гентамицин”. Полученные результаты оценивали по степени выраженности местной воспалительной реакции в послеоперационном периоде, по ее длительности, а также по числу осложнений в виде расхождения швов. При оценке величины костного дефекта, образующегося после удаления кисты, пользовались рабочей классификацией полостных дефектов малого, среднего, большого размера и обширных [2,5]. Динамическое наблюдение за больными включало, прежде всего клиническое обследование, которое проводили по общепринятой методике на 2-7, 14-е сутки, спустя 1,3,6 месяцев и через год после оперативного вмешательства. Рентгенологический контроль включал панорамную рентгенографию челюстей по показаниям, прицельную дентальную рентгенографию, радиовизиографическое исследование.

Результаты и обсуждение.

В первые сутки после операции у всех больных контрольной группы отмечали выраженную гиперемию слизистой оболочки в зоне оперативного вмешательства. Только на 4-е сутки число больных с выраженной гиперемией слизистой оболочки начало снижаться и на 8-е сутки уже ни у одного больного данный симптом не обнаруживался. В основной группе в первые сутки выраженную гиперемию слизистой оболочки отмечали только у 7 больных. На 5-е послеоперационные сутки гиперемии не наблюдалось ни у одного больного. Количество больных с инфильтрацией краев раны у контрольной группы в первые две сутки нарастало и на 3-и сутки оставалось на том же уровне. Отсутствие инфильтрации краев раны в данной группе больных наблюдалось на 7-8 послеоперационные сутки. В основной группе в первые сутки выраженная инфильтрация краев раны отмечалась у 5 больных. Ликвидация послеоперационного отека в данной группе больных наблюдалась на 6-7 сутки. Расхождение швов в послеоперационном периоде в контрольной группе больных наблюдалось в 6-ти случаях, в основной же группе оно наблюдалось лишь у одного больного. При повторном обследовании через 1 месяц и последующие сроки наблюдения больные жалоб не предъявляли, слизистая оболочка в области оперативного вмешательства была бледно розового цвета, без отека. Через 3 месяца после цистэктомии в основной группе на месте бывших костных дефектов малого и среднего размера пальпаторно через слизистую оболочку определялась плотная, довольно гладкая костная поверхность, в области же дефекта больших размеров в центре отмечалось легкое прогибание слизистой оболочки. У больных контрольной группы в этот срок на месте малых и средних костных дефектов пальпаторно определялась небольшая выемка с гладкими краями, в области же больших дефектов отмечалось западение слизистой оболочки. Рентгенологически у больных основной группы уже через месяц после перенесенного вмешательства

отмечались потеря четкости краев дефекта, появление нежной новообразованной костной ткани. Спустя 3 месяца наблюдалось полное заполнение регенерированной костной тканью малых и средних дефектов костной ткани. Плотность рентгенологического изображения новообразованной кости оставалась несколько сниженной за счет недостаточной структурированности и минерализации. По центру средних и больших послеоперационных полостей визуализировалась значительно уменьшившийся в размерах дефект с нечеткими контурами, с краев отмечался активный рост регенерирующей костной ткани. В контрольной группе в указанные сроки наблюдения сохранялись четкие контуры костного дефекта. У некоторых больных через 3 месяца после операции отмечалось некоторое снижение его прозрачности. Спустя 6 мес. во всех случаях дефектов кости, не превышающих критические размеры для спонтанной регенерации (до 1.5 см), наблюдалось полное восстановление последней, аналогично материнской. При больших же костных полостях рентгенологически прослеживалось некоторое уменьшение размеров полости, однако в центральных участках были очаги просветления. В основной группе на месте бывших дефектов малых и средних размеров рентгенологически отмечалась зрелая костная ткань по плотности не отличающаяся от граничащей материнской кости. По центру больших костных дефектов сохранялись участки, характеризующиеся недостаточной структурированностью и минерализацией. В

контрольной группе в области больших дефектов эти участки прослеживались во всех случаях и занимали большую часть дефекта. Зрелая же кость прослеживалась лишь по краям дефекта. Регенерация костной ткани в области больших дефектов у больных основной группы практически завершалась в сроках до 6 месяцев с образованием органотипичной кости аналогичной изоплотности с материнской костью. У больных же контрольной группы костные дефекты больших размеров оставались без замещения.

Клинический случай.

Пациентка Л. 45 лет, обратилась в Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии г. Душанбе 17.03.2014г. с жалобами на припухание мягких тканей в области подбородка и болезненность нижних фронтальных зубов. При осмотре внешне асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей в области подбородка, кожа над припухлостью слабо гиперемирована. Со стороны полости рта отек и гиперемия слизистой в области переходной складки нижних фронтальных зубов справа 43,42,41 зубы под металокерамическими коронками, перкуссия этих зубов болезненна. Рентгенологическое исследование на радиовизиографе Rexton Rx показало дефект кости с четкими контурами под корнями 43,42,41 зубов, размерами 1x1 см. После клинко-рентгенологического обследования был поставлен диагноз – нагноившаяся радикулярная киста подбородочного отдела нижней челюсти.



Рис. 1. Ортопантограмма пациентки Л. до операции.

17.03.2014г. под местным обезболиванием проведена депульпация зубов, апексы которых находились в зоне кисты и удаление 43 зуба и операция - цистэктомия с заполнением костного дефекта по вышеописанной методике. Послеоперационный период протекал гладко, швы удалялись на 7-е сутки после операции. При контрольном осмотре через месяц после операции - слизистая розового цвета, отека мягких тканей не наблюдалось.



Рис. 2. Ортопантомограмма пациентки Л. после операции.

Таким образом, нагноившиеся одонтогенные кисты не являются противопоказанием для проведения цистэктомии с применением биокомпозиционного костнопластического материала КоллапАн-Л в сочетании с богатой тромбоцитами плазмой и антибиотиком широкого спектра действия. При нагноившихся кистах, осложненных периоститом сначала необходимо вскрыть очаг воспаления через атипичный разрез и только после стихания признаков острого воспаления, произвести цистэктомию. Из представленных результатов очевидно, что биокомпозиционный костнопластический материал КоллапАн-Л в сочетании с богатой тромбоцитами плазмы и антибиотиком широкого спектра действия является эффективным средством, создающим оптимальные условия для остеорегенерации в области костного дефекта после цистэктомии.

Литература:

1. Арутюнян А.А. Экспериментально-клиническое обоснование применения насыщенной тромбоцитами плазмы при ксенотрансплантации дефектов альвеолярного отростка. Авт. дис. канд. мед. наук. – Ереван, 2009. - 21с.
2. Бакиев Б.А. Хирургическое лечение одонтогенных кист челюстей. Дисс. канд. мед. наук. – Фрунзе, 1985. - 233с.
3. Барков В.Н. Экспериментально морфологическое обоснование применения нейрпептидов и деминерализованного костного матрикса при лечении больных с кистами челюстей. Авт. дис. канд. мед. наук. – М., 2004. - 23с.
4. Безруков В.М., Григорьянц Л.А., Рабухина Н.А., Бадалян В.А. Амбулаторная хирургическая стоматология, 2002. - 75с.
5. Ботбаев Б.Д. Хирургическое лечение больных с кистами челюстей с использованием биоинертных пластических материалов на основе брешоконости и гидроксиапатита. Авт. дис. канд. мед. наук. - Алмата, 1990. - 21с.
6. Гребнев Г.А., Прохвятилов Г.И., Черныш В.Ф. Амбулаторная хирургия, 2002. С. 18-19.
7. Кручинский В.Г., Филлипенко В.И. Стоматология, 1987. – 2. - С. 77-78.
8. Кузьминых И.А. Хирургическое лечение радикулярных кист с использованием биокомпозиционного материала “Алломатрикс-имплант” и фибрина, обогащенного тромбоцитами. Авт. дис. канд. мед. наук. - М., 2008. - 28с.
9. Макаренко Т.Г. Клинико-экспериментальное обоснование выбора остеопластических средств при оперативном лечении одонтогенных кист челюстей. Авт. дис. канд. мед. наук. - М., 2007. - 25с.
10. Папикян А.В. Клинико-экспериментальное обоснование применения костно-матричных трансплантатов при лечении воспалительных и деструктивных заболеваний челюстей. Дисс. канд. мед. наук. - Ереван, 1999. - 132с.
11. Рыбаков П.А. Хирургическое лечение больных с периапикальными очагами деструкции челюстей с использованием аллоимплантов антимикробного действия. Авт. дис. канд. мед. наук. – Самара, 2006. - 24с.
12. Сабо Е. Амбулаторная хирургия зубов и полости рта. - Венгрия, 1977. - 297с.
13. Солнцев А.М., Колесов В.С. Кисты челюстно-лицевой области и шеи. - Киев, 1982. - 144 с.
14. Трунин Д.А. Новые методы хирургического лечения одонтогенных кист челюстей с использованием деминерализованного костного брешоконости. Авт. дис. канд. мед. наук. - Самара, 1992.- 19с.
15. Филатова Г.Н. Клиника и выбор методов лечения нагноившихся корневых кист нижней челюсти в условиях поликлиники. Авт. дисс. канд. мед. наук. – Киев, 1978. - 3 с.
16. Gerlach KL, Niehues D. *Gesichtschir Mund Kiefer*. 2007 Aug; 11(3): 131-7.
17. McConnell JR, Freeman BJ, Debnath UK, Grevitt MP. 2003; 28(4): 317-323.
18. Sokler K et al. *Acta Stomatol Croat*, vol.35, br.2. ASC 257.

Рецензент: к.м.н. Почоджанова Л.Н.