

К.К. ТАЛИМОВ, С.Ж. АБДИКЕРІМОВ, Б.А. АМАНТАЕВ, А.Ж. АНАРБЕКОВА, Е.Қ. РҮСТЕМ, М.Н. БЕСПАЙ

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ,
хирургиялық және терапиялық стоматология кафедрасы

ЖАҚ СҮЙЕКТЕРІ КЕРАТОКИСТАЛАРЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫ МЕН ЕМІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Жақ сүйектерінің кератокисталарының хирургиялық емі, анықталуы осы күнге дейін күрделі мәселе болып келеді. Көп жағдайда нақтаманы отадан алынған материалды патогистологиялық зерттеу арқылы дәлелдейді. Біз бақылап, ем жүргізген науқастардың отадан кейінгі жақ сүйегі қуыстары сүйектротты Ex Fuse гелімен толтырылып, мембрананан оқшауландырылуы өте жақсы клиникалық нәтиже көрсетті. Ісікті түзіліс бойында орналасқан тістер толықтай емделініп сақталынды.

Түйінді сөздер: кератокиста (ұра), цистэктомия, остеотронтты препараттар, оқшаулаушы мембрана, ортопантомограмма, эндодонттық ем.

Өзектілігі: Төменгі жақ сүйегінде орналасқан кератокиста барлық кисталардың 1% құрайды. Негізінен орта және ересек тартқан жастағы адамдарда жиі кездеседі. Кератокистаның беткі эпителий қабығы мүйізгектенуге өте бейім, сондықтан қайталана отырап қатерлі ісікке айналуы мүмкін. Кисталар жақ сүйектің денесіне, бұрышына, сонымен қатар жақ сүйектің тармағына қарай тарала отырып сүйектің үлкен аймақта бұзылысына ұшыратады. Мәселенің маңыздылығы тек кератокисталардың клиникалық белсенділігінде ғана емес, сондай-ақ клиникалық, рентгенологиялық және патогистологиялық салыстырмалы диагностикасының күрделілігінде болып табылады. Бүгінгі таңға дейін кератокисталардың емі бір ауыздан толық шешімін таппаған. Жақ сүйектердің кератокисталары кезінде емдік тактика аурудың қайталану қауіптілігі жоғары болғандықтан, кистаның (ұра) қабығын толығымен жоюға бағытталады және ошақ маңындағы тістер сақталмайды. Міне сондықтан, жақ сүйектері кератокистасының диагностикасы және емінің нақты алгоритмін қалыптастыруға деген талпыныс жасау өте маңызды.

Мақсаты.

1. Жақ сүйектері кератокистасын нақтылау мен емдеу әдістерін жетілдіру.
2. Остеотронтты препараттар мен оқшаулаушы мембараналарды қолдана отырып отадан кейінгі қуыстарды толық жабуға ыңғайлы жағдай қалыптастыру.
3. Эстетикалық және функционалдық көрсеткіштер бойынша ошақ маңындағы тістер тағдырын шешу.

Міндеті. Жақ сүйектердегі кератокисталардың клиникалық-рентгенологиялық көріністерінің ерекшеліктерін анықтау. Кератокисталардың патоморфологиялық сипаттамасы мен клиникалық-рентгенологиялық белгілерін сәйкестендіру. Кератокиста қабығының морфологиялық құрылымын және оның айналасындағы құрылымдармен (қабыну үрдісі немесе бұрын жүргізілген манипуляциядан кейінгі рецидив болса да) байланысын анықтау.

Зерттеу материалдары мен әдістері

Біздің бақылауымызда жақ сүйегінің ұрасы алғаш анықталған 21 және 55 жастағы екі науқас болды. Науқас С. 21 жаста, сырт қарап тексергенде: бойы ұзын, дене бітімі астеникалық типті, кеуде қуысының ішке кіріңкі пішін өзгерісі анықталды. Ауыз қуысының шырышты қабатында мөлшері 1,0*0,5 см болатын көптеген пигментті дақтар бар. Ал 55 жасар науқас П орта бойлы, нормостеникалық типті, зиянды әдеті – шылым шегеді.

Екі науқасты тексерген кезде төменгі жақ сүйектерінің 42 41/31 32 тістері аймағында сыртқы қыртысты табақшаның аздап жұқарғаны, майысқақтығы, яғни «пергаментті сықыр» белгісі байқалды, бірақ ауыру сезімі болмады. Осы аймақтағы шырышты қабықтың түсі аздап көкшіл- қызғылт түстес тартқан. Жақ сүйектерінің түзіліс орналасқан аймағындағы тістер бүтін, зақымданбаған. Жоғарыда аталған тістердің ұлпасының электр қозғыштығын тексеру барысында келесі көрсеткіштер анықталды: бірінші жағдайда 42 41/31 32 тістер өлі, яғни ЭОД 100мкА-ден асады. Тек 43 тісте 4мкА шамасында тітіркенуге жауап болды. Екінші жағдайда түзіліс аймағындағы барлық тістер бүтін, сауыты зақымданбаған, бірақ тіс ұлпасының электрқозғыштығы 100 мкА-ден асады.

Ортопантомограммада: бірінші науқастың төменгі жақ сүйегінде көлемі 3,0*2,5 см болатын шекарасы анық 43,42,41/ 31,32 тістердің деңгейін қамтитын түзіліс (сурет 1), ал екінші науқастың төменгі жақ сүйегінде көлемі 3,0*2см болатын 42 41/31 32 тістер аймағындағы шекарасы анық сүйек ақауы анықталды (сурет 2).

Екі жағдайда да 43,42,41,31,32 тістерден дамыған төменгі жақ сүйегінің радикулярлы ұрасы болжамды нақтамасы қойылды.



Сурет 1 - Науқас С. 21 жас 11.05.2016



Сурет 2 - Науқас П. 55 жас 01.04.2016

Ота алды дайындық ретінде жоғары аталған тістерге эндодонттық ем жүргіздік. Емдеу тактикасы түбір өзегін пломбылап, пломбалық материалды түбір ұшына шығаруға негізделді (сурет 3-4).



Сурет 3 - Науқас С. 16.05.2016

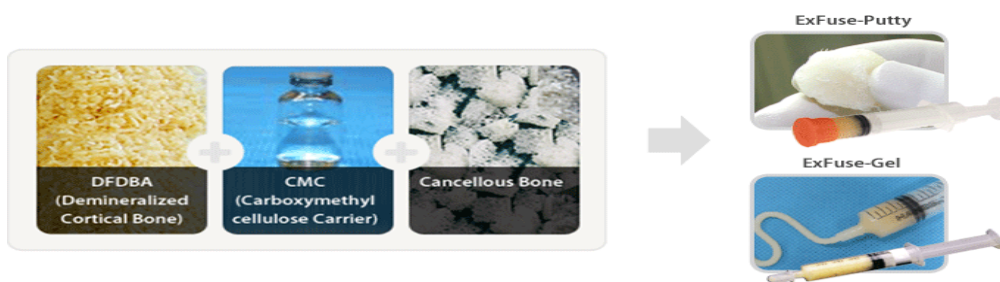


Сурет 4 - Науқас П. 05.04.2016

Емі: цистэктомия отасы. Екі жақты мандибулярлы және лингвальды жансыздандырумен 4% 3,0 мл убистезин ерітіндісімен жаңа түзілістің ісінген күмбезі кесілді, шырышты-сүйек сырты қабы қиындысы сылынып көтерілді де, сүйек ақауы арқылы шығып тұрған ісікті түзілістің қабы сүйек қабырғасынан атравматикалық түрде босатылып, шығарылды. 42 41 31 32 тістердің түбір ұштары фрезамен арнайы қырылды және 70% спиртпен өңделіп, сүйек қуысына 1,0 гр көлеміндегі остеотропты Ex Fuse гель материалы толтырылды (сурет 5), бетіне оқшаулаушы мембрана жабылып, кесінді тіндер викрил жібімен тігілді. Науқасқа ақыл-кеңес беріліп дәрі дәрмек (аналгетиктер, антибиотиктер, қабынуға қарсы препараттар) және ісінуді болдырмау мақсатында суық басу тағайындалды. Екі науқасқа жасалған ота бірдей тәсілмен іске асырылды. Отадан алынған материал патогистологиялық зерттеуге жіберілді.



Ex Fuse Putty



Сурет 5

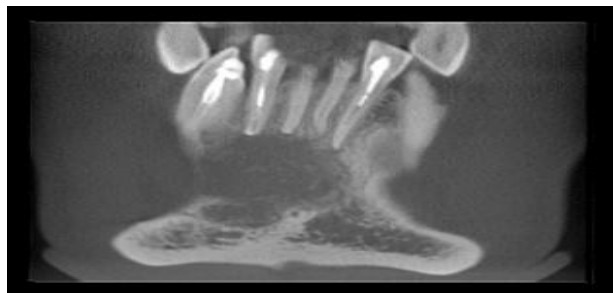
Науқастар бақылауға алынды. 6 айдан кейінгі мерзімде рентген суреттері мен 3D томография жасалынды (сурет 6-7-8). Мұнда остеотропты препараттарды қолдана отырып сүйек қуыстарын толтыру, регенерацияға өте жақсы әсер ететіндігіне көз жеткізуге болады.



Сурет 6 - Науқас П. 01.11.2016



Сурет 7 - Науқас С. 02.06.2016



Сурет 8 - 3Д компьютерлі томография көрінісі

Патогистологиялық қорытынды. Диффузды лимфоплазмоцитарлы инфильтрациясы бар тіндер фрагменті, жекелеген фрагменттердің ксантомды жасушаларында көп қабатты жалпақ эпителий анықталады. Гистологиялық көрініс бойынша кератокиста деген нақтама қойылды. 02.06.2016ж.

Қорытынды: Отадан 6 ай өткен соң ұраның өсу аймағында, бұрын емделген тістер тұрақты, тістердің түсі өзгермеген, қозғалмайды, қағып тексергенде тістер ауырмайды және қызылик рецессиясы байқалмайды. Ұяшықты өсіндінің биіктігінің семуі жоқ. Ісікті түзілістің қойнауы жаңа сүйек жасушаларымен тығыз қалыптаса бастаған. Қолмен басып тексергенде сүйек қабырғалары тығыздалған, ауыру сезімі жоқ, тыртықты тін нәзік сызық ретінде қалыптасқан. Осылайша, ісікті түзіліске дұрыс ем жүргізілгенде оның өсу аймағында орналасқан бүтін тістерді сақтап қала отырып, отадан кейінгі пайда болған ұрада сүйек тінінің қайта қалыптасқаны байқалды.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Ю. И. Чергештов, А. Б. Михайлова, Л. Е. Кременецкая Кератокисты челюсти. – 2011. – 134 с.
- 2 Madras J., Lapointe H. Keratocystic odontogenic tumour: reclassification of the odontogenic keratocyst from cyst to tumour // Tex. Dent. J. – 2008. - 125(5). – P. 446-454.
- 3 Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Трутень В.П. Лучевая диагностика одонтогенных и неодонтогенных кист // Лучевая диагностика в стоматологии. — М.: Медика, 2007. - С. 345 - 347.
- 4 Абу Бакер К.Ф. Применение биорезорбируемой мембраны "Пародонкол" для оптимизации заживления дефекта челюсти после цистэктомии: Автореф. дис. ... канд.мед.наук - М., 2000. – 22 с.

К.К. ТАЛИМОВ, С.Ж. АБДИКЕРІМОВ, Б.А. АМАНТАЕВ, А.Ж. АНАРБЕКОВА, Е.Қ. РҮСТЕМ, М.Н. БЕСПАЙ
*Қазақстанның Национальнй медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова,
кафедра хирургической и терапевтической стоматологии*

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ КЕРАТОКИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Резюме: Хирургическое лечение кератокист челюстей представляет сложность как диагностике так и в лечении. Чаще диагноз ставится на основании исследования патогистологического материала. В наших наблюдениях костные полости после удаления содержимого кисты были заполнены костнотропным материалом Ex Fuse и изолирующей мембраной который дал хороший клинический результат с сохранением интактных зубов в зоне роста новообразования.

Ключевые слова: кератокиста, цистэктомия, остеотропные препараты, изолирующая мембрана, ортопонтотограмма, эндодонтическое лечение.

K.K. TALIMOV, S.J. ABDIKERIMOV, B.A. AMANTAYEV, A.J. ANARBЕКOVA, E.K. RUSTEM, M.N. BESPАI
*Asfendiyarov KazNMU,
Surgical and therapeutic Department of Dentistry*

FEATURES CLINICAL CURRENT AND TREATMENT KERATOKIST OF JAWS

Resume: It is difficult to diagnose and treat the jaws ceratocist in surgical dentistry. The diagnose is based on histopathology study result. In our practice after exochleation of cyst we used bone growth promoting material "Ex Fuse" to fill the cavity and bio membrane, which showed good clinical result and saved the teeth which were nearly located to the cyst zone .

Keywords: keratokist, tsistektomiya, osteotropny medicines, ortopontotogramma, endodontichesky treatment.