

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.716.1-002.3-07

В.Д. Ахмеров, О.П. Буханченко

ДО ДІАГНОСТИКИ РАДИКУЛЯРНИХ КІСТ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, ЩО НАГНОЇЛИСЯ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Відомо, що діагностика радикулярних кіст, які локалізуються в альвеолярному відростку верхньої щелепи, викликає певні труднощі, оскільки кісти цієї локалізації зазвичай розвиваються тривалий час, при цьому ніяк себе не проявляючи клінічно [1,2]. Це зумовлено анатомічними особливостями верхньощелепної кістки, зокрема наявністю гайморової пазухи і порожнини носа, в бік яких кіста може проростати, не зустрічаючи ніяких перешкод та не викликаючи видимої деформації альвеолярного відростка і стінок пазухи. Відомі випадки, коли одонтогенна кіста в процесі свого росту заповнювала весь верхньощелепний синус, не викликаючи при цьому ніяких неприємних відчуттів у хворого [2].

Найчастіша причина клінічних проявів радикулярних кіст, що мають прихований клінічний перебіг, - це їх нагноєння.

Труднощі діагностики радикулярних кіст, що нагноїлися, полягають у тому, що клінічна картина в такому випадку нічим не відрізняється від інших одонтогенних запальних процесів альвеолярного відростка, симулюючи гострий гнійний періостит або одонтогенний гайморит, що за відсутності рентгенограми може ввести в оману лікаря.

З метою ілюстрації викладеного вище наводимо власне клінічне спостереження. Хворий М., 62 р., звернувся на амбулаторний прийом зі скаргами на біль і набряк у ділянці твердого піднебіння, загальну слабкість, головний біль. Хворим себе вважає протягом 5 днів, захворювання пов'язує з переохолодженням, після чого відчув ниючий біль у зубі на верхній щелепі зліва, який припинився через 2 дні, але розвинувся набряк твердого піднебіння, що збільшувався, викликаючи біль під час мовлення та їди. До лікаря хворий не звертався, лікувався полосканням відварами трав, уживав аспірин. Зі слів хворого, зуб верхньої щелепи зліва був запломбований і покритий металевою коронкою багато років тому, раніше не турбував.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, об-

личчя симетричне, колір шкірних покривів не змінений, температура тіла 37,4° С. Відкриття рота вільне, 26 зуб покритий металевою коронкою, стійкий, викликає слабкий біль при перкусії, коронки сусідніх зубів (25, 27) інтактні. Ясна в ділянці 26 із вестибулярного боку незначно гіперемовані. У ділянці лівої половини твердого піднебіння визначається сформований абсцес у межах 25, 26, 27 зубів. Слизова оболонка гіперемована, набрякла, симптом флюктуації чітко виражений. Установлено діагноз: абсцес лівої половини твердого піднебіння; гострий гнійний періостит альвеолярного відростка лівої верхньої щелепи в ділянці 26. Під термінальною анестезією Sol. Ubistesini 4 %- 1,0 ml розтяли слизову оболонку твердого піднебіння паралельно альвеолярному відростку в місці найбільшого вибухання, після чого краї рани розвели кровоспинним затискачем, при цьому інструмент вільно просунувся в глибину рани, не зустрічаючи кістки, і виділився великий об'єм (не менше 25-30 мл) спочатку гною, а потім каламутної кров'янистої рідини. Під час обережного зондування гудзиком зондом інструмент вільно пройшов у порожнину на глибину до 4 см. Рану дреновано гумовим випускником, який зафіксовано швом до краю рани. Пацієнт направлений на рентгенографію гайморових пазух і альвеолярного відростка верхньої щелепи ліворуч.

На рентгенограмі гайморових пазух визначається тотальне гомогенне затемнення лівої гайморової пазухи, межі стінок пазухи чіткі. На рентгенограмі альвеолярного відростка лівої верхньої щелепи виявлено осередок деструкції кісткової тканини розміром 3x3,5 см, із рівними контурами, округлої форми. Верхівки коренів 25, 26, 27 накладаються на цю ділянку, періодонтальна щільність в ділянці верхівки коренів 26 зуба не визначається. Установлено діагноз: радикулярна кіста лівої верхньої щелепи, що нагноїлась, із проростанням у гайморову пазуху. Через кілька днів, після стихання запальних явищ, рана на твердому підне-

бінні епітелізувалася, пацієнт був направлений у стаціонар для оперативного втручання з приводу радикальної кісти.

Отже, дефект кістки або наявність великого об'єму виділень при розтині субперіостальних абсцесів у ділянці альвеолярного відростка верхньої щелепи - це симптоми, які завжди мають насторожувати лікаря щодо наявності радикальної кісти, що нагноїлася.

Література

1. Одонтогенні та неодонтогенні кісти щелеп: навч. посіб для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівня акредит. та інтернів-стоматологів / Д.С. Аветіков, І.В. Яценко, В.Д. Ахмеров. – Полтава, 2012. – 80 с.
2. Маланчук В.О. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї: навч. посібник / В.О. Маланчук, А.В. Кончак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.

**Стаття надійшла
10.12.2013 р.**

Резюме

Описаний складний для діагностики клінічний випадок радикальної кісти верхньої щелепи, що нагноїлася.

Ключові слова: радикарна кіста, верхня щелепа, діагностика.

Резюме

Охарактеризован сложный для диагностики клинический случай нагноившейся радикальной кисты верхней челюсти.

Ключевые слова: радикальная киста, верхняя челюсть, диагностика.

Summary

The article has demonstrated a clinical event of festered radicular cyst of maxillary bone which is essentially difficult to diagnose.

Key words: radicular cyst, maxilla, diagnosis.