

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ, ОТТЕСНЯЮЩЕЙ СЛИЗИСТУЮ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА

■ А.Н. Гурин, ФГБУ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России,

■ В.С. Комлев, ■ А.Ю. Федотов, ИМЕТ РАН

Сохранение функции зубов и восстановление структуры костной ткани — приоритетные задачи хирургического лечения больных с одонтогенными периапикальными деструктивными очагами. В категории таких больных превалируют операция цистэктомии с резекцией корней зубов, выступающих в полость кисты [1].

По отношению к верхнечелюстному синусу радикулярные кисты разделяют на прилегающие, оттесняющие и проникающие. Радикулярную кисту, которая располагается в пределах альвеолярного отростка и тела верхней челюсти от клыков до моляров и граничит с костным дном верхнечелюстного синуса, не изменяя его контуров, предложено считать прилегающей. Размеры прилегающих кист небольшие и в проекции занимают область не более 1–3 зубов. Оттесняющей принято называть кисту, которая смещает костное дно верхнечелюстного синуса и обуславливает его деформацию [2].

Альтернативным вариантом лечения такого рода кист будет удаление причинного зуба с пластикой ороантрального свища, который неминуемо образуется после удаления. В дальнейшем это сильно затруднит восстановительные мероприятия (синус-лифтинг, дентальная имплантация), поскольку слизистая синуса будет спаяна с надкостницей.

Оптимальным вариантом лечения будет выполнение зубосохраняющей операции с аккуратным удалением кисты, оттесняющей мембрану Шнейдера. При этом вполне возможно сохранение слизистой синуса, однако, корни зубов в дальнейшем могут оказывать раздражающее действие на слизистую и вести к реактивным изменениям в пазухе с развитием хронического гайморита.

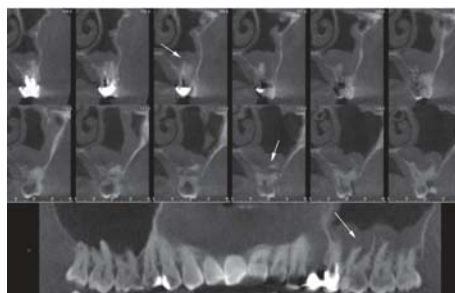


Рис. 1. Радикулярная киста зуба 2.5 и 2.6, оттесняющая слизистую верхнечелюстного синуса

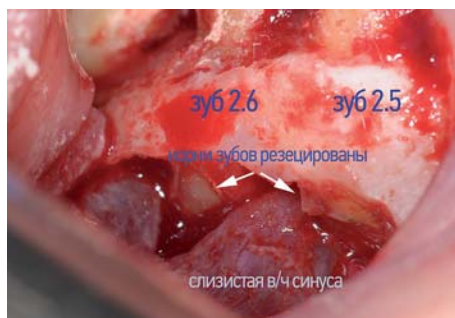


Рис. 2. После удаления оболочки кисты слизистая в/ч синуса приподнята без перфорирования. Проведена резекция верхушек корней зубов 2.5, 2.6. На этапе хирургического лечения удалось провести резекцию верхушек корней зубов 2.5, 2.6 без перфорации слизистой синуса и ретроградно запломбировать каналы зубов

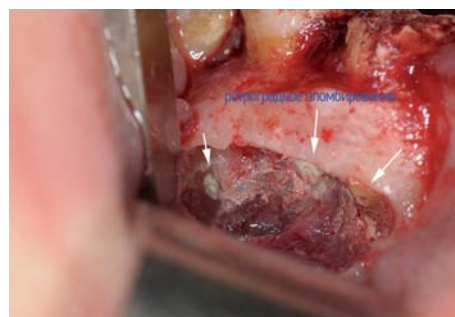


Рис. 3. Ретроградное пломбирование корней зубов 2.5 и 2.6. От корней зубов слизистую синуса отделяет синтетический остеопластический материал «Трикафор» («Бионова», Россия)

В данном случае возможна подсадка остеопластического биоматериала, который будет выполнять роль изоляции между слизистой синуса и ретроградно запломбированными корнями зубов.

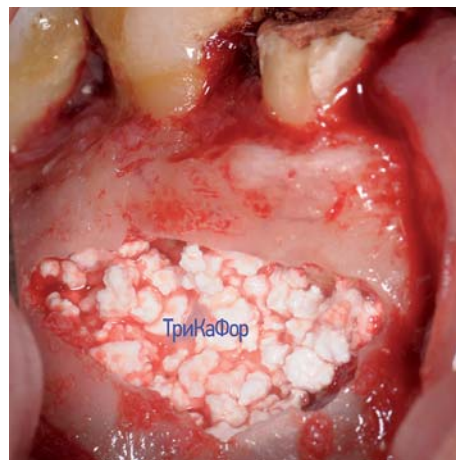


Рис. 4. Заполнение субантрального пространства синтетическим биоматериалом «Трикафор»



Рис. 5. Депозит биоматериала «Трикафор» изолирован биорезорбируемой мембраной



Рис. 6. Рана ушита узловыми швами «Vicryl»



Рис. 7. Прицельный снимок через 3 недели после проведения зубосохраняющей операции

Представленный клинический случай демонстрирует использование синтетического остеопластического биоматериала «Трикафор» (Бионова, Россия) при удалении радикулярной кисты, оттесняющей слизистую верхнечелюстного синуса.

На серии срезов КЛКТ видны очаги деструкции костной ткани в области апексов зуба 2.5 и 2.6. Киста оттесняет слизистую верхнечелюстного синуса, слизистая на данном участке заметно утолщена. Зуб 2.5 запломбирован частично, в корни установлена вкладка, зуб закрыт коронкой с консолью в области отсутствующего 24 зуба. Каналы зуба 2.6 не запломбированы. Из-за консоли на зубе 2.3 имеется кариозная полость.

Альтернативный вариант лечения: Удаление зуба 2.5, 2.6, пластика ороантрального свища. Через 4 месяца проведение двухэтапного синуслифтинга. Через 4 месяца установка имплантата в области 2.4, 2.5, 2.6. Через 4 месяца установка коронок на имплантаты. Таким образом, продолжительность лечения составит 1 год.

Оптимальный вариант лечения: Эндодонтическое лечение зубов 2.5, 2.6, цистэктомия с резекцией и ретроградным пломбированием корней зубов 2.5, 2.6. Закрытие зубов коронками. Установка имплантата в области 2.4.

Таким образом, в случае наличия радикулярной кисты, оттесняющей слизистую верхнечелюстного синуса проведение зубосохраняющей операции с заполнением костного дефекта остеопластическим материалом является вариантом лечения, сокращающим сроки реабилитации пациента.

ЛИТЕРАТУРА




1. Крюгер Е., Ворthingтон П. (Kruger E., Worthington P.) Хирургическое лечение кист // Квинтэссенция. — 1991. — №5/6. — С.381–395.
2. Агапов, В.С. Клинико-морфологическая характеристика околокорневых кист, граничащих с верхнечелюстной пазухой // Стоматология. — 1987. -Т.66. -№2. -С. 11-13.

ОБУЧЕНИЕ ДЛЯ СТОМАТОЛОГОВ

"Dental Education" - единый портал всех ведущих обучающих центров по всей России



Представленные рубрики на портале "Dental Education":

 Терапия	 Детская стоматология	 Эндодонтия	 Гигиена, профилактика, сестринское дело
 Хирургия и имплантология	 Рентгенология, дентальная фотография	 Пародонтология	 Зуботехника, CAD/CAM
 Ортопедия	 Общие тематики	 Ортодонтия	 Менеджмент, маркетинг, право

dental
education
GEOSOFT

Расписание обновляется ежедневно

www.dental-education.geosoft.ru

Менеджер отдела обучения: 8 (495) 508-22-11; 8 (495) 663-22-11 доб. 137; education@geosoft.ru / Чапурин Виталий
Менеджер по размещению курсов: 8 (495) 663-22-11 доб. 145; org-edukation@geosoft.ru / Валиева Камила