

УДК 616.314.19–002.7+616.716–006

И.І. Ткаченко, О.В. Гуржій, С.О. Білоком, М.І. Дмитренко, Новіков В.М.
ВДНЗ України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

ПІДВИЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ЗУБОВМІЩУЮЧИХ КІСТ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ В ПЕРІОД ЗМІННОГО ПРИКУСУ

В статті представлені дані обстеження, хірургічного лікування та ортодонтчної реабілітації 28 дітей віком від 7 до 12 років, у яких були діагностовані зубовміщуючі кісти нижньої щелепи малих та середніх розмірів. В залежності від оперативної методики пацієнти розділені на 2 групи. В першу ввійшли 10 хворих, яким була проведена цистектомія за традиційною методикою, в другу – 18 дітей, у яких окрім цистектомії додатково проводилась репозиція зародка постійного зуба з використанням губки «Альвостаз». Дані клінічних спостережень і динамічний рентгенологічний контроль дозволили встановити більшу результативність авторської методики в хірургічному аспекті та зменшити період ортодонтчного лікуванні дистопованих зубів.

Ключові слова: діти, зубовміщуюча кіста, лікування.

Лікування кіст щелеп в дитячому віці являється однією із складних і актуальних проблем, у зв'язку з чим для цієї категорії пацієнтів характерна пізня діагностика, втрата зародка постійного зуба, функціональні порушення, а в подальшому розвиток зубо-щелепних деформацій та проведення, інколи, затратних та об'ємних оперативних втручань. Діагноз «кіста» найчастіше ставиться випадково і встановлюється при рентгенологічному обстеженні, санації порожнини рота або при наявності проявів запального процесу при її нагноєнні.

На сьогоднішній день існує декілька точок зору з приводу використання окремих методів лікування кіст щелеп у дітей в кожній конкретній ситуації. Вони лікуються переважно хірургічно, хоча в літературі приводяться поодинокі обнадійливі результати консервативної терапії їх окремих нозологічних форм [1]. Ряд авторів вважають, що при розвитку кісти від тимчасових зубів показана цитотомія, від постійних – цистектомія [2]. За методикою Г.І. Семенченка [3] проводять цистектомію з видаленням зародка зуба з подальшою його реплантацією. На думку інших науковців, слід залишати лише зуби з несформованими коренями при умові видалення оболонки в ділянці шийки зуба [4]. Через важливу необхідність збереження зародків постійних зубів, розташованих в порожнині зубовміщуючої кісти, такі утворення усувають застосовуючи метод цистотомії. Однак, цистотомія зі збереженням зародка має ряд недоліків: вестибулярне прорізування зуба, затримка прорізування, секвестрація самого зародка, порушення мінералізації твердих тканин зуба та інші.

У стоматолога-практика завжди виникає таке важливе питання як проблема вибору того чи іншого остеозамісного матеріалу із урахуванням віку, розмірів дефекту та фінансових можливостей пацієнта. При цьому не слід забувати і враховувати думку принципівників противників кісткового заміщення [5].

Незважаючи на те, що стимуляція остеорепації здатна запобігати розвитку гнійних післяопераційних ускладнень, атрофії та деформації альвеолярних відростків, покращуючи умови для подальшої реабілітації хворих, в кожному конкретному клінічному випадку слід досить виважено підходити до способу введення післяопераційної кісткової порожнини і вибору остеорепаративного матеріалу.

Метою роботи було підвищення результативності лікування зубовміщуючих кіст нижньої щелепи у дітей шляхом репозиції зародка постійного зуба та створення оптимальних умов для первинного загоєння рани.

Матеріал та методи дослідження. Нами проведено обстеження та лікування 28 дітей віком від 7 до 12 років (10 хлопчиків, 18 дівчаток), яким було встановлено діагноз зубовміщуюча кіста нижньої щелепи в ділянці 34,35 або 44,45 зубів, малих та середніх розмірів, тобто від 1,0 до 2,0 см в діаметрі. Загальноклінічні методи обстеження застосовували в обсязі, запропонованому О.В. Токаревою [6], рентгенологічні – внутрішньоротова рентгенографія, ортопантомографія. Оперативне втручання проводилося за амбулаторних та стаціонарних умов під місцевим або загальним знеболенням.

Аналіз результатів лікування проводили за вивченням даних клінічних (1-а, 3-я, 7-а доба після оперативного втручання) та рентгенологічних методів дослідження (3, 6, 12 місяців після операції). Загальна терапія в групах спостереження не відрізнялася (нестероїдні протизапальні, антигістамінні препарати в віковому дозуванні), антисептичні засоби для обробки ранової поверхні в порожнині рота до моменту зняття швів.

Результати дослідження та їх обговорення. Всі пацієнти були розподілені на 2 групи. Перша група (контрольна) – 10 хворих, яким виконана цистектомія традиційним методом зі збереженням зародка постійного зуба. Другу групу (основна) склали 18 пацієнтів, яким проведена операція цистектомія з репозицією зародка постійного зуба за допомогою застосування гемостатичної і антисептичної губки «Альвостаз», яку випускає фірма «Омега-дент» (Росія) у трьох варіантах. Губка «Альвостаз», в нашому використанні, представляла собою гемостатичні колагенові кубики розміром 1,0 x 1,0 см, просякні хлорамфеніколом, неоміцином, хлоргексидином, дексаметазоном, тобто володіє широким спектром дії проти багатьох патогенних мікроорганізмів, знеболюючим, протизапальним та кровоупинним ефектами.

Методику цистектомії в авторському виконанні модифікували наступним чином: видалення тимчасового зуба, класичний розріз із вестибулярної поверхні альвеолярного відростка та відшарування слизово-окісного

клаптя, утворення кісткового вікна, кюретаж кісточної порожнини з видаленням її оболонки, репозиція зародка постійного зуба в більш вертикальне направлення, формування згустка та введення в утворену кісткову порожнину губки «Альвостаз» в різній кількості (1-3 штуки). Слизово-окісний клапоть уклали на місце та фіксували швами (вікріл) (рис. 1- 4).

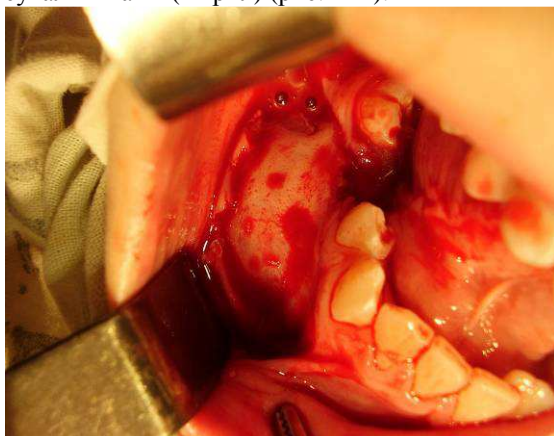


Рис. 1. Відшаровано слизово-окісний клапоть



Рис. 2. Створено кісткове вікно



Рис. 3. Видалення оболонки кісті

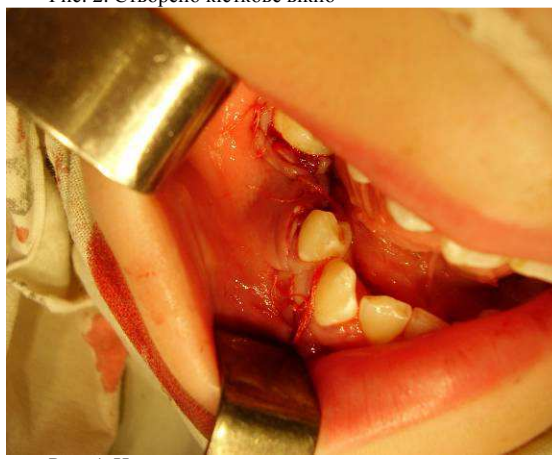


Рис. 4. На рану накладено шви

При огляді через добу в контрольній групі всі пацієнти пред'являли скарги на біль, спостерігалася припухлість в щічній та піднижньощелепній ділянках. Відмічалось обмежене відкривання рота, гіперемія та набряк слизової оболонки в ділянці країв рани, шви збережені, в задовільному стані. Безпосередньо ранова поверхня вкрита тонким шаром фібрину. В основній групі наявність больових відчуттів прослідковувалась також у всіх пацієнтів, а вигляд рани суттєво не відрізнявся від подібної в контрольній групі.

На 3-ю добу післяопераційного періоду біль в ділянці оперативного втручання відчували 8 пацієнтів (28,57%) контрольної групи і 6 (21,43%) – основної. В обох групах спостереження виявлена тенденція до зменшення набряку м'яких тканин в щічній та піднижньощелепній ділянках, відкривання рота залишалось дещо обмеженим та болісним у всіх пацієнтів, гіперемія та набряк тканин в ділянці накладання швів зменшилися у порівнянні з попереднім терміном. Шви були збережені, в задовільному стані з нашаруванням прожилок фібрину.

На 7-ю добу больові відчуття збереглися у 4 пацієнтів (14,28%) контрольної групи і у 2 (7,14%) – основної. У 2 хворих (7,14%) контрольної групи шви були частково відсутні, краї рани зіяли, зате у всіх пацієнтів основної групи шви були збережені, рани загоїлися первинним натягом. Гіперемія і набряк слизової оболонки в ділянці втручання візуально не визначалися в обох групах спостереження. Зняття швів проведено на 7-ю добу після операції.

Ортодонтичне лікування проводилося всім пацієнтам. План лікування передбачав традиційну методику ведення, а саме: через 1 місяць після оперативного втручання виготовлення пластинки-протеза з функцією стимуляції росту та прорізування, а після прорізування зуба використання незнімної техніки для переміщення комплектних зубів в зубну дугу.

В контрольній групі на рентгенограмі перші ознаки кістковоутворення у вигляді фрагментованих елементів, розрізнених перетинкованими пластинками з'явилися через 3 місяці. Повне відновлення кісткового дефекта відбувалося через 12 місяців після операції. У 2 хворих (7,14%) спостерігалось оголення шийок рядом розташованих з кістковим дефектом зубів, деформація альвеолярного відростка у вигляді зниження висоти на 1/3, у 5 (17,86%) - дистоповані зуби прорізувалися у вестибулярному положенні, рухомість I ступеня. Ознак рецидиву кістозного утворення в строк до 12 місяців не виявлено.

Рентгенологічний контроль в основній групі встановив часткове відновлення кісткової тканини, що прилягала до дна кістозної порожнини, вже через 3 місяці після оперативного втручання, а рентгенологічні ознаки відновлення трабекулярності в структурі кістки на всьому протязі порожнини спостерігалися через 6 місяців (рис. 5, 6).



Рис. 5. Ортопантомограма хворої Ц., 12 років (діагноз: зубовміщуючі кісти в ділянці 35 та 44 зубів), до оперативного втручання



Рис. 6. Ортопантомограма хворої Ц., 12 років (діагноз: зубовміщуючі кісти в ділянці 35 та 44 зубів), через 6 місяців після оперативного втручання

Прорізування дистопованих зубів відбувалося в проміжок 6-8 місяців у більш правильному вертикальному положенні. Їх остаточне переміщення в зубну дугу досить легко досягалося подальшим ортодонтичним лікуванням. Рентгенологічних ознак рецидиву захворювання в цій групі спостереження не виявлено.

Висновок

Використання запропонованого модифікованого методу цистектомії сприяє загоєнню післяопераційної рани первинним натягом, що створює оптимальні умови для активної регенерації кісткової тканини і стабілізації зародка постійного зуба в щелепі та полегшує подальше ортодонтичне лікування. Враховуючи різнонаправлену фармакологічну дію складових компонентів «Альвостазу», він може з успіхом застосовуватися в амбулаторній стоматологічній практиці, як один із альтернативних матеріалів для заповнення кісткових дефектів незначних за розмірами, зокрема після цистектомії.

Література

1. Овруцкий Г.Д. Неоперативное лечение околокорневых кист челюстей / Овруцкий Г.Д., Лившиц Ю.Н., Лукиных Л.М. – Москва: Медицина, 1999. – 118 с.
2. Иорданишвили А.К. Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей / Иорданишвили А.К. – Санкт-Петербург: Нордмедиздат, 2000. – 210 с.
3. Хронічний гранульоматозний періодонтит та кісти щелеп / П.І. Ткаченко, С.О. Білоконь, О.В. Гуржій, Н.П. Білоконь. – Полтава, 2007. – 54 с.
4. Щелепні кісти: спроба узагальнення літературних даних і власних спостережень / Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В. та ін. / Стоматолог. – 2005. - №11 (91). – С.17-23.

5. Львова Л.В. Возможности синтетических и биологических композитов для устранения костных дефектов / Львова Л.В./ Стоматолог. – 2003. - №1. – С. 43-47.
6. Фолликулярные кисты и одонтогенные кератокисты челюстей /Е.В. Токарева, Г.И. Донский, И.В. Василенко, Ю.М. Винников. – Севастополь-Донецк, 2003. – 127 с.

Реферати

**ПОВЫШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
ЗУБОСОДЕРЖАЩИХ КИСТ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У
ДЕТЕЙ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА**

**Ткаченко П.И., Гуржий Е.В., Белоконов С.А., Дмитренко М.И.,
Новиков В.М.**

В статье представлены сведения обследования, хирургического лечения и ортодонтической реабилитации 28 детей возрасте от 7 до 12 лет, у которых были диагностированы зубосодержащие кисты нижней челюсти малых и средних размеров. В зависимости от оперативной методики пациенты разделены на 2 группы. В первую вошло 10 больных, которым была проведена цистэктомия традиционной методикой, во вторую – 18 детей, у которых кроме цистэктомии дополнительно проводилась репозиция зачатка постоянного зуба с использованием губки «Альвостаз». Данные клинических наблюдений и рентгенологический контроль в динамике позволили установить большую результативность авторской методики в хирургическом аспекте и улучшении условий для проведения ортодонтического лечения дистопированных зубов.

Ключевые слова: дети, зубосодержащая киста, лечение.
Статья надійшла 2.02.2012 р.

**IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF
TREATMENT TOOTH CONTAINING CYSTS OF THE
MANDIBLE IN CHILDREN**

**Tkachenko P., Gurzhiy O., Bilokon S., Dmytrenko M.,
Novikov V.**

The article presents survey data, surgical treatment and orthodontic rehabilitation of 28 children aged 7 to 12 years who have had diagnostic tooth containing cyst of the mandible of small and medium sizes. Depending on operational techniques used, patients divided into 2 groups. First included 10 patients, which was held on cystectomy traditional method, the second - 18 children, which except cystectomy was carried out additionally reposition permanent tooth germ using sponges "Alvostar." These clinical observations and dynamic X-ray control, allowed to establish a greater effectiveness of author technique in the surgical aspect and reduce the period of orthodontic treatment of distoped teeth.

Key words: children, tooth containing cyst treatment

УДК 622.81:616-099-06:616.891.6]-071.2-072.8-08:615.851

О. М. Шарко

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ ПРИ ОТРУЄННІ ЧАДНИМ ГАЗОМ

Проведено аналіз клініко-психопатологічних розладів у постраждалих внаслідок отруєння чадним газом (ЧГ). В результаті проведеного дослідження визначені клініко-психопатологічні особливості психічних розладів в залежності від міри та етапу отруєння ЧГ. Встановлено основні закономірності психопатогенезу цих порушень, головними з яких є вплив аноксемії, яка виникає внаслідок з'єднання чадного газу з гемоглобіном, метаболічні порушення в тканинах мозку внаслідок впливу ЧГ, цитотоксична дія ЧГ та віддалена руйнація тканин мозку.

Ключові слова: отруєння, чадний газ, оксид вуглецю, клінічна психопатологія, психічні порушення, патогенез.

В клініці отруєння окислом вуглецю (ОВ) домінують зміни з боку центральної нервової системи. Відзначається два провідні синдроми: асфіктичний і синкопальний [5]. Проте поряд з ними майже завжди є присутніми психопатологічні розлади тієї або іншої міри вираженості.

Можуть відзначатися такі психопатологічні синдроми, як психоорганічний, галюцинаторно-маячний, астеничний, амнестичний, у тому числі корсаковський синдром, істеричний, кататонічний, синдроми афективного спектру – депресивний, дисфоричний, судомний, паркінсонічний.

У гострий період отруєння чадним газом порушення зачіпають усі сфери психічної діяльності – відзначаються порушення у сфері відчуттів і сприйнятів, мислення, свідомості, емоційної і ефекторно-вольової, інтелектуально-мнестичної сферах. Спостерігаються стани психомоторного збудження із зоровими, слуховими, нюховими галюцинаціями, маренням, емоційною лабільністю, виснажуваністю психічної діяльності, порушенням логічного мислення, порушенням координації рухів, сплутаною свідомістю. Відзначаються безпричинне почуття клаустрофобії, почуття страху, тривоги або паніки.

Порушення свідомості проявляються пригніченням психічної активності (оглушенням, сомнолентністю, коматозним станом) або потьмаренням (розгубленістю, делірієм), що часто змінюють один одного. В табл. 1 наведено психопатологічні симптоми, які зустрічаються при гострому отруєнні чадним газом (ЧГ) залежно від його концентрації та часу впливу [3, 10]. Найбільш ранні ознаки отруєння чадним газом зустрічаються вже при концентрації НbCO в крові 2,5 – 10,0 % і проявляються зниженням швидкості психомоторних реакцій.

При концентрації НbCO в крові 10,0 – 20,0 % відзначається зниження розумової і фізичної працездатності. Легка міра отруєння (вміст НbCO в крові складає 15,0 – 20,0 %) протікає без втрати свідомості, можливий лише короточасний непритомний стан. Як правило, у хворих відзначаються загальне занепокоєння, страх, сонливість, слабкість, сплутана свідомість.