

размер опухоли, рану зашили наглухо. Послеоперационный период протекал гладко, заживлением раны первичным натяжением, выписан по выздоровлению.

Заключення

Одонтогенная первичная киста – редкое заболевание, которое возникает, очевидно, врожденно, чаще всего на нижней челюсти. Протекает бессимптомно, не связано с зубами, как правило, не нагнаивается, может диагностироваться в результате появления свищей, припухлости, иногда обнаруживается случайно рентгенологически при исследовании других заболеваний. Лечение первичной кисты хирургическое методом пластической цистэктомии. После хирургического лечения прогноз благоприятный.

Список литературы

1. Безрукова В. М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.М. Безрукова, Т.Г. Робустова // – М.: «Медицина», - 2000. – С. 772-448.
2. Бернадский Ю.Й. Основы челюстно-лицевой хирургии і хирургічної стоматології: навчальний посібник для студентів, інтернів і курсантів стоматологічних вузів / Ю.Й. Бернадський // – К., -2003. – 54 с.
3. Грушковская Е. А. Первичные костные кисты челюстей (редкие случаи из клинической практики) / Е.А. Грушковская, Н. А. Байфа, В.А. Воронков [и др.] // – Иркутск: Сибирский медицинский журнал, - 2013. – № 4. – С.95-97.
4. Семеникова Н. В. Клинико-лабораторная оценка эффективности лазерной цистэктомии одонтогенных кист, прорастающих в дно верхнечелюстной пазухи / Н.В. Семеникова, О.В. Шашков, В.И. Семенников // Рос. стоматологический журнал. – 2014. – №2. – С.19-21.
5. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии [4-е изд., перераб. и доп.] / А.А. Тимофеев //– Medbooks, - 2012. – 1048 с.

Рефераты

ПЕРВИНА ОДОНТОГЕННА КІСТА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Лепський В.В.

В статті надані рідкісні випадки одонтогенної первинної кисти у пацієнта 48-ми років великих розмірів (від 4.8 до 3.8 зубів) і у пацієнтки 16-ти років (от 4.2 до 3.2). Проведено хірургічне втручання з приводу видалення кіст – пластична цистектомія. Прогноз сприятливий.

Ключові слова: первинна кіста, діагноз, метод лікування.

Стаття надійшла 8.10.2015 р.

PRIMARY ODONTOGENIC CYST OF THE MANDIBLE

Lepsky V.V.

The paper presents a rare case of primary odontogenic cysts large size (from 4.8 to 3.8 teeth) on the lower jaw, flowing bezsymptomno and discovered by accident. A surgery for cyst removal - plastic cystectomy. Weather favorable.

Key words: pervychnaya brush, diagnosis, method of treatment.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 616.31+616.716]-018.46

В. В. Лепський

Частная клиника «Братя Лепские Пламе», г. Киев

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

В работе представлены ошибки врачей стоматологов в диагностике, клинике, а следовательно и в назначении лечения хронического остеомиелита альвеолярного отростка нижней челюсти. Даны основные направления в исследовании пациентов: тщательно собранный анамнез, клиническое исследование и обязательное рентгенологическое исследование альвеолярного отростка для выявления локализации и очага распространения процесса. Назначенная стимулирующая терапия, как правило, эффективна. Мелкие секвестры могут самостоятельно выделиться через свищевой ход, крупные секвестры удаляются хирургически.

Ключевые слова: хронический остеомиелит альвеолярного отростка, диагностика, лечение.

В большинстве случаев хронический остеомиелит альвеолярного отростка является осложнением острого одонтогенного процесса: острого периостита, острого гайморита, нагноения кистозной полости, острого перикоронита или острого остеомиелита. Поражается чаще нижняя челюсть. Несвоевременное или недостаточно эффективное лечение острого процесса способствует переходу острого процесса в подострый, а затем в фазу хронического воспаления челюсти [1, 2].

Очевидно, диагностировать у больного подострый остеомиелит можно лишь тогда, когда совсем недавно у него была высокая температура тела, интоксикация, соответствующая картина крови, другие показатели, характерные для острого остеомиелита. Процесс постепенного снижения этих показателей укладывается в понятие подострого воспалительного процесса [1, 2].

Бактериологическое исследование гноя и грануляций при хроническом одонтогенном остеомиелите челюстей чаще всего выявляет смешанную микрофлору: стафилококк, стрептококк, протей, спириллы Винцента и др., с превалированием стафилококка [4]. Клинически хронический остеомиелит альвеолярного отростка протекает не тяжело: больные жалуются на наличие одного или нескольких свищей в полости рта с гнойным отделяемым. Общее состояние не нарушено, температурной реакции нет. Видимо, поэтому врачи стоматологи, не обследовав рентгенологически пациента и не выяснив достаточно четко динамику заболевания, сразу производят оперативное вмешательство: выскабливают грануляции из свища, назначают антибиотики, противовоспалительные препараты. Такая манипуляция может улучшить состояние больного на 2-3 дня, а затем гной начинает выделяться еще в большем количестве, процесс не останавливается, наоборот, может появиться другой свищ с гнойным отделяемым [3, 5].

Целью работы было тщательное исследование ошибок в диагностике, ведении больного, раннем оперативном вмешательстве данной патологии.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в хирургическом отделении клиники находилось 8 пациентов с хроническим остеомиелитом альвеолярного отростка нижней челюсти. Пациенты были в возрасте от 23 до 54 лет, четверо мужчин и четыре женщины.

Результаты исследования и их обсуждение. Все больные обратились с жалобами на наличие свищей с гнойным отделяемым.

Из анамнеза заболевания выяснено, что у двух мужчин причиной появления свища явилось сложное удаление третьего моляра, у двух пациентов периостит был вскрыт, но, по-видимому, разрез был недостаточен, так как гной продолжал выделяться из раны, затем она уменьшилась, и на ее месте образовался свищ. У четырех женщин был несвоевременно вскрыт периостит, после вскрытия гнойника вскоре появился свищ с гнойным отделяемым.

При объективном исследовании пациентов конфигурация лица, как правило, не была изменена, кожа обычной окраски. Пальпаторно определялись увеличенные, безболезненные лимфатические узлы подчелюстной области соответствующей стороны. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, вокруг свища несколько изменена в цвете, гиперемирована. Свищи у всех пациентов располагались с вестибулярной поверхности, у 6-ти пациентов в области отсутствующих зубов, которые были удалены ранее, у двух – в области 3.5 и 3.6 зубов, зубы слабо подвижны (I-II ст.), из свища выделялся густой гной, при зондировании свища зонд упирался в неподвижную костную стенку.

Всем пациентам проведено исследование крови, рентгенография альвеолярного отростка в области поражения, двум пациентам – компьютерная томография 3D. В анализах крови изменений не выявлено у шести пациентов, у двух больных определялся небольшой сдвиг лейкоцитарной формулы влево и повышение СОЭ до 26 мм. На рентгенограммах у всех пациентов выявлена деструкция костной ткани в виде линии, окружающей тот или иной участок костной ткани, однако полностью пораженный участок еще не был окружен линией деструкции, что говорило о том, что омертвевший участок костной ткани еще полностью не отделен грануляционной тканью от здоровой кости. В таком состоянии костной ткани хирургическое вмешательство противопоказано, так как способствовало бы распространению воспаления на здоровую костную ткань. При таком заболевании пациентам показана стимулирующая терапия: внутримышечное введение витамина В1 и В12 по 1,0 мл №10, в/м через день; алоэ, фибс, стекловидное тело плаценту по 1 мл №10 ежедневно; аутогемотерапию по схеме (от 2,0 мл до 10,0 мл и от 10 мл до 2,0 мл – 2 раза в неделю внутримышечно); физиопроцедуры (УВЧ № 10).

После проведенного лечения клинически из свища ничего не выделялось или были скудные сукровичные выделения; четыре пациента отметили, что накануне выделилось из свища несколько плотных костных участков. При зондировании свищей определялись подвижные костные образования у четырех пациентов. Больным повторно проводилось рентгенологическое исследование, на котором выявлялось, что линия деструкции полностью окружала поражённый участок костной ткани или определялись мелкие секвестры.

Четырем пациентам проведено хирургическое вмешательство – выскабливание костных секвестров из свищевого хода. У двух пациентов, у которых были сохранены зубы на альвеолярном отростке, произведено оперативное вмешательство – удаление секвестра вместе с зубом. Послеоперационный период протекал гладко, рецидива не диагностировано.

Заключення

Хронический остеомиелит альвеолярного отростка возникает чаще на нижней челюсти, в связи с тем, что в нижней челюсти проходит один магистральный сосуд – нижнелуночковая артерия, которая в основном питает зубы, а кровоснабжение челюсти осуществляется за счет сосудов периоста. При тромбозе этих сосудов в результате травмы или воспаления происходит омертвление того или иного участка костной ткани в результате нарушения питания. Процесс секвестрации длительный, зависит от многих причин: вялого течения воспаления в связи со сниженного иммунитета пациента, наличия у него сопутствующей патологии или аллергических реакций и т.д. Поэтому, лечение хронического остеомиелита должно начинаться с назначения не антимикробной и противовоспалительной терапии, скорее всего они ее получили уже при остром воспалении и не с выскабливания свищевого хода, а с обследования больного и назначения стимулирующей терапии, которая ведет к повышению иммунитета пациента, отторжению секвестра и к выздоровлению.

Список литературы

1. Безруков В. М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.М. Безруков, Т.Г. Робуста // – М.: «Медицина», - 2000. – С. 772-448.
2. Бернадский Ю. Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології: навчальний посібник для студентів, інтернів і курсантів стоматологічних вузів / Ю.Й. Бернадський // – К., - 2003.– 511с.
3. Вагина И.Л. Современный подход в комплексном лечении пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области / И.Л. Вагина, Н.С. Истомина, Н.М. Хеллинская [и др.] // Лазерная медицина. – 2013. – Т17. – № 3. – С.20-23.
4. Кабанова А. А. Метод определения способности микроорганизмов – возбудителей гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области формировать биопленки / А. А.Кабанова, Ф. В. Плотников // Современная стоматология. – 2013. – № 1 (56). – С.82-84.
5. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии [4-е изд., перераб. и доп.] / А. А. Тимофеев // – Medbooks, -2012. – 1048 с.

Реферати

**ПОМИЛКИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ
ХРОНІЧНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ АЛЬВЕОЛЯРНОГО
ВІДРОСТКА**

Лепський В. В.

У роботі надані помилки лікарів стоматологів в діагностиці, клініці, а отже і в призначенні лікування хронічного остеомиєліту альвеолярного відростка нижньої щелепи. Надані основні напрямки в дослідженні пацієнтів: ретельно зібраний анамнез, клінічне дослідження і обов'язкове рентгенологічне дослідження альвеолярного відростка для виявлення локалізації і вогнища поширення процесу. Призначена стимулююча терапія, як правило, ефективна. Дрібні секвестри можуть самостійно виділитися через норицю, великі секвестри видаляються хірургічно.

Ключові слова: хронічний остеомиєліт альвеолярного відростка, діагностика, лікування.

Стаття надійшла 8.10. 2015 р.

**ERRORS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT
OF CHRONIC OSTEOMYELITIS ALVEOLAR
BONE**

Lepsky V. V.

The work provided by dentists errors in diagnosis, clinic, and hence the appointment of the treatment of chronic osteomyelitis of the mandible alveolar process. Provided main directions in the study patients, carefully collected history, clinical research and mandatory alveolar bone X-rays to identify location and spread of the fire. Designed stimulating therapy is usually effective. Small sequestrers can stand on their own because of fistulas, large sequestrers removed surgically..

Key words: chronic osteomyelitis of the alveolar bone, diagnosis, treatment.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 616.31+617.52]-006.2

В. В. Лепський

Частная клиника «Братья Лепские Плюс», г. Киев

КИСТА НОСОГУБНОЙ СКЛАДКИ

В статье приведен редкий случай кисты у больной 47-ми лет, появившейся около 2 лет назад, расположенной в левой носогубной складке, определяется асимметрия лица за счет припухлости верхней губы слева и деформации левого крыла носа. В левом нижнем носовом ходе диагностируется ретенционная киста слизистой железы дна носа. Диагноз заболевания не был поставлен, предполагался фурункул верхней губы, назначенная физиотерапия эффекта не дала. Проведенное хирургическое вмешательство – вылушивание кисты вместе с резекцией части слизистой дна носа. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Ключевые слова: носогубная складка, киста, диагностика, клиническое течение, хирургическое лечение.

Носогубная киста – это врожденное опухолевидное новообразование, локализирующееся в мягких тканях верхней губы, в проекции клыка и латерального резца. Причиной возникновения кисты носогубной складки считаются две теории. Согласно одной, получившей большее