

А.В. Малышева, А.В. Виноградова, В.Д. Молоков

ОГРАНИЧЕНИЕ ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА И ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ

Иркутский государственный медицинский институт (Иркутск)

Сравнительная оценка клинико-рентгенологических данных свидетельствует об эффективности хирургического лечения одонтогенных кист у детей с предварительной активацией антиоксидательной и глицинергической стресслимитирующих систем организма, которая выражается отсутствием послеоперационных осложнений и более высокой скоростью репаративных процессов.

Ключевые слова: одонтогенная киста, стресс

THE LIMITATION OF SURGICAL STRESS AND ESTIMATION OF CLINICAL EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF ODONTOGENOUS CYSTS IN CHILDREN

A.V. Malysheva, A.V. Vinogradova, V.D. Molokov

Irkutsk State Medical Institute, Irkutsk

The comparative estimation of clinical and rontgenological data proves the effectiveness of surgical treatment of odontogenous cysts in children with preliminary activation of antioxidant and glycineergic stress-limitating organism systems, which is expressed by the absence of postoperative complications and higher speed of reparative processes.

Key words: odontogenous cyst, stress

Разработка эффективных методов лечения одонтогенных кист у детей, является одной из актуальных проблем в стоматологии, что обусловлено значительным распространением данной патологии среди воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и высоким количеством случаев неудовлетворительных результатов лечения. В немалой степени это связано с нерешенной до настоящего времени проблемой восстановления костной ткани после хирургического вмешательства.

Одонтогенные кисты, являясь по своему происхождению в более чем 90 % случаев вторичным воспалительным заболеванием, формируют очаг инфекции зубочелюстной системы, оказывая тем самым неблагоприятное воздействие на весь организм в целом [1], и только 7 % относятся к дизонтогенетической природе [2].

С другой стороны, околокорневые кисты создают угрозу для фолликулов постоянных зубов, сохранение которых имеет большое значение для формирования, развития и функционирования всего жевательного аппарата. Существующие методы хирургического лечения одонтогенных кист у детей далеко не совершенны, так как при проведении операции сопровождаются развитием выраженного операционного стресса [3–5].

Основной целью работы явилась оценка возможностей ограничения выраженности операционного стресса путем активации антиоксидательной глицинергической стресслимитирующих систем организма при хирургическом лечении одонтогенных кист у детей.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При комплексном клиническом обследовании у 43 детей в возрасте 4 – 13 лет, принятых на лечение, было выявлено 47 одонтогенных кист в области временных зубов. Анализ клинических данных заболевания позволил выяснить, что причиной образования кист становились 74, 75 и 84, 85 зубы. У 4 больных (9,3 %) определено наличие одонтогенных кист с обеих сторон челюсти (рис. 1).

Выраженной патологии со стороны других органов и систем у пациентов, принятых на лечение, не отмечалось.

14 детей (32,5 %) предъявляли жалобы на боли, как правило, неинтенсивного, ноющего характера.

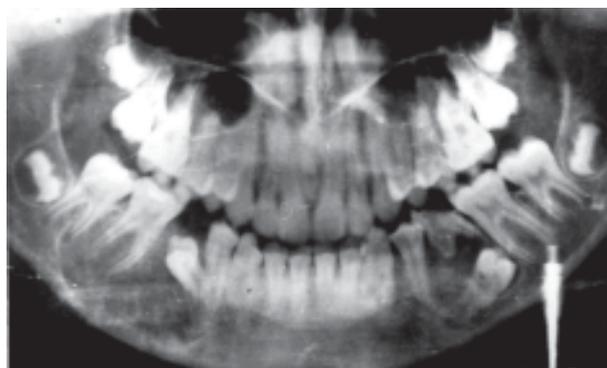


Рис. 1. Ортопантомограмма больной К., 12 лет. На нижней челюсти в области 75 и 85 зубов разрезание костной ткани с зачатками 35 и 45 зубов. Диагноз: зубо-содержащие кисты нижней челюсти справа и слева.

ра, реже постоянные пульсирующие, наличие «припухлости», незначительное повышение температуры (37,8–38 °С), нарушение сна и аппетита. При обследовании регионарных лимфатических узлов отмечалось их увеличение, малая болезненность при пальпации, эластичность и подвижность. Слизистая оболочка полости рта в области «припухлости» была отечна, гиперемия отсутствовала, переходная складка сглажена, пальпация слизистой оболочки была болезненная, мягкие ткани не спаяны с подлежащей челюстной костью.

У 2 детей (4,6 %) выявлено наличие свищей в области «причинного» зуба. При нерезко выраженной отечности мягких тканей у 24 детей (55,8 %) определялось выбухание костной ткани. Как правило, границы «выбухания» не четко определялись у 16 детей (37,2 %), податливость кости при пальпации у 7 больных (16,3 %) и из них симптом пергаментного хруста выявили лишь у 2 детей (4,6 %). Это, видимо, обусловлено эластичностью костной ткани, имеющей преимущественно губчатое строение.

Болезненная перкуссия 74, 75 и 84, 85 зубов определялась у 13 детей (30,2 %), незначительная болезненность у 2 больных (4,6 %), у 8 пациентов (18,6%) отмечалась повышенная чувствительность; у 22 (52,2 %) реакция на перкуссию не определялась.

Проведенное клиническое обследование пациентов с одонтогенными кистами согласно классификации В.А. Миронюк (1964) выявило нагноившиеся кисты у 14 детей (32,5 %). У 27 детей (62,7 %) течение заболевания было бессимптомным, что позволило обнаруженные одонтогенные кисты отнести к ненагноившимся. Такие кисты нередко обнаруживались случайно при профилактическом осмотре стоматологом или при наличии явной деформации челюсти.

Рентгенологическое исследование проводилось всем 43 больным. Применялась внутриротовая рентгенография и ортопантомография. С введением в широкую практику последней, частота выявленных кист существенно возросла, в том числе и на доклинической стадии заболевания. Эта методика позволяла увидеть широкий обзор аль-

веолярного отростка и зубного ряда, давала возможность лучше определить взаимоотношения полости кисты с корнями соседних зубов и благодаря увеличению изображения, рано выявлялись начальные признаки резорбции корней и симметричность сторон челюсти.

Рентгенологическая картина кистозного поражения от временных зубов имела отличительные признаки, связанные с возрастными особенностями ребенка, наличием дефекта костной ткани с четкими границами, округло-овальной формы с ограничивающим кортикальным ободком. Зачатки прилежащих постоянных зубов смещены кистой и не проецировались на ее фоне, что было характерно для корневой кисты от временного зуба (рис. 2).

У 29 больных (67,4 %) на фоне очага разрежения костной ткани проецировались зачатки постоянных зубов, у которых кортикальная пластинка сохранялась в области корневой части, и отсутствовала в области коронковой. Такая киста диагностировалась как зубосодержащая, так как коронка зачатка постоянного зуба входила в кистозную полость, а степень формирования корней зачатков постоянных зубов соответствовала возрасту пациента (рис. 3).

Характерным для рентгенологической картины зубосодержащей кисты являлось сохранение структурного рисунка костной ткани на фоне разрежения кости. Это объясняется значительно меньшими деструктивными нарушениями в челюсти по сравнению с таковыми у детей с корневыми кистами, так как зубосодержащие кисты увеличиваются в размерах преимущественно за счет смещения наружной кортикальной пластинки вестибулярно. В результате на рентгенограмме очень часто определялось две тени деструкции костной ткани, так называемый «симптом» колец: тень большого размера, образовавшаяся за счет деформации наружной кортикальной пластинки, и тень меньшего диаметра — очаг деструкции губчатого вещества челюсти.

Для определения размеров кист использовали анатомо-топографические параметры и измерения с помощью миллиметровой сетки. Дефекты, расположенные в альвеолярном отростке в преде-

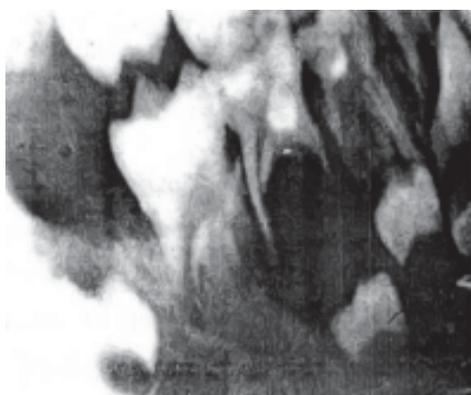


Рис. 2. Боковая рентгенограмма нижней челюсти больного В., 9 лет. Диагноз: корневая киста нижней челюсти слева.



Рис. 3. Боковая рентгенограмма нижней челюсти справа больного Г., 10 лет. На снимке разрежение костной ткани с четкими границами, в разрежении зачаток 45. Диагноз: зубосодержащая киста челюсти справа.

лах одного зуба и в диаметре 1,5 см, относили к малым кистам. Кисты средних размеров занимали область двух зубов, переходя с альвеолярного отростка на тело челюсти, и имели размеры 2,0–2,5 см. К большим кистам относили те, которые захватывали альвеолярный отросток в области трех зубов, распространяясь на тело челюсти, а их размеры превышали 3,0 см (рис. 4).

Клинические и рентгенологические данные позволили установить при выявлении кист у 16 детей (37,2 %) наличие леченных зубов по поводу осложненного кариеса резорцин-фомалиновым методом, в которых пломбы отсутствовали. Период от момента лечения «причинных» зубов до обнаружения кисты, как правило, составлял от 2 до 24-х месяцев, что подтверждало более короткий скрытый период в развитии одонтогенных кист у детей по сравнению со взрослыми.

Все пациенты были распределены на две группы, соответственно по способу хирургического лечения. Исследования выполнялись с информированного согласия родителей и соответствовали этическим принципам, предъявляемым Хельсинкской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki, 1964, 2000 ред.)

Группа сравнения — дети 4–13 лет, оперированные по традиционной методике (16 человек); **основная группа** — дети того же возраста 3 дня до и в течение 3 дней после операции принимали естественный антиоксидант — диквертин (в дозе от 20 до 30 мг в сутки, в зависимости от возраста) и глицин (в дозе от 200 до 300 мг).

Эффективность оперативного воздействия у больных обеих групп определяли по отсутствию осложнений, скорости восстановления костной ткани, с дальнейшим формированием зачатков

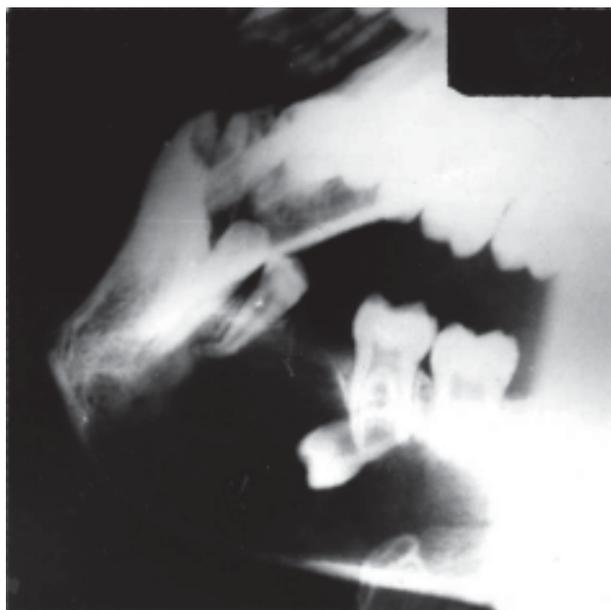


Рис. 4. Рентгенограмма боковой проекции нижней челюсти б-го Ш., 11 лет. Диагноз: зубосодержащая киста нижней челюсти.

постоянных зубов. С этой целью проводили клинический и рентгенологический анализ результатов в сроки от 3 недель до 2 лет.

Наши исследования показали, что у больных группы сравнения в ранний послеоперационный период наблюдались такие осложнения как отек слизистой оболочки полости рта в области оперированного участка, воспаление мягких тканей, расхождение швов. В более поздний период выявлены осложнения, в виде вестибулярного прорезывания постоянного зуба, нарушения минерализации твердых тканей зуба, позднее прорезывание постоянного зуба и задержка репаративной регенерации костной ткани.

В основной группе больных детей, где лечение проводили с применением активации стресслимитирующих систем организма, изложенных выше осложнений не установлено. Однако у 2 пациентов отмечалось вестибулярное прорезывание постоянного зуба, вероятно за счет перенесенной ранее стафилококковой инфекции.

Сравнительный клинко-рентгенологический анализ в динамике показал, что при примерно равных размерах одонтогенных кист у детей в группе сравнения ($22,73 \pm 3,47$ мм) и во второй ($21,44 \pm 4,35$ мм) группах ($P > 0,05$), скорость репаративных процессов при ограничении операционного стресса была значительно выше.

Так, через $39,1 \pm 3,4$ дня после операции у пациентов группы сравнения средний размер полости кисты уменьшился на 27,1 %. У пациентов основной группы, где применяли активацию стресслимитирующих систем организма, полость кисты после операции не определялась. Различная тенденция уменьшения рентгенологических размеров полости одонтогенной кисты в группе сравнения и основной группе больных, по нашим данным, напрямую связана с ограничением выраженности хирургического стресса, применение которого позволило добиться репарации костной ткани уже через $39,1 \pm 3,4$ дня после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумова Е.А. Динамика регенерации тканей по данным рентгенографии после операции по поводу кист челюстей / Е.А. Абакумова, Д.А. Голиков // Материалы научно-практической конференции стоматологов Калининской области. — Калинин, 1976. — С. 184–188.
2. Барсукова Э.Д. Кисты челюстей у детей / Э.Д. Барсукова // Организация профилактики и лечения стоматологических заболеваний. — М., 1981. — С. 29–30.
3. Голуб И.Е. Закономерности развития и пути предупреждения альтерирующих эффектов стресса: Дис. ... докт. мед. наук: 14.00.16, 14.00.37 / ВСНЦ СО РАМН. — Иркутск, 1998. — 42 с.
4. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика / Ф.З. Меерсон. — М.: Наука, 1981. — 278 с.
5. Меерсон Ф.З. Патогенез и предупреждение стрессорных и ишемических повреждений сердца / Ф.З. Меерсон. — М.: Медицина, 1984. — 272 с.