

СЛУЧАЙ НА ДЕКОМПРЕСИЯ НА КИСТОЗНА ФОРМАЦИЯ В ОБЛАСТТА НА ТЯЛОТО И КЛОНА НА ДОЛНАТА ЧЕЛЮСТ

Х. Факих¹, Е. Алексиев², А. Бобева² и Д. Зия³

¹Катедра по орална и лицево-челюстна хирургия,
Факултет по дентална медицина – София

²Специализирана болница за активно лечение
по лицево-челюстна хирургия – София

³Катедра по образна и орална диагностика,
Факултет по дентална медицина – София

Резюме. В настоящата публикация се представя случай на голяма кистозна формация на долната челюст, лекувана посредством декомпресия. Декомпресията намалява обема на кистата, понижава рисковете при оперативната намеса и облекчава болничното лечение и разходи. Избягват се до голяма степен възможностите за патологични фрактури или фрактури на челюстта по време на екстирпацията на кистата.

Ключови думи: челюстни кисти, декомпресия, костна регенерация

Kh. Fakih, E. Aleksiev, A. Bobeva and D. Ziya. A CASE OF DECOMPRESSION OF A CYSTIC FORMATION IN THE MANDIBLE

Summary. A case of a large cyst of the mandible is described, treated by decompression. It decreases the volume of the cysts, the risk of the operative treatment and hospitalizing expenses. There is a significant decrease in the risk of a pathological fracture during or after operation.

Key words: mandibular cysts, decompression, bone regeneration

Екстирпацията на кистите на челюстите е известен метод в ежедневната хирургична практика.

Познат е механизмът на растеж на кистите: чрез бавно и експанзивно нарастване те причиняват резорбтивни процеси във всички елементи на костите. Растежът им се базира на три основни елемента:

1. Растеж в самата стена на кистата.
2. Растеж вследствие на повишеното хидростатично налягане на кистозната течност.
3. Растеж вследствие на налични ензими, които чрез биохимичните реакции предизвикват костната резорбция.

На 27.09.2003 год. в амбулаторията на Катедрата по орална и лицево-челюстна хирургия се яви болният И. Т. В., на 38 години, с оплакване от силни болки и подуване в областта на долната челюст вляво. Анамнезата на болния бе оскъдна, а екстраоралният статус бе с изразена подутина, придружена от асиметрия на лицето, дължаща се на оток с мека консистенция, болезнен при палпация, локализиран в областта на долната челюст вляво, с леко лъскава, опъната кожа в същата зона, с наличие на флукуация. Симптомите отговарят на възпалителен процес. При снемането на интраоралния статус установихме, че отварянето на устата е в норма, но има хиперемия в областта на зъби 24 и 25, като преходната гънка в същата област е изгладена.

При направеното рентгеново изследване – ортопантомография (26.09.2003 г.), се установи голяма кистозна формация, ангажираща тялото и клоната на долната челюст вляво. Рентгеновото разчитане на графите показва следното (фиг. 1): долната челюст вляво от инцизурата до 5-и десен зъб е с разрушена костна структура; в областта на тялото напречникът е уголемен; компактата по долната контура, проекционно в областта на 4-ти и 6-и зъб отляво, е неравномерно изтънена до невидимост; алвеоларните прегради са неравномерно разрушени и придават многодъгавост на тази контура; границите са резки; структурата в тялото и възходящия клон вляво е лакуарна. В средната част на челюстта и в областта на ъгъла се виждат частично линейни силни сенки, които не достигат до алвеоларния израстък. Периостална реакция и други оформени промени на фона на формацията не се виждат. Не се забелязва значима резорбция на корените на зъбите в тази зона (от значение за това е и зоната на панорамния томографски срез на челюстта).

Болният бе приет за стационарно лечение по спешност с оглед овладяването на острия възпалителен процес. Проведената 5-дневна антибиотична терапия с Penicillin 4 x 2 000 000 UI i.v., Flagyl 3 x 500 mg i.v. доведе до стихване на възпалителния процес.



Фиг. 1. Ортопантомография преди лечението. Показва разпространението на кистозната формация в областта на клона и тялото на долната челюст вляво

Поради големината на кистозната формация и за предпазване от фрактуриране на долната челюст по време на евентуалната екстирпация на кистата, при обсъждането се взе решение за следния хирургичен лечебен план:

1. Декомпресия на кистата чрез екстракция на зъб 35 и фенестрация в ретромоларното пространство вляво (областта на екстрахирания 38).

2. Поставяне на тръбен дренаж с два извода в областта на 35 и 38 с оглед осъществяване на промивки и аспирация през тях (фиг. 2).

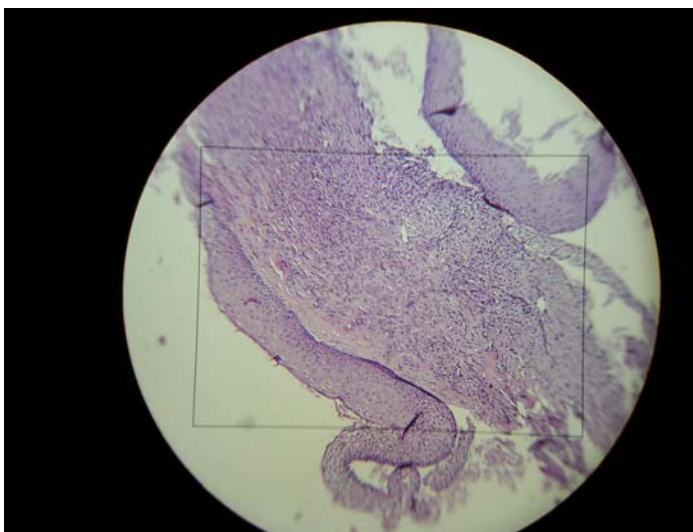
3. Хистологично изследване.



Фиг. 2. Интраорален изглед 7 дни след операцията, на който се визуализира поставеният тръбен дренаж през направените фенестрации

Провеждането на описания лечебен план бе осъществено с помощта на НЛА и проводна мандибуларна анестезия в областта на долната челюст двустранно. В следоперативния период болният бе лекуван със следната антибиотична терапия: Lincomycin 3 x 500 mg p.o. за 10 дни и Vitaval 1 x 1 табл.

Хистологичният резултат от проведената биопсия показва умерено дебела кистозна стена (поради наличието на възпалителен процес), тапицирана с два вида епител – цилиндричен и кубичен, с добре изразен (подчертан) базален слой. Кератинизацията на епитела е предимно от паракератотичен тип.



Фиг. 3. Хистологична картина на описания препарат от биопсичното изследване

На 20-ия ден след операцията се свали дренажът, разположен в областта на кистозната формация, и се приложиха локално промивки през екстракционните рани на 35 и фенестрацията в областта на 38 с разтвор от Metronidazol 0,5%, разтвор от NaCl 0,9% и Braunol. Промивките продължиха 18 месеца.

Шест месеца след операцията се разви възпалителен процес и отново бе проведена системна антибиотична медикация с Dalacin C 3 x 300 mg p.o. и локална иригация на кистозната кухина с разтвор на Ciprobay 0,2%. От шестия месец до края на

лечението пациентът приемаше поливитаминовен препарат Centrum 1 x 1 табл.

При контролната рентгенография от 10.10.2005 г. (24 месеца след оперативната интервенция) се установиха следните изменения: структурата на челюстта в областта на клона в значителна степен е възстановена; структурата в тялото е значително възстановена, но с петнист вид; компактата по долната контура е също частично възстановена с резки граници дистално от зоната, проекционно на 5-и зъб; контурата в зоната на алвеоларния израстък е по-слабо видима в сегмент от 4-ти ляв до 5-и десен зъб; размерът на челюстта в областта на тялото е относително по-малък, периостална реакция не се вижда. Заключение: изразени репаративни (възстановителни) изменения за периода от 26.09.2003 г. до 10.10.2005 г. (фиг. 4).



Фиг. 4. Ортопантомография, визуализираща настъпилите репаративни процеси в костта

Описаният случай демонстрира, че декомпресията при големи кистозни формации може да се приложи и като самостоятелен метод, с оглед предпазване от патологична фрактура или при противопоказания за оперативна намеса.

Библиография

1. Л о л о в, Р. и Д. Митков. Патологична физиология. С., МИ-Арсо, 1999.
2. П е н е в, П. Одонтогенни кисти. С., Мед. и физк., 1978.
3. П о п о в, Й. А. Клиника и лечение на одонтогенните кератокисти. Дис. труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор”. София, 2003, 289 с.
4. У г р и н о в, Р. Л. и др. Лицево-челюстна и орална хирургия. С., 2006.

5. Barankin, B. Nevoid basal cell carcinoma syndrome. <http://www.emedicin.com>.
6. Brown, R. M. The odontogenic keratocyst. Histological features and the correlation with clinical behavior. – Br. Dent. J., **131**, 1971, № 6, 249-259.
7. Bhaskar, S. N. Synopsis of Oral Histology. Saint Louis, 1973, 214-215.
8. Coals on, W. F. Surgical Pathology. Phyladelphia, J. B. Lippincott, 1978, 366.
9. David, P. et al. Oral Cavity Lesions: Approach to Oral Cavity Lesions. <http://www.emedicin.com>.
10. Goldman, K. Mandibular Cysts and Odontogenic Tumors. 2006, <http://www.emedicin.com>.
11. Gorlin, R. J. et R. W. Goltz. Multiple nevoid basal cell epithelioma, jaw cysts and syndrome. – N. Engl. J. Med., **262**, 1960, 908-912.
12. Pindborg, J. J. et I. R. H. Kramer. World Health Organisation International histological Typing of Odontogenic Tumors, Jaw cysts and Allied Lesions. 1971, 39-40.
13. Sternberg, S. S. Diagnostic Surgical Pathology. N.Y., Lippincott Williams & Wilkins, 1994, 793.

 Адрес за кореспонденция:


Д-р Ходор Факих

Катедра по орална и лицево-челюстна хирургия

Факултет по дентална медицина

ул. "Св. Георги Софийски" № 1

1431 София

 0888/303333