

УДК 616.314-089

ББК 56.6

3-34

Зарецкая Алина Сергеевна, соискатель ЦНИИС, стоматолог-хирург консультативного отделения ФГУ ЦНИИС и ЧЛХ Росмедтехнологии, г. Москва, т.: 89151545509, e-mail: Zaretskaya21@mail.ru

**ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ДЕКОМПРЕССИОННЫХ МЕТОДИК
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ**
(рецензирована)

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 69 пациентов с обширными одонтогенными кистами челюстных костей методом декомпрессии. На основании клинико-рентгенологического анализа обоснованы преимущества декомпрессии (малая травматичность, эффективность, и низкий показатель рецидивов) и описаны ее недостатки (длительность лечения). Данная методика может быть рекомендована как оптимальная для лечения обширных кистозных образований челюстных костей.

Ключевые слова: одонтогенные кисты – odontogenic cysts, кератокиста – keratocyst, фолликулярная киста – follicular cyst, радикулярная киста – radicular cyst, декомпрессия – decompression, индекс рецидивов – recurrence rate, цистэктомия – enucleation

Zaretskaya Alina Sergeevna, applicant of CRID, dental surgeon of an advisory branch of FSI CRID, Moscow, tel.: 89151545509, e-mail: Zaretskaya21@mail.ru

**ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF DECOMPRESSION TECHNIQUES IN THE
TREATMENT OF EXTENSIVE ODONTOGENIC JAWBONE CYSTS**

A retrospective analysis of treatment of 69 patients with large odontogenic cysts of the jaw bones by decompression has been performed. The benefits of decompression based on clinical and radiographic analysis (minor trauma, efficiency, and low relapse rate) have been substantiated and its limitations (the duration of treatment) described. This technique can be recommended as optimal for the treatment of large cystic formations of jaw bones.

Key words: odontogenic cysts, keratocyst, follicular cyst, radicular cyst, decompression, recurrence rate, enucleation,

Лечение обширных одонтогенных кист сопряжено с определенными сложностями, причиной которых являются морфологические и патофизиологические особенности таких кист.

Больших размеров, как правило, достигают кисты дизонтогенетического происхождения (керато- и фолликулярные кисты) в связи с их бессимптомным течением и поздней диагностикой, часто случайной, реже встречаются радикулярные кисты воспалительного генеза, занимающие участок челюсти в области трех и более зубов.

Активный рост кистозных образований челюстных костей обусловлен повышением гидростатического давления внутри кистозной полости. Механический стресс усиливает синтез катепсина К одонтоклатами и ИЛ-1а различными типами клеток, такими как кератиноциты и клетки периодонтальной связки. ИЛ-1а стимулирует резорбцию кости путем индукции образования остеокластоподобных клеток или их активации, или того и другого, а также путем усиления продукции простагландинов и коллагеназ. Внутрикистозное давление, вероятнее всего, инициирует рост кисты и является отправной точкой для остеокластической резорбции кости. Бактериальные эндотоксины, в высокой концентрации содержащиеся в некротизированной пульпе зуба, обладают разнообразной биологической активностью, оказывают митогенное действие на эпителиальные клетки [1] и стимулируют продукцию цитокинов в окружающих соединительных тканях и воспалительных клетках. Формирование кератокист и фолликулярных кист происходит иначе, чем радикулярных и не связано с инфицированным зубом, следовательно, роль эндотоксинов при этом незначительна. При всех типах кист прогрессирующая деструкция кости обусловлена ростом эпителиальных клеток и их способностью вызывать костную резорбцию. Увеличение размеров кисты должно быть также связано с взаимодействием эпителиальной выстилки кисты с фиброзной капсулой [2].

В результате этих патофизиологических процессов происходит распространение кистозного процесса по челюстной кости, приводящее к вовлечению в него прилежащих анатомических образований (сосудисто-нервный пучок, содержащий третью ветвь тройничного нерва, верхнечелюстной синус и дно полости носа), разрушению кортикальных пластинок и прорастанию кисты в окружающие мягкие ткани.

Основной целью оптимального хирургического вмешательства по поводу кисты является восстановление нормальной структуры кости, а так же снижение риска рецидива и вероятных осложнений в послеоперационном периоде и сохранение работоспособности пациента.

По данным литературы индекс рецидивов варьирует в зависимости от выбранной методики от 0 до 62,5%. После проведения цистэктомии показатели рецидива могут составить 17,79% [3], 36% и даже 54,5% [4], тогда как индекс рецидива равный 0-2% отмечается после блоковой резекции челюсти и декомпрессии (цистэктомии).

С целью минимизировать процент рецидивов применяются радикальные вмешательства: цистэктомия, интраочаговая резекция челюсти, сегментарная резекция челюсти с сохранением и без сохранения непрерывности кости, половинная резекция челюсти с экзартикуляцией и без экзартикуляции. Однако применение всех этих методик сопряжено с развитием различных внутри и пост операционных осложнений, таких как лицевая деформация (возникает после резекции участка челюсти), потеря зубов, прилежащих к кистозной полости, или их необоснованная подготовка (депульпирование); инфицирование костнопластического материала, используемого для заполнения костного дефекта, после удаления кисты; повреждение сосудисто-нервного пучка с нижнечелюстным нервом и как результат, невралгия с потерей чувствительности иннервируемых им тканей; спонтанный перелом челюсти, в результате значительного истончения кортикальной пластинки челюсти, что практически исключает подобные вмешательства из арсенала хирурга в настоящее время.

На наш взгляд, проведение операции цистотомии по типу создания широкого декомпрессионного «окна» с одномоментным забором материала (костная ткань и оболочка кисты) для гистологического исследования, позволяет сохранить витальность всех прилегающих к кистозной полости структур (корни зубов, верхнечелюстной синус, канал нижнечелюстного нерва) и при этом снизить давление внутри кистозной полости. Последующее заполнение дефекта костной полости новообразованной костью происходит за счет вторичного остеогенеза. Гистологическая трансформация эпителиальной выстилки оболочки кисты после цистотомии, происходит в результате прорастания эпителия нормальной слизистой оболочки из смежных областей, что приводит к снижению секреции факторов агрессивности [5].

Нами были проанализированы результаты клинического и рентгенологического обследования 69 пациентов в возрасте от 18 до 77 лет с обширными одонтогенными кистозными поражениями челюстных костей, которые проходили лечение в хирургическом кабинете консультативного отделения ФГУ ЦНИИС и Росмедтехнологии в период с 2002 по 2010 год.

Обширные одонтогенные кисты челюстных костей различных гистологических типов были выявлены у мужчин в возрасте от 17 до 77 лет (40 случаев) и у женщин в возрасте от 20 до 68 лет (29 случаев) (табл. 1).

Таблица 1 - Распределение пациентов по полу и возрасту

возраст	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	всего
мужчины	3	7	10	7	5	5	2	40
женщины	3	4	5	6	8	3	0	29
итого	6	11	15	13	13	8	2	69

По своей патоморфологической структуре обширные одонтогенные кистозные поражения челюстных костей были представлены зубосодержащими (фолликулярными) кистами в 40,6% случаев (28 пациентов), радикулярными кистами воспалительного генеза, занимающими участок челюсти в области 3-х и более зубов – 26% случаев (18 пациентов),

кератокистами – у 29% обследуемых (20 пациентов), и 3 амелобластомы, что составило 4,4% от всего числа больных.

В большинстве случаев обширные кисты локализовались на нижней челюсти – у 61 пациента (88%), и только у 8 больных (12%) – на верхней челюсти, причем 7 из них радикулярные. При этом, на нижней челюсти кистозная полость могла располагаться в области тела, распространяясь вдоль челюстной кости с сохранением целостности кортикальной пластинки, или увеличивалась в поперечнике, отодвигая или перфорируя ее. Деструктивный процесс также определялся в области угла и тела нижней челюсти, а также тела, угла и ветви, как правило, в случаях зубосодержащих и кератокист. В одном клиническом случае была поражена только ветвь нижней челюсти (рис. 1), и еще в одном – ветвь и область угла.

Всем пациентам была проведена операция цистотомии по типу декомпрессии с одномоментным забором мягкотканого и костного компонентов для гистологического исследования.

Операция проводилась в амбулаторных условиях хирургического стоматологического кабинета под местной анестезией, при этом период нетрудоспособности пациента, как правило, не превышал 7 дней.

В результате операции цистотомии создается достаточно широкое трепанационное отверстие с рассечением оболочки кисты, что позволяет провести медикаментозную обработку кистозной полости и добиться декомпрессионного эффекта (рис. 2). Для предотвращения закрытия этого «окна» и изоляции полости кисты от полости рта до полного восстановления дефекта новообразованной костью использовалась йодоформная турунда. В зависимости от локализации дефекта трепанационное окно создается либо в ретромолярной области (при кисте ветви и тела нижней челюсти), либо в зоне наибольшего истончения кортикальной пластинки.



Рис. 1. Кератокиста, занимающая всю ветвь нижней челюсти



Рис. 2. Трепанационное отверстие в ретромолярной области

Пост операционное ведение и динамическое наблюдение за состоянием пациента заключается в смене йодоформного тампона и медикаментозной обработке полости кисты (каждые 7-10 дней) и рентгенологическом контроле над процессом костной регенерации (каждые 3-4 мес.) Длительность его составляет обычно 9-12 месяцев в зависимости от объемов, локализации кисты и возраста пациента.

Рентгенологический контроль за ходом лечения показал постепенное заполнение дефекта новообразованной костью, которая с течением времени приобретала нормальную плотность и архитектуру (рис. 3). После завершения лечебных мероприятий и срока наблюдения в течение 7 лет ни одного случая рецидива выявлено не было.



Рис. 3. Заполнение кистозного дефекта новообразованной костью

Основным недостатком операции цистотомии является необходимость длительного послеоперационного ведения и наблюдения пациентов, вплоть до полного восстановления костной структуры (от 3-х до 14-ти месяцев), однако, весь этот период пациент трудоспособен и не имеет никаких ограничений. При наличии у больного аллергической реакции на йодсодержащие препараты, изготавливается индивидуальный obturator из мягкой резины.

Заключение. Применение консервативных декомпрессионных методов лечения (цистотомия, марсупализация) более оправдано. Щадящая операция, проведенная в амбулаторных условиях, позволяет сохранить витальность всех прилегающих анатомических образований, и через 6-9 месяцев приводит к заполнению зоны расположения полости новообразованной костной тканью, постепенно приобретающей обычную плотность и архитектуру. Положительный эффект таких операций очевиден – пациент избавлен от рубцов на поверхности кожи, необходимости пребывания в стационаре, от длительного и тяжелого оперативного вмешательства.

Литература:

1. Meghji S., Qureshi W., Henderson B. The role of endotoxin and cytokines in the pathogenesis of odontogenic cysts. *Archs oral Biol.* - 1996. - Vol.41. - №6. -523-531.
2. Donoff R.B., Harper E. Collagenolytic activity in keratocysts. *J. oral. Surg.*- 1972.- №30.- 879-884.
3. Zhao YF, Wei JX, Wang SP: Treatment of odontogenic keratocysts: A follow-up of 255 Chinese patients. *Oral Surg* .- 2002.- №94.- 151.
4. Morgan TA, Burton CC, Qian F: A retrospective review of treatment of the odontogenic keratocysts. *J Oral Maxillofac Surg* 63:635, 2005. - №63. -635.
5. Jung, Lee, and Park. Decompression of Large OKCs of the Mandible. *J.Oral Maxillofac. Surg* - 2005 - 63:267-271.
6. Brondum N, Jensen VI: Recurrences of keratocysts and decompression treatment: A long-term follow-up of 44 cases. *Oral Surg* . - 1991.- №72. -265.
7. Bong-Hae Cho. Radiographic analysis of odontogenic cysts showing displacement of the mandibular canal. *Korean Journal of Oral and Maxillofacial Radiology.* - 2003. - № 33.- 211.