

**МНОГОВАРИАНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ****Баученкова Е.В., Хадарцева К.А.,** доцент, к.м.н.ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»,  
628400, г. Сургут, пр. Ленина, д. 1, тел. (3462) 76-30-88, e-mail: [evm@bf.surgu.ru](mailto:evm@bf.surgu.ru)**MANYVARIANT SAPLAE OF ONDOGENUS TUMOUR**

Bauchenkova E.V., Khadartzeva K.A.

The dynamic of some human organism parameter was presented. It is evident that implant not so effective that authors method.

В хирургической стоматологии отмечается увеличение числа амбулаторных операций по поводу деструктивных процессов и кист, что связано со снижением защитных реакций организма и с погрешностями эндодонтического лечения [1,2]. Многие авторы [1,2,4,5] указывают также на то, что, несмотря на правильно проведенное эндодонтическое лечение, регресса патологических очагов не происходит, и значительно повышаются показания к удалению зубов и резекции верхних корней.

Цель исследования – разработка различных вариантов терапии одонтогенных кист в условиях областной стоматологической поликлиники.

Выполнено более 300 операций по поводу околоверхушечных очагов инфекции, вызвавших формирование кисты. Заполнение костного дефекта производили биоплантом (1-я основная группа – 129 человек), разработанным в Башкировском НИИ биотрансплантатов и биопрепаратов [2,4]. Во 2-й основной группе, включающей 131 пациент, использовался коллагенсодержащий препарат на основе гидроксиапатита – колапол – КПЗ. Контролем служили 55 человек, у которых цистэктомия, резекцию верхушки корня или корней выполняли традиционно – основой остеоинтеграции было формирование кровяного сгустка. Оперативный доступ осуществлялся по общепринятой методике [5].

Послеоперационный период у пациентов основных групп протекал без осложнений. Стабильность ретенционных зубов через 3 мес повысилась у всех больных основных групп, явившихся на 1-ый контрольный осмотр. На контрольные осмотры через 3, 5, 6 мес – 1 год явились: в группе с биоплантом – 64 человека, с колаполом-КПЗ – 54, в контрольной группе – 55.

Сравнивая отдаленные результаты лечения во всех 3 группах по данным рентгенологических снимков мы отметили следующие (табл.1) закономерности.

Таблица 1.

Восстановление костных структур (по данным рентгенографии)

Группа	Число операций	Срок восстановления кости														
		3 мес.			4 мес.			5 мес.			6 мес.			7 мес.		
		число зубов в зоне операции														
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1-я	64	-	-	-	-	-	-	3	2	-	21	1	-	7	5	1
2-я	54	21	4	-	18	2	-	1	4	-	1	2	-	-	-	-
Контроль	55	-	-	-	-	-	-	2	-	-	5	-	-	4	2	-

Группа	Число операций	Срок восстановления кости												Восстановление отсутствует		
		8 мес.			9 мес.			10 мес.			1 год					
		число зубов в зоне операции														
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1-я	64	-	-	-	-	-	-	3	2	-	21	1	-	7	5	1
2-я	54	21	4	-	18	2	-	1	4	-	1	2	-	-	-	-
Контроль	55	-	-	-	-	-	-	2	-	-	5	-	-	4	2	-

В срок до 6 мес. (включительно) практически у всех прошедших контроль пациентов 2-й основной группы (53 человека – 98,1%) завершилась регенерация костной ткани в зоне операции.

У 45 лиц этой группы процесс восстановления кости завершился в первые 4 мес. после операции, чего не наблюдалось в 1-й группе и тем более – в контрольной.

Срок восстановления костных структур при операции в области корня 1 зуба у пациентов 2-й группы в 2 раза меньше, чем у лиц из 1-й группы.

К 6 мес. после лечения (в зоне операции – 2 зуба) во 2-й группе у 12 явившихся на контрольный осмотр процесс восстановления кости завершился; в 1-й группе завершение восстановления кости отмечено к 8 мес. у 14 человек, т.е. процесс длился в 1,3 раза медленнее.

В контрольной группе результаты операций были такими:

- регенерация кости в срок до 6 мес. достигнута у 7 (12,7%) от всех явившихся на осмотр;
- замедленная консолидация (до 10 мес.) отмечена:
- в зоне операции 1 зуба – у 18 (32,7%) явившихся;
- в зоне операции 2 зубов – у 5 (9%);
- период восстановления составил до 12 мес. у 11 (20%) пациентов;
- полной регенерации кости не наступило у 8 больных, из них повторные операции проведены у (14,5%); у 3 больных через 1,5-2 года были удалены резецированные зубы.

В целом, в результате выполненных исследований была построена модель динамики процесса восстановления, анализ которой позволил установить, что применение колапола-КПЗ при операциях на челюстных костях – резекциях верхушек корня, цистэктомиях – в 1,75 раза ускоряет восстановление кости в сравнении с биоплантом; колапол-КПЗ способствует профилактике послеоперационных осложнений и рецидивов. Считаем нецелесообразным заканчивать операции заполнением костного дефекта кровяным сгустком при кистах больших размеров (в зоне операции – 2 зуба и более), это ведет к замедленной регенерации кости и развитию рецидивов в отдаленные сроки. Такая динамика во многом определяется состоянием фазатона мозга, тоническое состояние которого резко замедляет процессы репарации и увеличивает вероятность осложнений, придает затяжной характер протекающих процессов.

### Литература

1. Бойматов М.Б., Григорьян А.С., Рудько В.Ф. и др. Применение биогенного композиционного материала на основе гидроксиапатита для устранения внутрикостных полостей // Стоматология. - 1992; 3-6;51-52.
2. Борисов Г.А. Разработка и экспериментальная апробация трансплантационных материалов на основе бретоостеопласта для реконструктивных операций в хирургической стоматологии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- М., 1990.-19 с.
3. Ботаев Б.Д. Хирургическое лечение больных с кистами челюстей с использованием биогенных пластических материалов на основе бретокости и гидроксиапатита: Дис. ... канд. мед. наук.- М., 1990.
4. Гончаров И.Ю., Базикян Э.А., Бычков А.И. Применение гидроксиапола при восполнении костных дефектов челюстей и стимуляции остеогенеза// Стоматология.- 1996;5: 54-56.
5. Гончаров И.Ю., Базикян Э.А. Повышение остеоинтеграции гидроксиаполлом при хирургическом лечении хронического периодонта, околокорневых кист// Стоматология, спец. выпуск .- 1996; 50-51.