

К.К. Талимов, С.Ж. Абдикаримов, А.Р. Турбашова, А.М. Аділбекова, Қ.Қ. Тағайбек  
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ,  
хирургиялық және терапиялық стоматология кафедрасы

### ЦИСТЭКТОМИЯ ОТАСЫНАН КЕЙІН ТӨМЕНГІ ЖАҚ СҮЙЕГІНІҢ ҚУЫСЫН «БИОПЛАСТ ДЕНТПЕН» ПЛАСТИКАЛАУ

Төменгі жақ сүйектерінің тіс жоқ тұстарында дамиды резидуальды кисталардың кездесуі әдебиеттерде көтеріліп жүр. Орналасу орнына, көлеміне байланысты кортикальды қабаттың бұзылуы, бұзылмауы да мүмкін. Біздің клиникалық байқауда болған науқасқа жоқ тістің ұяшығы арқылы киста қабығы алынып, сүйек қуысы БИОПЛАСТ ДЕНТ материалымен толтырылды.

**Түйінді сөздер:** резидуальды киста, сүйек тропты препарат, цистэктомия, ортопантомограмма, компьютерлі томография.

**Өзектілігі:** Стоматологиялық патологиялар ішінде жақсүйектерінің одонтогенді кистасымен ауыратын науқастар ерекше орын алады. Радикальды киста ең жиі жоғарғы жақсүйегінде, сирек – төменгі жақсүйегінде кездеседі. Әдебиеттердің мәліметі бойынша, радикальды киста жоғарғы жақсүйегінде - 65%, төменгі жақсүйегінде - 35% орын алады. Науқастардың жасы 18-ден 60 жасқа дейін аралықта. Жиі жақсүйегінің радикальды кистасы – 93%, ал фолликулярлы кистасы 7% құрайды.

Түбір маңылық кистаның клиникалық көрінісі жиі (21,8 %) эластикалық кернеу симптомымен байқалады, яғни флюктуация және пергаментті сықыр көрінісінен кистаның шығу орнында жұқарған сүйек тінінің иілуі. «Пергаментті сықыр» симптомы науқастардың 5,8 %-ында, флюктуация симптомы 18,3%-ында кездеседі.

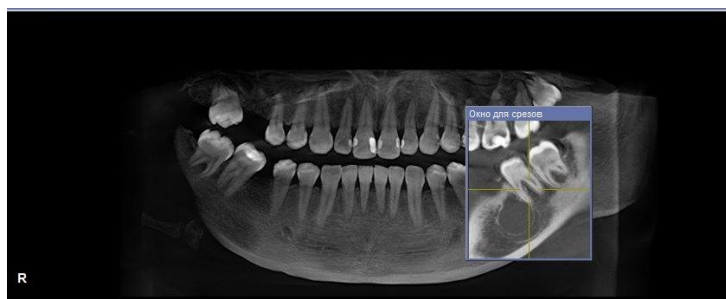
Аймақтық лимфа түйіндерінің реакциясы тек кистаның іріңдеуі кезінде байқалады. Іріңдеген киста кезінде ауыз қуысымен байланыстыратын жыланкөз де 29,2 %-ында байқалады.

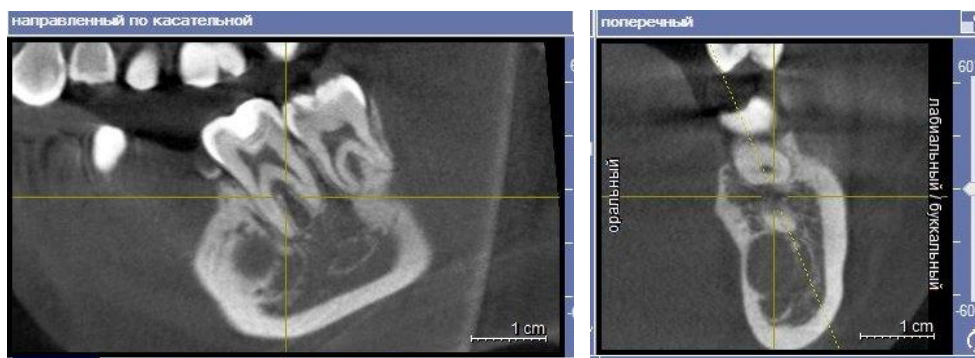
Радикальды кистаның 30 %-ы резидуальды болып табылады және тістер түскен соң немесе жұлынған соң қалып қалады. Бұл жағдайда кистаның түзілуіне жоқ тістің ұяшығына жақын орналасуы маңызды орын алады.

**Зерттеу материалы және әдістері :** С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ –ң хирургиялық стоматология бөліміне 1996 жылғы Д.атты науқас сол төменгі жақсүйегінің денесіндегі аздап сыздаған ауыру сезіміне шағымданып келді. Науқас қайырылған кезде қолында 20.01.2018 жылғы ортопантомограммасы болды. Сурет бойынша жоқ 36 тіс проекциясында шекарасы анық диаметрі 1,2 см дөңгелек түзіліс көрінеді.



Пальпациялау кезінде жоқ 36 тістің түбір проекциясында вестибулярлы жағынан да, тілдік жағынан да «пергаментті сықыр» симптомы (сүйек тінінің батымдылығы) анықталмайды, тек әлсіз ауыру сезімі анықталады, ұяшықты өсінді мен жақсүйек денесінің шырышты қабығында өзгерістер жоқ. 3D компьютерлік томография әдісі 04.02.2018 жылы жасалып, онда 36 тіс проекциясында сүйектегі келесі өзгерістер анықталды.





3D КТкөрінісінде ошақтөменгіжақ сүйегініңкеуекті затында екі жағынан сүйек қабын сақтай отырып және қан тамыр-нерв шоғырын төмен ығыстыра орналасқан. 37 тіске өткізілген электрооднотометрия нәтижесі 7,1 мкА тең.

Анамнезінен тіс қатарындағы жоқ тіс емделген, пломбасы түсіп қалған соң, толығымен бұзылып, кейін тіс түбірлері өздігінен түсіп қалған.

Өмір анамнезінен панкреатитпен ауыратындығы анықталды. Дәрілік төзімсіздік байқалмаған. 20.02.2018 жылы науқастың келісімімен өткізгіштік және инфильтрациялық жансыздандыру арқылы жоқ 36 тістің ұяшығымен цистэктомия отасы жасалды да жаңатүзілістің қабығы толығымен алынды. Антисептик ерітінділерімен сүйек жарақаты мұқият жуып, кептірілді. Сүйек қуысы сүйектропты, түйіршікті 0.5 см<sup>3</sup> көлемдегі «БИОПЛАСТ-ДЕНТ» материалымен толтырылды. Жара жиектері мобилизацияланды да тикрилмен тұйық тігіс салынды. Алынған материал Қазақ онкологиялық ғылыми зерттеу институтының морфология орталығына зерттеуге жіберілді.

**Патогистологиялық қорытынды:** 26.02.18 жылғы қорытынды бойынша: жіберілген бөлшек фиброзды тіннен тұратын және майда қан тамырлары бар кистозды түзілістің қабығы (жиегі) болып табылады. Ішкі беті көп қабатты эпителиймен жабылған, лейкоцитарлы инфильтрация ошағы анықталады. Патоморфологиялық диагноз- тіс түбірінен дамыған киста. Зерттеу жүргізген м.ғ.к. Соколенко Е. Г..

**Қорытынды:** Отаданкейінгі жарақат біріншілік бітісумен жазылды. Сүйек жарасының жазылуын бақылау үшін 06.04.2018 жылы ауызішілік рентген-бақылау жасалды.



Рентгенограммада көрініп тұрғандай, ұяшықты өсіндінің жиегінен түзілістің түбіне дейінгі сүйек тінінің қалыпқа келуін байқауға болады. Отадан 42 тәулік өткеннен соң сүйек қуысының қалпына келуінің айқын үрдісі байқалады, себебі сүйектропты материалдың остеоиндуктивті және әлсіз остеокондуктивті қасиеті бар. Осылайша, сүйектропты «БИОПЛАСТ-ДЕНТ» материалын пайдалану жақсы остерегенеративті қасиет көрсетеді және тәжірибиелік медицинада сүйек қуыстарын пломбалау үшін қолданылуы мүмкін.

#### ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Татаринцев К.И. Лечение околокорневых кист // Стоматология. - 1964. - № 3. - С. 76-78.
- 2 Околот Т.Ф. Хирургическое лечение околокорневых кист с сохранением зубов. - Минск: Беларусь, 1972. - 88 с.
- 3 Васильев, А.Ю. Лучевая диагностика в стоматологии // Лучевая диагностика одонтогенных и неодонтогенных кист. - М.: Медика, 2007. - С. 345-347.
- 4 Albrektsson T, Johansson C. Osteoinduction, osteoconduction and osteointegration // Eur Spine J. - 2001. - №10. - P. 96-101.
- 5 Berglundh T, Lindhe J. Healing around implants placed in bone defects treated with Bio-Oss // Clin Oral Impl Res. - 1997. - №8(2). - P. 117-124.
- 6 Jensen SS, HendrikTerheyden H. Bone Augmentation Procedures in Localized Defects in the Alveolar Ridge: Clinical Results with Different Bone Grafts and Bone-Substitute Materials // Int J Oral Maxillofac Implant. - 2009. - №24. - P. 218-236.

**К.К. Талимов, С.Ж. Абдикаримов, А.Р. Турбашова, А.М. Адильбекова, К.К. Тагайбек**  
*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,  
кафедра хирургической и терапевтической стоматологии*

#### **ПЛАСТИКА КОСТНОЙ ПОЛОСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ МАТЕРИАЛОМ БИОПЛАСТ-ДЕНТ**

**Резюме:** При резидуальных кистах челюстей (кисты в зоне отсутствующих зубов) хирургический доступ должен быть максимально щадящим, если кортикальные пластинки челюстей не разрушены. В нашем клиническом случае доступ осуществлен через гребень альвеолярного отростка с удалением оболочки кисты и заполнением костной полости материалом БИОПЛАСТ-ДЕНТ, что показало хороший клинико-рентгенологический результат.

**Ключевые слова:** резидуальные кисты, остеотропные материалы, цистэктомия, ортопантомограмма, компьютерная томография.

**K.K.Talimov, S.Zh.Abdikarimov, A.R. Turbashova, A.M. Adilbekova, K.K. Tagaibek**  
*Asfendiyarov Kazakh National medical university,  
surgical and therapeutic Department of Dentistry*

#### **PLASTIC SOF BONE CAVITY OF THE LOWER JAW AFTER CYSTECTOMY WITH BIOPLAST DENT MATERIAL**

**Resume:** In operation of residual cysts of the jaws (cysts in the area of absent teeth), surgical access should be as gentle as possible if the cortical plates of the jaws are not destroyed. In our clinical case, access was made through the crest of the alveolar process with removal of the cyst shell and filling the bone cavity with BIOPLAST-DENT material, which showed a good clinical and radiologic result.

**Keywords:** residual cyst, bone tropic material, cystectomy, orthopantomography, computed tomography.