

С.А. Миньков, Л.М. Яновский, А.Т. Карнауков

ОКОЛОКОРНЕВЫЕ КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ: СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ С СОХРАНЕНИЕМ ПРИЛЕЖАЩИХ ЗУБОВ*Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)*

До сих пор не существует единства взглядов челюстно-лицевых хирургов на проблему сохранения зубов, находящихся в зоне кистозного образования. В основном используются два подхода — эндодонтическое лечение или экстракция зубов. Авторы использовали консервативную тактику лечения: избежали трепанации зубов, а восстановление их жизнеспособности проследили с помощью электроодонтометрии. Такой метод оказался оправданным.

Ключевые слова: околокорневые кисты, зубы, электроодонтометрия

JUXTAHILAR JAW CYSTS: METHOD OF TREATMENT WITH PRESERVATION OF ADJACENT TEETH

S.A. Minkov, L.M. Yanovskiy, A.T. Karnaukhov

Irkutsk State Medical University, Irkutsk

There's still no unified opinion among maxillofacial surgeons on the problem of preserving of teeth in the area of cystous formation. There are two approaches generally used — endodontal treatment and tooth extraction. The authors used conservative tactics of treatment — avoided trepanation of pulp cavity, and restoration of teeth viability was followed by electroodontometry. The chosen method proved to be justified.

Key words: juxtahilar cysts, teeth, electroodontometry

В лечении одонтогенных кист челюстей одной из важных нерешенных до сих пор проблем является тактика хирурга в отношении прилежащих к кистозному образованию зубов. Проблема сокращения сроков лечения, а также максимального сохранения функций жевательного аппарата при этой патологии является весьма актуальной задачей. Большинство авторов решением проблемы считают проведение трепанации зубов и пломбирование их корневых каналов, а также осуществление резекции верхушек корней с ретроградным пломбированием. Господствует мнение, что во время удаления оболочки кисты неизбежно повреждается сосудисто-нервный пучок этих зубов, и пульпа зуба неизбежно погибает. В 60-х годах прошлого столетия появилось новое направление в сохранении вовлеченных в зону кисты интактных зубов, заключающееся в их оставлении без трепанации [3, 4, 5, 6, 8]. Ведущие челюстно-лицевые хирурги пока что придерживаются этих же позиций [1, 2, 9].

Была поставлена задача — изучить состояние интактных зубов до и после операции удаления кисты, дать сравнительную оценку состоянию зубов, сохраненных традиционным способом, т.е. с трепанацией и пломбированием корневых каналов и зубов, сохраненных путем оставления их без трепанации в отдаленном периоде после лечения.

Материалом исследования являлись данные 311 историй болезни больных с кистами челюстей за период 1968 — 2009 гг. Для сравнительной оценки результатов лечения приглашались на обследование больные, оперированные в более ранние периоды — 60-е, 70-е, 80-е и 90-е годы прошлого века.

МЕТОДИКА

Предоперационная подготовка включала в себя исследование витальности пульпы пограничных с кистой интактных зубов с помощью электроодонтодиагностики. Кариозные зубы в зависимости от их состояния либо удалялись во время операции, либо пломбировались. Электрометрические показатели определялись как на больной, так и на здоровой стороне челюстей. Электроодонтодиагностика проведена в 507 зубах, которые были расположены в области кисты у 193 пациентов (табл. 1).

Наиболее часто в зоне расположения кисты интактные зубы имели нормальную (2 — 6 мА) или пониженную (до 20 мА) электровозбудимость. По мере приближения к причинному зубу чувствительность соседних зубов резко снижалась до 40 — 90 мА или совсем отсутствовала. Из исследованных 507 зубов в 113 можно было констатировать некробиоз и некроз коронковой части пульпы, а в 94 — и корневой части.

Необходимо отметить, что именно те зубы, которые, по показаниям электроодонтометрии, должны быть трепанированы (пределом являются показатели 60 — 90 мА), при попытке их трепанации иногда дают резкую болевую чувствительность, что заставляло применять девитализирующие препараты. Именно это обстоятельство заставило еще осторожнее решать вопрос о трепанации зубов. Была разработана следующая тактика лечения.

1. Однокорневые зубы, стоящие рядом с причинным прилегающие к зоне кисты, но не стоящие в ее просвете и имеющие реакцию на воздействие электротока, оставляли без трепанации. Зубы,

Таблица 1

Результаты электрометрии пограничных с кистой зубов до операции цистэктомии у 193 пациентов

Челюсть	Группы зубов	Показатели электровозбудимости пульпы (мА)							Кол-во зубов, покрытых металлическими коронками	Всего без искусств. коронок
		до 6	7-10	11-20	21-40	41-60	> 60	0		
Верхняя	резцы	24	8	12	6	1	29	21	4	101
	клыки	22	11	2	1	4	8	8	1	56
	премоляры	10	9	23	3	3	23	9	5	80
	моляры	15	5	11	3	1	18	9	11	62
Нижняя	резцы	15	6	5	1	-	20	18	4	65
	клыки	12	2	7	3		5	9	2	38
	премоляры	19	6	6	7	4	7	12	5	61
	моляры	8	9	5	8	3	3	8	9	44
Всего зубов:		125	56	71	32	16	113	94	41	507

имевшие нулевую чувствительность, при определении электровозбудимости трепанировались.

2. Однокорневые зубы, стоящие в просвете полости кисты и не имеющие признаков электровозбудимости, трепанировались. Зубы, имевшие признаки электровозбудимости, оставались без трепанации до окончательного решения вопроса об их расположении во время проведения операции. Если верхушки корней этих зубов во время операции не обнаруживались в полости кисты, то после операции они не трепанировались. Если верхушки корней были значительно оголены, то проводилось отсроченное пломбирование в послеоперационном периоде, спустя 10 – 12 месяцев. За это время никаких патологических изменений, напоминающих о рецидиве кисты, не обнаруживалось.

3. Клыки, чаще всего представлявшимися на рентгенограмме выстоящими в полость кисты, при наличии электровозбудимости оставались без трепанации.

4. Многокорневые зубы при заинтересованности одного из корней и наличии электровозбудимости оставались без трепанации. В случае определения по рентгенограмме расположения корней многокорневого зуба в проекции кисты, при наличии электровозбудимости окончательное решение принималось после оперативного вмешательства. При отсутствии его проводилось эндодонтическое лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Когда таким образом стал осуществляться подход к решению вопроса сохранения зубов, то выяснилось, что не все зубы в действительности оказываются настолько значительно обнаженными в полости кисты, как это представлялось на рентгенограмме. Более того, часть этих зубов вовсе не была обнажена и была окружена тонкой костной стенкой. Обнаженной оказывалась боковая поверхность корня с погруженной в кость апикальной

частью. Такая искаженная рентгенологическая картина создается из-за дивергенции корней и зависит от угла наклона рентгеновского луча к поверхности пленки, от выбухания кортикальной пластинки и других причин. Действительное оголение верхушек зубов было обнаружено лишь у 12 % больных.

Перед выпиской из стационара или в течение пяти месяцев после выписки у 58 больных была проверена электровозбудимость сохраненных зубов. Анализ показал, что из сохраненных без трепанации 106 зубов чувствительность отсутствовала только лишь у 28, была пониженной до 60 мА у – 10, до 20 мА у – 48 зубов. Следовательно, вскоре после операции сохранили электровозбудимость в данной группе 78 зубов, т.е. 73,6%. Такой показатель свидетельствует в пользу предлагаемой тактики лечения, т.е. оставления зубов без предварительной трепанации (табл. 2).

Необходимо отметить, что оболочки некоторых кист настолько прочно спаяны в месте прилегания к верхушкам зубов, что порою не удавалось применить щадящего метода вылуцивания кистозного образования. В таких случаях приходится прилагать значительные усилия при его удалении путем выскабливания. Именно у этой категории больных оставленные без трепанации зубы страдают наиболее сильно. Вторым неблагоприятным моментом при удалении кистозного мешка является его низкие прочностные свойства. Тонкая и легко рвущаяся оболочка в области подлежащих зубов чаще всего отрывается. Хирург, теряя ориентацию в условиях плохо различимой оторвавшейся части оболочки или обильного кровотечения, вынужден с целью радикальности ее удаления прилагать усилие при выскабливании на уровне верхушек корней зубов. В этой ситуации приходится ориентироваться на ощущение костной крепитации в местах, освобожденных от оболочки.

Таблица 2

Результаты определения электровозбудимости пульпы сохраненных зубов

Челюсть	Группы зубов	Электровозбудимость пульпы (мА)							Всего без искусств, коронок
		До 6	7–10	11–20	21–40	41–60	> 60	0	
Верхняя	резцы	2	3	6	2	–	–	5	16
	клыки	3	2	3	1	–	–	4	13
	премоляры	–		2	1	4	1	4	12
	моляры	–	1	5	2	2	2	3	15
Нижняя	резцы	–	2	2	1	–	–	2	7
	клыки	1	–	4	2	–	–	2	9
	премоляры	1	1	3	3	3	1	4	16
	моляры	1	3	3	3	2	–	4	16
Всего зубов:		8	12	28	15	11	4	28	106

Таблица 3

Результаты определения электровозбудимости пульпы зубов, оставленных недепульпированными

Челюсть	Группы зубов	Электровозбудимость пульпы (мА)							Всего без искусств, коронок
		до 6	7–10	11–20	21–40	41–60	> 60	0	
Верхняя	резцы	8	3	10	–	1	–	6	28
	клыки	4	1	2	–	–	–	3	10
	премоляры	6	2	8	4	1	–	–	21
	моляры	2	4	4	–	–	–	2	12
Нижняя	резцы	7	5	6	–	–	–	9	27
	клыки	5	4	5	–	–	–	3	17
	премоляры	3	5	–	4	–	–	–	12
	моляры	5	8	7	2	2	–	10	34
Всего зубов:		40	32	42	10	4	0	33	161

Во всех случаях, несмотря на низкие показатели электрометрии, не спешили проводить отсроченное пломбирование. Больные были предупреждены о необходимости прохождения контрольных осмотров в течение ближайшего года. Только по истечении этого времени принималось окончательное решение (в более ранние сроки проводить лечение не рекомендуется, ввиду возможного инфицирования зоны вылушивания кисты или кровяного сгустка). Больных, которым пришлось провести отсроченное эндодонтическое лечение зубов, оказалась всего лишь 15 человек, у них было пролечено 18 зубов, что составляет от 106 зубов, оставленных без трепанации, 17 %.

При изучении отдаленных результатов помимо сбора данных у явившихся в клинику пациентов (80 чел.) были проанализированы сведения о состоянии зубов при анкетировании 52 человек. В них больные отмечали свои субъективные ощущения, сообщали о функциональной способности бывших в зоне операции зубов и т.д. Рецидивов кисты ни у одного из больных не было отмечено.

При выяснении субъективной оценки состояния зубов, оставленных без трепанации, больные отмечали в первые месяцы после операции ощущение «инородности», чувство «онемения». С течением времени эти ощущения постепенно уменьшались и исчезли совсем.

Из оставленных без трепанации 386 зубов в отдаленном периоде удалось исследовать 161 зуб (табл. 3). Из этого числа у 114 (70,8 %) зубов имелась чувствительность 6–20 мА и только у 14 зубов (8,9 %) чувствительность определялась в пределах 40–90 мА. Однако, несмотря на это, зубы не изменяли своего цвета, были устойчивы и полностью выполняли функциональную нагрузку. Известно, что омертвевшие зубы сравнительно быстро изменяют свой цвет. Отсутствие же электровозбудимости при резком ее снижении возможно стоит объяснить морфологическими дегенеративными изменениями в нервной ткани пульпы. Питание же зуба, по-видимому, осуществляется либо вновь образованными сосудами, либо через анастомозы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тактика сохранения зубов, прилежащих к кистозному образованию, апробированная в течение многих лет, вполне себя оправдывает. За это время не было обращений с рецидивом кисты, причиной которых могли бы послужить оставленные без трепанации интактные зубы. Сравнивая больных, у которых были сохранены зубы способом их девитализации и пломбирования корневых каналов, необходимо отметить их меньшую выносливость на прочность. У них, как правило, резко изменен цвет, что заставляет больных закрывать их искусственными коронками. Эти зубы становятся хрупкими, и после разрушения коронки или при снятии искусственной коронки вместе с покрытой ею коронковой частью зуба больные вынуждены их удалять.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой и хирургической стоматологии. — М.: Медицинская литература, 2003. — 404 с.
2. Евдокимов А.И., Васильев Г.А. Хирургическая стоматология. — М.: Медгиз, 1959. — С. 222 — 225.

3. Миньков С.А. К вопросу клиники и лечения радикулярных кист челюстей // Матер. межобластной науч.-практ. конф. врачей-стоматологов. — Иркутск, 1966. — С. 46 — 48.

4. Миньков С.А. Кистозные образования челюстей: подходы к решению проблемы сохранения зубов // Стоматолог. — 2008. — № 5. — С. 29 — 36.

5. Околот Т.Ф. Хирургическое лечение околокорневых кист с сохранением зубов. — Минск: Беларусь, 1972. — 88 с.

6. Процик В.С. Отдаленные результаты лечения кист челюстей с применением гомохладакосты // Проблемы хирургической стоматологии. — Киев, 1970. — Вып. 5. — С. 134 — 136.

7. Рубин Л.Р. Электроодонтодиагностика. — М., 1976. — 136 с.

8. Татаринцев К.И. Лечение околокорневых кист // Стоматология. — 1964. — № 3. — С. 76 — 78.

9. Трофимов В.В., Молоканов Н.Я., Пузин М.Н. Стоматология: Учебное пособие. — М.: Медицина, 2003. — 227 с.

Сведения об авторах

Миньков Сергей Александрович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической стоматологии Иркутского государственного медицинского университета (664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1)

Яновский Лев Михайлович — доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии детского возраста Иркутского государственного медицинского университета (664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1; тел.: 8-924-603-55-45)

Карнаухов Анатолий Трофимович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии Иркутского государственного медицинского университета (664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1)