

УДК: 616.314.16-006.2-089.87+616-089.844

DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-1068.2024.1.1.4>

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛІКУВАННЯ ВЕЛИКОЇ КІСТИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЗУБОЗБЕРІГАЮЧОЇ ЦИСТЕКТОМІЇ І КІСТКОВОЇ ПЛАСТИКИ КОМБІНАЦІЄЮ КОЛЛАПАНАМИ Л ТА М

Бурцев Олексій Володимирович¹

аспірант

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8197-5752>

Гайдаш Ігор Савович¹

доктор медичних наук, професор,

заслужений діяч науки і техніки України

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1502-4422>

Паталаха Олена Ваоеріївна¹

асистент

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8197-5752>

Гайдаш Ірина Анатоліївна¹

кандидат медичних наук, доцент

ORCID <https://orcid.org/0009-0009-0018-4122>

Янчевський Олександр Валерійович¹

доктор філософії у галузі медицини

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1243-598X>

Гайдаш Олена Ігорівна¹

кандидат медичних наук, доцент,

ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7977-9966>

Шабельник Олег Іванович¹

кандидат біологічних наук, доцент,

ORCID <https://orcid.org/0009-0003-1897-1411>

Глазкова Наталія Олексіївна¹

асистент

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5544-2477>

¹ Луганський державний медичний університет

Ключові слова:

радикулярна
кіста, щелепа,
цистектомія,
коллапан

Анотація.

Кісти щелеп найчастіші об'ємні порожнинні утворення в кістковій тканині щелеп, частота яких у дорослих коливається в межах 6,4-17,0% від усіх об'ємних захворювань щелепо-лицевої ділянки. В структурі усіх порожнинних утворень щелеп домінують радикулярні кісти, питома вага яких може складати 78-96%.

За сучасною тактикою хірургічного лікування РКЩ цистектомія виконується з резекцією верхівок причинних зубів або з їх видаленням. З метою збереження якомога більшої кількості зубів і зменшення обсягу травмування причинних зубів захоплених кістою, авторами статті розроблена і клінічно випробувана зубозберігаюча

цистектомія без резекції верхівок зубів з використанням кістково-пластичного матеріалу Коллапан.

Мета роботи – проілюструвати клінічну ефективність зубозберігаючої цистектомії без резекції верхівок зубів з використанням кістково-пластичного матеріалу Коллапан при лікуванні великих кіст щелеп на конкретному клінічному прикладі.

Наведено клінічний випадок ураження у дорослого пацієнта К., 68 років, нижньої щелепи великою радикальною кістою, в проекції 32-38 зубів, з ретенцією і дистопією 38-го зуба в порожнину кісти. Наведені суб'єктивні клінічні симптоми хвороби (біль в проекції причинних зубів, біль при накусюванні, набряк ясни, субфібрильна температура тіла, слабкість), дані клініко-лабораторного обстеження, ортопантограми до виконання цистектомії і через 10 місяців після. Описано хід зубозберігаючої цистектомії і кісткової пластики з використанням комбінації Коллапану-Л та Коллапану-М в співвідношеннях 1:1. Наведено ортопантограму через 10 місяців після зубозберігаючої цистектомії, з чіткими ознаками регенерації кісткової тканини в ділянці видаленої кісти. Зроблено висновок, що виконання у пацієнта К., хворого на велику радикальну кісту нижньої щелепи, зубозберігаючої цистектомії з використанням комбінації кістково-пластичних матеріалів Коллапан-Л і Коллапан-М в комбінації 1:1 дало позитивний клінічний результат, який мав прояв у відсутності будь яких гнійно-запальних ускладнень, у формуванні кісткової тканини в ділянці попередньої локалізації радикальної кісти, а також у збереженні від видалення 33-го латерального різця зліва.

Keywords:

radicular cyst, jaw, cystectomy, collapan

CLINICAL CASE OF TREATMENT OF A LARGE LOWER JAW CYST USING CONSERVATIVE CYSTECTOMY AND BONE GRAFTING WITH A COMBINATION OF FLAPS L AND M

Annotation. Jaw cysts are the most frequent volumetric cavities in the bone tissue of the jaws, the frequency of which in adults ranges from 6.4-17.0% of all volumetric diseases of the maxillofacial region. Radicular cysts dominate the structure of all the cavity structures of the jaws, the specific weight of which can be 78-96%.

According to modern tactics of surgical treatment of RCS, cystectomy is performed with resection of the tops of the causal teeth or with their removal. In order to preserve as many teeth as possible and reduce the amount of trauma to the causal teeth captured by the cyst, the authors of the article developed and clinically tested tooth-saving cystectomy without resection of the tops of the teeth using the bone-plastic material Collapse.

The aim of the work is to illustrate the clinical effectiveness of dental cystectomy without resection of the tops of the teeth using the bone-plastic material Collapse in the treatment of extensive cysts of the jaws on a specific clinical example.

A clinical case of a lesion in an adult patient K., 68 years old, of the lower jaw with a large radicular cyst, in the projection of 32-38 teeth, with retention and dystopia of the 38th tooth in the cyst cavity is presented. Subjective clinical symptoms of the disease (pain in the projection of the

causal teeth, pain in the bite, crown edema, subfibrile body temperature, weakness), data from clinical and laboratory examination, orthopantomograms for cystectomy and 10 months after it were given. The course of tooth-saving cystectomy and bone grafting using a combination of Collapan-L and Collapan-M in 1:1 ratios is described. An orthopantomogram is presented 10 months after the tooth-saving cystectomy, with clear signs of bone regeneration in the area of the removed cyst. It is concluded that the implementation of the patient K., patient at great radicular a cyst of the lower jaw, suboperad cystectomy using a combination of bone-plastic materials Collapan-L and Collapan-M in combination 1:1 gave positive clinical results, which had a manifestation in the absence of any purulent-inflammatory complications in the formation of bone tissue in the area of pre-localization of radicular cysts, as well as saving from removal of 33 of the lateral incisor on the left.

Вступ. Кісти щелеп найчастіші об'ємні порожнинні утворення в кістковій тканині щелеп [1], частота яких у дорослих коливається в межах 6,4-17,0% від усіх об'ємних захворювань щелепо-лицевої ділянки [2, 3]. В структурі усіх порожнинних утворень щелеп домінують радикулярні кісти, питома вага яких може складати 78-96% [4, 5, 6].

Найбільш складними в плані хірургічного лікування є великі радикулярні кісти щелеп (РКЩ), які захоплюють в свій склад декілька коренів зубів.

Лікування РКЩ в Україні проводиться згідно до Протоколу лікування кіст щелепно-лицевої ділянки (Шифр МКБ-С-834.IX), затвердженого Наказом МОЗ України №566 від 23.11.2004 року. Згідно з вказаним протоколом, хірургічне лікування РКЩ, в залежності від їх клінічних варіантів, може виконуватись за допомогою таких методів як: 1) пункція з евакуацією кістозного вмісту і склерозуванням епітеліальної оболонки кісти; 2) цистотомія; 3) гайморотомія; 4) цистектомія (операція Денкера). Найпоширеним з цих вказаних методів при хірургічному лікуванні РКЩ є цистектомія – радикальний хірургічний метод лікування, який вбирає в себе повне видалення оболонки кісти з подальшим зашиванням операційної рани наглухо, тобто накладенням на рану первинного глухого

шва. Показанням для цистектомії є одонтогенні і неодонтогенні кісти щелеп в будь-якому віці. Перевагою цистектомії вважається те, що видаляється уся оболонка кісти, яка підлягає патоморфологічному дослідженню, а в кістковій порожнині, яка виникла, відбувається репаративна регенерація кістки, так як післяопераційна рана зашивається наглухо.

За сучасною тактикою хірургічного лікування РКЩ цистектомія виконується з резекцією верхівок причинних зубів або з їх видаленням [7, 8, 9].

З метою збереження якомога більшої кількості зубів і зменшення обсягу травмування причинних зубів захоплених кістою, нами розроблена і клінічно випробувана зубозберігаюча цистектомія без резекції верхівок зубів з використанням кістково-пластичного матеріалу Коллапан [10].

Мета роботи – проілюструвати клінічну ефективність зубозберігаючої цистектомії без резекції верхівок зубів з використанням кістково-пластичного матеріалу Коллапан при лікуванні великих кіст щелеп на конкретному клінічному прикладі.

Матеріали і методи. В якості матеріалу спостереження наводиться історія хвороби хворого на велику кісту нижньої щелепи, оперованого за методикою зубозберігаючої цистектомії без резекції верхівок зубів з

використанням кістково-пластичного матеріалу Коллапан, нами розробленою.

Обстеження хворого вбирало в себе загальноприйняті клініко-біохімічні обстеження крові і сечі, а також додатковий метод обстеження, а саме виконання ортопантомограми в діагностичному центрі конусно-променевої томографії на апараті MORITA для стоматологів і отоларингологів.

Результати роботи. Пацієнт К., 68 років, медична карта №151, планово госпіталізований в хірургічне відділенні Луганської обласної клінічної лікарні 22.02.2019 року (м. Рубіжне, Україна). При госпіталізації пред'являв скарги на наявність запального набряку, біль в процесі кусання в нижній щелепі, в ділянці 34-38 зубів; на постійний інтенсивний біль та набряк нижньої щелепи зліва у спокої; загальну слабкість, підвищення температури тіла до 37,5°C.

Анамнез хвороби: вважає себе хворим більше 2 років. З посиленням больового синдрому звернувся до хірурга-стоматолога за місцем проживання і був госпіталізований.

Анамнез життя: вірусний гепатит, малярію, венеричні хвороби, туберкульоз заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. На диспансерному обліку не перебуває.

Загальний стан: середнього ступеню важкості, що обумовлено больовим синдромом. Свідомість ясна. Положення активне.

Об'єктивно: шкіра чиста, блідо-рожевого кольору, еластична, тургор шкіри збережений, помірно волога. Крововиливів, рубців, "судинних зірочок", ангіом немає. Слизова оболонка альвеолярного відростка гіперемована і набрякла як з боку передодня порожнини рота, так і з піднебінної сторони, висипів немає. Ясна набряклі і гіперемовані, не

кровоточиві, розпушені. Язик нормальної форми і величини, обкладений, виразність сосочків в межах норми, тріщин, прикусивши, ранок немає. Підщелепні лімфатичні вузли збільшені, безболісні, еластичні, рухливі. Периферійних набряків немає. Правильної статури, помірного харчування.

Температура тіла 37°C. Число подихів в 1 хвилину - 18. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Перкуторно: ясний легеневої звук над усією поверхнею легень. Пульс: 78 ударів в хвилину, ритмічний, задовільних якостей і наповнення. Артеріальний тиск 130,80 мм.рт.ст. Тони серця приглушені, ритмічні. Живіт: симетричний, не роздутий, бере участь в акті дихання, м'який, безболісний, притуплення по фланках немає, перистальтика задовільна. Печінка і селезінка не пальпуються. Симптом Пастернацького: від'ємний з обох сторін. Сечовипускання: вільне, безболісне. Стілець: регулярний, оформлений.

Місце хвороби. При зовнішньому огляді пацієнта спостерігається незначна асиметрія обличчя за рахунок запального набряку слизової оболонки в ділянці нижньої щелепи, в проекції 35-38 зубів.. Відкривання рота в повному обсязі, безболісне. При пальпації відзначається збільшення підщелепних лімфатичних вузлів зліва.

В порожнині рота: слизова оболонка в проекції 35-38 зубів набрякла, гіперемована. Перехідна складка згладжена. На наданій ортопантомограмі верхньої і нижньої щелепи наявне пухлиноподібне утворення, з чіткими межами, за розміром 3×2 см на нижній щелепі зліва, в проекції 32-38 зубів, ретенція і дистопія 38 зубу, який лежить в порожнині кісти (фото 1).



Фото 1. Ортопантомограма хворого К., 68 років, хворого на велику радикулярну кісту нижньої щелепи зліва, в ділянці 34-38 зубів (від 21.02.2019 року). Розмір кісти 3×2 см. Ретенція та дистопія 38 зубу.

Лабораторне обстеження.

Група крові: O(I) перша, Rh (+) позитивна.

1. Аналіз крові клінічний: еритроцити - $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобін - 120 г/л; кольоровий показник - 0,9 у.о.; лейкоцити - $8,0 \times 10^9/\text{л}$; еозинофіли - 1%, паличко-ядерцеві нейтрофіли - 1%; сегменто-ядерцеві нейтрофіли - 49%, лімфоцити - 29%, моноцити 10%; швидкість осідання еритроцитів - 13 мм/година;

2. Аналіз крові на цукор = 6,9 ммоль/л;

3. Аналіз крові на цукор RW – негативний;

4. Аналіз крові біохімічний: загальний білок = 82,0 г/л, білірубін = 19,8 мкмоль/л; амілаза = 5,9 ммоль/г×л.

5. Коагулограма: тромботест – V ст., фібриноген = 3,77....

6. Аналіз сечі загальний: питома вага 1010 у.о., рН – кисла, цукор – немає, епітелій плоский – небагато, еритроцити – немає, лейкоцити – 2-3 в полі зору.

Клінічний діагноз: Радикулярна кіста нижньої щелепи в ділянці 34-38 зубів. Ретенція і дистопія 38 зубу.

З огляду на наявність запального інфільтрату, больового синдрому, гіпертермії тіла, інтоксикації організму,

порушення функції жування, розміри і локалізацію новоутворення - пацієнту показано оперативне лікування в плановому порядку, під ендотрахеальним наркозом, в обсязі: цистектомія.

Операція виконана 26.02.2019 року під ендотрахеальним наркозом.

Операція: Цистектомія за способом Бурцева-Гайдаша [10]. Атипічне видалення 38 зубу.

Опис операції.

1. Після обробки порожнини рота розчином антисептика, під ендотрахеальним наркозом, за допомогою елеваторів і щипців видалені переодонтитні зуби 34, 35, 36. Зроблено місяцеподібний розріз, довжиною до 5 см в ділянці 34-38 зубів. Слизово-окістаний клапоть відокремлено. Виконана цистектомія з подальшою обробкою післяопераційної ділянки розчином антисептика: NaCl 0,9%, Повідон Йод 10%. Порожнина кістки після видалення радикулярної кісти заповнена сумішшю Коллапан-Л і Коллапан-М в співвідношенні 1:1. В лунки видалених зубів встановлені йодоформні турунди. Рана зашита шовковим кетгутом. Виконано гемостаз.

2. Після обробки порожнини рота розчином антисептика, під

ендотрахеальним наркозом, зроблено трапеціоподібний розріз в ділянці 38 зубу. Слизово-окістаний клапоть відшарований. За допомогою бор машини і елеваторів видалений ретинований і дистопований 38 зуб. Слизово-окістаний клапоть укладений на місце. Післяопераційна зона промита NaCl 0,9%, Повідон Йод 10%. Рана зашита шовковим кетгутом. Виконано гемостаз.

Діагноз після операції: Радикалярна кіста нижньої щелепи зліва. Ретенція і дистопія 38 зубу.

В післяопераційному періоді пацієнт отримувач наступне лікування: 1) Цефтриаксон 2,0 г в 200 мл фізіологічному розчині, внутрішньовенно, краплинно 1 раз на добу, протягом 3 днів; 2) Кеталонг по 1,0

мл внутрішньом'язово, 2 рази на день, протягом 5 днів; 3) Л-Лізин Екстракт по 10,0 мл в 100 мл фізіологічного розчині, краплинно, 1 раз на день, протягом 2 днів; 4) Метрогіл по 100,0 мл, внутрішньовенно, краплинно, 2 раз на день, протягом 3 днів; 5) Перев'язки з антисептиком.

В результаті лікування стан хворого покращився, болі зникли, післяопераційна рана загоїлась первинним натягом. Пацієнт виписаний 04.03.2019 року в задовільному стані з одужанням.

При вторинному проведенні ортопантомограми через 10 місяців після оперативного лікування (фото 2), у пацієнта К. відбулась регенерація кісткової тканини в повному обсязі в ділянці видаленої радикалярної кісти.



Фото 2. Ортопантомограма хворого К., 68 років, після проведення цистектомії і кісткової пластики комбінацією кістково-замісних матеріалів Коллапан-Л та Коллапан-М (від 12.12.2019 р.).

Обговорення результатів. Особливостями клінічного випадку, який наведений, були 1) велика за розміром радикалярна кіста нижньої щелепи (3×2 см), яка захоплювала у свій склад корені трьох зубів – 34-36; 2) велика деструкція кісткової тканини, що було загрозою перелому нижньої щелепи в ділянці наявності кісти. Позитивний результат лікування пацієнта К., а саме формування кісткової тканини в зоні попередньої локалізації радикалярної кісти, виключив

таку загрозу. Окрім того методика проведення зубозберігаючої цистектомії дозволила не видаляти 33-й латеральний різець зліва, який був задіяний у склад радикалярної кісти.

В цілому, клінічний перебіг хвороби у пацієнта К. співпадає з описом клінічного перебігу даної патології іншими дослідниками. А саме, відмічається, що запальна радикалярна кіста є наслідком карієсу і некрозу пульпи з пов'язаною періапикальною реакцією, при цьому кісти

формуються безсимптомно і повільно, до того часу, поки не відбудеться інфікування кісти [7, 11].

За даними [8], радикулярні кісти щелеп займають перше місце серед усіх одонтогенних кіст, і як правило, є безсимптомними, і такими що діагностуються випадково. Повільний ріст кісти може викликати велику резорбцію кістки, що може призвести до переламу щелеп [9].

Використання комбінації Коллапан-Л і Коллапан-М в співвідношенні 1:1 для заповнення дефекту кісткової тканини зменшує ризик вегетації в ділянці кісткового дефекту гноєрідної

мікрофлори резистентної до лінкоміцину, або до метронідазолу.

Висновок. Виконання у пацієнта К., хворого на велику радикулярну кісту нижньої щелепи, зубозберігаючої цистектомії з використанням комбінації кістково-пластичних матеріалів Коллапан-Л і Коллапан-М в комбінації 1:1 дало позитивний клінічний результат, який мав прояв у відсутності будь яких гнійно-запальних ускладнень, у формуванні кісткової тканини в ділянці попередньої локалізації радикулярної кісти, а також у збереженні від видалення 33-го латерального різця зліва.

Література:

1. Borysenko A.V., Lynovitska L.V., Nesyn O.F. Periodontal and Oral Mucosa Diseases : textbook. Vol. 2 / ed. A.V. Borysenko. Kyiv : AUS Medicine Publishing, 2018. 624 p.
2. Шешукова Я.П. Структура і частота доброякісних новоутворів м'яких тканин обличчя, щелепних кісток у дітей і дорослих. *Український стоматологічний альманах*. 2013. №3. С. 46-49.
3. Bava F.A., Umar D., Bahseer B., Baroudi K. Bilateral radicular cyst in mandible: an unusual case report. *Journal of International Oral Health*. 2015. Vol. 7. Issue 2. P. 61-63.
4. Зарецкая А.С. Преимущества и недостатки декомпрессионных методик при лечении обширных одонтогенных кист челюстных. *Новые технологии*. 2010. №3. С. 88-91.
5. Marin S., Kirnbauer B., Rugani P. The effectiveness of decompression as initial treatment for jaw cysts: A 10-year retrospective study. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*. 2019. Vol. 24. Issue 1. P. 47-52.
6. Алижманов С.К. Статистическая характеристика радикулярных кист и реабилитация пациентов после цистэктомии. *Вестник Омского государственного университета*. 2015. №3. С. 91-93.
7. Bava F.A., Umar D., Bahseer B., Baroudi K. Bilateral radicular cyst in mandible: an unusual case report. *Journal of International Oral Health*. 2015. Vol. 7. Iss. 2. P. 61-63.
8. Bassetti M.A., Kuttenger J., Novak J., Bassetti R.G. The dentigerous cyst: two different treatment options illustrated by two cases. *Swiss Dental Journal*. 2019. Vol. 129. Iss. 3. P. 193-203.
9. Perjuci F., Ademi-Abdyli R., Abdyli Y. Evaluation of spontaneous bone healing after enucleation of large residual cyst in maxilla without graft material utilization: case report. *Acta Stomatologica Croatica*. 2018. Vol. 52. Iss. 1. P. 53-60.
10. Бурцев О.В., Гайдаш І.С. Спосіб зубозберігаючої цистектомії радикулярних кіст. Патент №137268 Україна: МПК А61К 31/00, А61Р 1/02 № у 2019 03820; заявл. 12.04.2019; опубл. 10.10.2019, Бюл. № 19.
11. Shivhare P., Singh A., Haidry N. et al. Multilocular radicular cyst - a common pathology with uncommon radiological appearance. *Journal of Clinical and Diagnostic Researches*. 2016. Vol. 10. Iss. 3. P. 13-15.

References:

1. Borysenko A.V., Lynovitska L.V., Nesyn O.F. Periodontal and Oral Mucosa Diseases: textbook. Vol. 2 / ed. A.V. Borysenko. Kyiv: AUS Medicine Publishing, 2018. 624 p.
2. Sheshukova Ya.P. Structure and frequency of benign neoplasms of soft tissues of the face, jaw bones in children and adults. Ukrainian Dental Almanac. 2013. No. 3. P. 46-49.
3. Bava F.A., Umar D., Bahseer B., Baroudi K. Bilateral radicular cyst in mandible: an unusual case report. Journal of International Oral Health. 2015. Vol. 7. Issue 2. P. 61-63.
4. Zaretskaya A.S. Advantages and disadvantages of decompression techniques in the treatment of extensive odontogenic cysts of the jaws. New Technologies. 2010. No. 3. P. 88-91.
5. Marin S., Kirnbauer B., Rugani P. The effectiveness of decompression as initial treatment for jaw cysts: A 10-year retrospective study. Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal. 2019. Vol. 24. Issue 1. P. 47-52.
6. Alizhmanov S.K. Statistical characteristics of radicular cysts and rehabilitation of patients after cystectomy. Herald of Osh State University. 2015. No. 3. P. 91-93.
7. Bava F.A., Umar D., Bahseer B., Baroudi K. Bilateral radicular cyst in mandible: an unusual case report. Journal of International Oral Health. 2015. Vol. 7. Iss. 2. P. 61-63.
8. Bassetti M.A., Kuttenger J., Novak J., Bassetti R.G. The dentigerous cyst: two different treatment options illustrated by two cases. Swiss Dental Journal. 2019. Vol. 129. Iss. 3. P. 193-203.
9. Perjuci F., Ademi-Abdyli R., Abdyli Y. Evaluation of spontaneous bone healing after enucleation of large residual cyst in maxilla without graft material utilization: case report. Acta Stomatologica Croatica. 2018. Vol. 52. Iss. 1. P. 53-60.
10. Burtsiev O.V., Haydash I.S. Method of conservative cystectomy of radicular cysts. Patent No. 137268 Ukraine: IPC A61K 31/00, A61P 1/02 No. u 2019 03820; appl. 12.04.2019; publ. 10.10.2019, Bull. No. 19.
11. Shivhare P., Singh A., Haidry N. et al. Multilocular radicular cyst - a common pathology with uncommon radiological appearance. Journal of Clinical and Diagnostic Researches. 2016. Vol. 10. Iss. 3. P. 13-15.

Конфлікт інтересів відсутній.

Стаття отримана 23.10.2023
прийнята 18.12.2023