



ЗУБОСОДЕРЖАЩАЯ КИСТА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЗАЧАТКА ЗУБА В ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Алишер Шавкатович Ахроров,

*Самаркандский Государственный Медицинский Университет,
Кандидат медицинских наук кафедры челюстно-лицевой хирургии,*

Усманов Рахматилло Файзуллаевич

*Самаркандский Государственный Медицинский Университет,
Кандидат медицинских наук кафедры челюстно-лицевой хирургии,*

Аннотация: Авторами статьи проведено оперативное удаление зубосодержащей кисты верхнечелюстной пазухи. Зачаток зуба был расположен в области нижней стенки глазницы. Осуществлен комбинированный эндоскопический эндоназальный-вестибулярный доступ. Зачаток зуба и оболочка кисты удалены через эндоназальный доступ. Послеоперационный период протекал без осложнений. Применение эндоскопической технологии позволило провести оперативное вмешательство в условиях достаточной видимости, существенно снизить степень операционной травмы и избежать повреждения прилегающих анатомических структур.

Ключевые слова: кисты челюстей, эндоназальная хирургия, эндоскопия, цистэктомия, гайморит, третьи моляры, местная анестезия, артикаин.

A TOOTH-CONTAINING CYST OF THE MAXILLARY SINUS WITH THE LOCALIZATION OF THE TOOTH RUDIMENT IN THE AREA OF THE LOWER WALL OF THE EYE SOCKET. A CLINICAL CASE

Abstract. The authors of the article performed surgical removal of a tooth-containing cyst of the maxillary sinus. The rudiment of the tooth was located in the area of the lower wall of the eye socket. Combined endoscopic endonasal-vestibular access was performed. The rudiment of the tooth and the cyst shell were removed through endonasal access. The postoperative period was uneventful. The use of endoscopic technology made it possible to perform surgery in conditions of sufficient visibility, significantly reduce the degree of surgical trauma **and avoid** damage to adjacent anatomical structures.



Keywords: jaw cysts, endonasal surgery, endoscopy, cystectomy, sinusitis, third molars, local anesthesia, articaine.

Зубосодержащие (фолликулярные) кисты являются результатом порока развития эпителия зубного органа. Как правило, в тесной взаимосвязи с зубосодержащей кистой всегда находится интактный зуб, на разных стадиях формирования. Диагностируются фолликулярные кисты чаще в юношеском (12-15 лет) и зрелом возрасте, особенно на третьем десятилетии жизни. Для фолликулярных кист характерна следующая рентгенологическая картина: резко очерченный овальный или круглый дефект кости, погружение коронковой части непрорезавшегося зуба в этот дефект или даже полное расположение зуба в зоне выявленного дефекта. При пункции фолликулярных кист нижней челюсти определяется прозрачная жидкость желтого цвета, опалесцирующая на свету, с примесью кристаллов холестерина (А.Г.Яремчук, И.В.Андреева, 2013).

Зубосодержащие кисты, локализованные вне альвеолярного отростка нижней или верхней челюстей, встречаются достаточно редко. Тем не менее в научной литературе встречаются случаи локализации зубосодержащих кист в полости носа (Григорьев В. П., Шагатаева Б. А., 2011; Lin I. H., Hwang C. F., Su C. Y., Kao Y. F., Peng J. P., 2004), мышечного отростка (Yusuf H., Quayle A. A., 1989), венечного отростка (Toranzo Fernandez M., Terrones Meraz M. A., 1992).

Как правило, данная патология протекает бессимптомно. Однако по мере роста кисты возможно появление некоторых характерных клинических признаков. При росте зубосодержащей кисты в просвет верхнечелюстного синуса возможно блокирование естественного соустья, что способствует развитию острого синусита (Haber R., 2008). Нередко больные жалуются на наличие головной боли в течение длительного промежутка времени, не связанной с зубной болью и не имеющей центрального генеза.

Только при проведении объемной компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии челюстно-лицевой области возможно выявление наличия зубосодержащих кист (Kim K. S., Kim J. H., Kim H. J., 2007).

Достаточно редко зубосодержащие кисты больших размеров могут приводить к механическому сдавлению носослезного канала, что клинически проявляется в виде обильного слезотечения (Ray B., Bandyopadhyay S. N., Das D., Adhikary B., 2009).



Тактика лечения зубосодержащих кист, локализованных вне альвеолярных отростков челюстных костей, сводится к их оперативному удалению. В случае наличия кисты в верхнечелюстной пазухе выбор оперативного доступа и методика удаления зависят от особенностей локализации.

При удалении зубосодержащей кисты, располагающейся в альвеолярной бухте ВЧП, как правило, создается внутриротовой оперативный доступ.

В случае локализации патологического образования в верхней или медиальной частях пазухи оперативный доступ осуществляется эндоназально с применением эндоскопических технологий.

При наличии объемной зубосодержащей кисты ВЧП, прилегающей к важным анатомическим структурам (подглазничный канал, носослезный канал), создается комбинированный эндоназальный — внутриротовой доступ.

Клинический случай

Пациент, 32 лет, периодически отмечал наличие отделяемого из полости носа в течение 10 лет. В 2005 г. ему был диагностирован хронический верхнечелюстной синусит, рекомендовано проведение септопластики в плановом порядке. В 2013 г. по поводу головной боли неврологом назначена МРТ, в результате проведения которой выявлено тотальное затемнение левой верхнечелюстной пазухи (ВЧП) с наличием гиперинтенсивного включения. Далее было рекомендовано проведение КТ, результаты которой подтвердили наличие зубосодержащей кисты, занимающей весь объем левой ВЧП.

Учитывая объем кисты, размер зуба и близкое расположение подглазничного канала, было решено провести эндоскопическую гайморотомию с использованием комбинированного доступа. Первым этапом было создание эндоназального доступа: после инфильтрационной анестезии в области *agger nasi* и средней носовой раковины произведено удаление крючковидного отростка под эндоскопическим контролем. Киста визуализирована. Естественное соустье верхнечелюстной пазухи расширено (диаметр риноантростомы составил 10—15 мм).

Изогнутыми инструментами под контролем угловой оптики произведено удаление медиальной и верхней стенок кисты. Затем под инфильтрационной анестезией (*Ubistesin forte*) была создана контрапертура (5 мм) передней стенки ВЧП. Под контролем торцевой оптики произведено удаление передней и нижней стенок кисты, визуализирован зачаток зуба 28. Используя контрапертуру в передней стенке для введения в полость пазухи изогнутых



инструментов, зуб удалили через естественное соустье ВЧП под контролем угловой оптики. В область среднего носового хода установлен латексный тампон для профилактики латерализации средней носовой раковины.

В послеоперационном периоде пациенту назначена антибактериальная и противовоспалительная терапия. Выписан на 2-е сутки п/о. При эндоскопическом осмотре на 5-е сутки выявлены и удалены скудные геморрагические сгустки в области среднего носового. Естественное соустье ВЧП широкое, функционирует нормально.

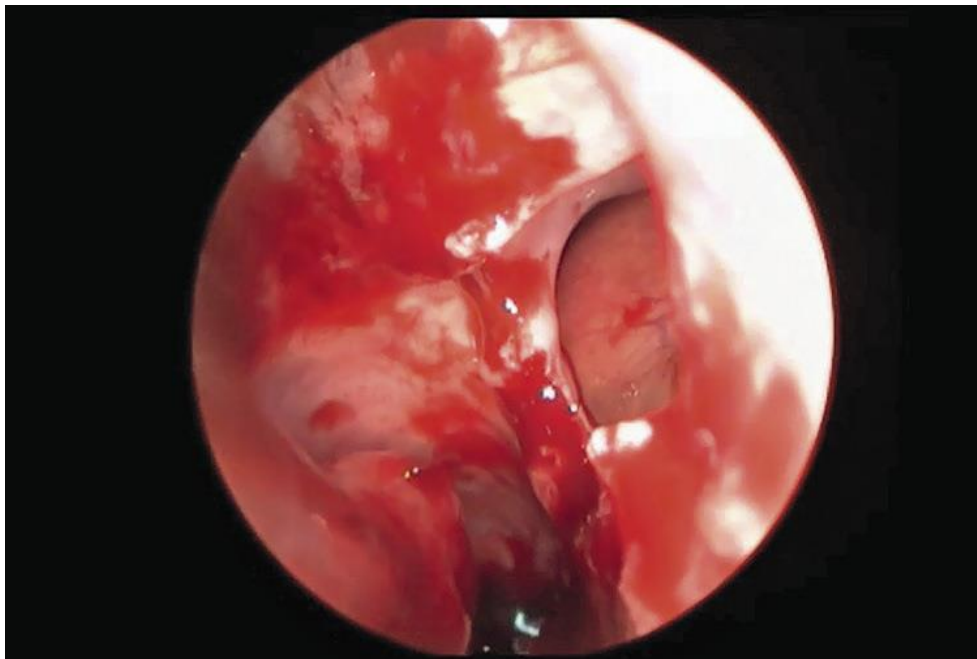


Рис. 1. После резекции крючковидного отростка визуализируется медиальная стенка зубосодержащей кисты.

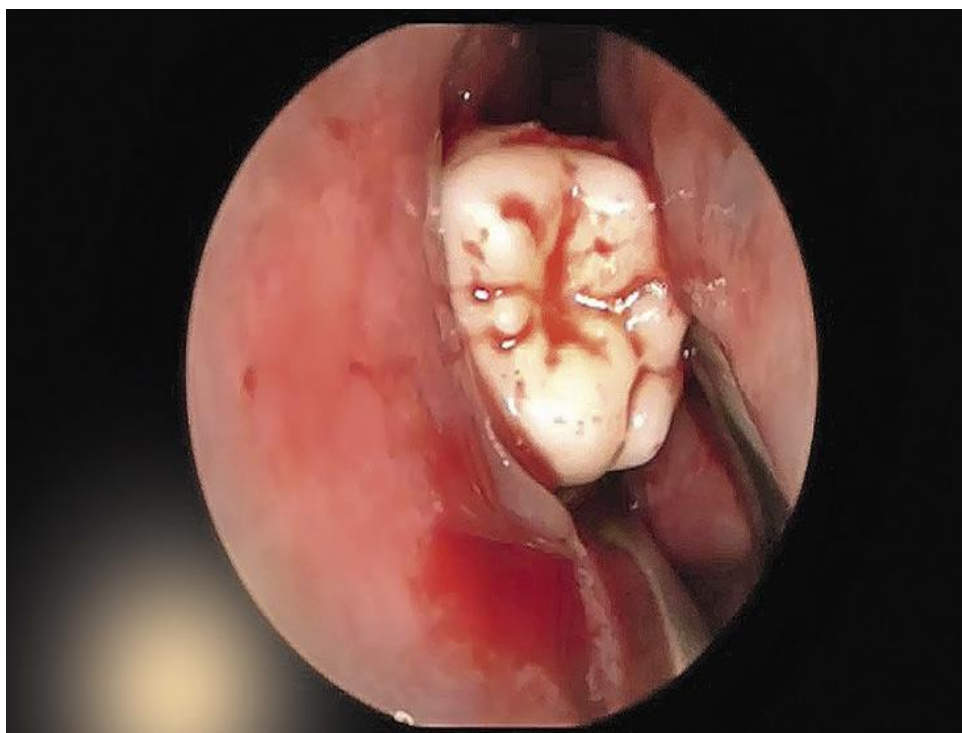


Рис. 2. После удаления медиальной стенки кисты визуализируется зачаток зуба 28.

На втором этапе быстрый доступ к новообразованию осуществлялся полостиртом. Проводящая подглазничная внутриглазная анестезия [1,5 мл, Ubistesin™ forte (3M espe)], туберальная внутриглазная анестезия [1,0 мл, Ubistesin™ forte (3M espe)], небный про - Водник [0,3 мл, Ubistesin™ forte (3M ESPE)].

Использование этого метода из-за высокой диффузионной способности 4% артикаина и его сродства к белкам рецепторов нервных волокон регулируемый объем анестетика позволяет полностью обезболить ткани верхней челюсти. Далее производится контрапункт передней стенки ВЧП (5 мм).

Передняя и нижняя стенки кисты были удалены под контролем последней оптики, зуб был визуализирован 28 раз. С помощью майнинга для введения изогнутых инструментов в полость пазухи через трапецию на передней стенке под контролем угловой оптики через естественный поток ВЧП зуб удалялся. В среднюю зону носовой ход латексный тампон установлен для предотвращения латерализации средней части носа. В послеоперационный период пациентка получала антибактериальную, противокашлевую терапию.



Послеоперационная боль длилась 3 дня и прекратилась с назначением НПВП. Пациент выписан

На 2 дня. При эндоскопическом исследовании на 5-й день: небольшие геморрагические сгустки в среднем носовом проходе с левой стороны

- удалено. Естественное течение пазух ВЧП широкое, рабочее. Через 3 месяца, по данным компьютерной томографии конуса, от вмешательства наблюдалось утолщение слизистой оболочки ВЧП, рецидива кисты не выявлено.

Заключение

Комбинированный эндоназальный-вестибулярный доступ сочетает достоинства обеих методик: расширение естественного соустья верхнечелюстной пазухи обеспечивает нормальную аэрацию пазухи в послеоперационном периоде, позволяет лучше визуализировать патологический процесс во время операции, в данном случае контролировать канал подглазничного нерва. Создание контрапертуры в передней стенке позволяет более свободно проводить манипуляции в альвеолярной бухте ВЧП.

Литература

1. Григорьев В. П., Шагатаева Б. А. Эктопия зуба в полость носа. Вестник оториноларингологии, № 5, 2011. — 56.
2. Haber R. Not Everything in the Maxillary Sinus Is Sinusitis: A Case of a Dentigerous Cyst. Pediatrics 2008; 121; 203.
3. Kim K. S., Kim J. H., Kim H. J. Dentigerous cyst presenting with sinus headache as the primary symptom. Headache. 2009 Jun; 49(6):919—22; Micozkadioglu S. D., Erkan A. N. Endoscopic removal of a maxillary dentigerous cyst. ENT. 2007; 3(4):213—6.
4. Lin I. H., Hwang C. F., Su C. Y., Kao Y. F., Peng J. P. Intranasal tooth: Report of three cases. Chang Gung Med J 2004; 27:385—9.
5. Ray B., Bandyopadhyay S. N., Das D., Adhikary B. A rare cause of nasolacrimal duct obstruction: dentigerous cyst in the maxillary sinus. Indian J Ophthalmol. 2009 Nov-Dec; 57(6):465—7.
6. Toranzo Fernandez M., TerronesMeraz M. A. Infected cyst in the coronoid process. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992; 73:768.
7. Yusuf H., Quayle A. A. Intracondylar tooth. Int J Oral Maxillofac Surg 1989; 18:323.



8. Азимов М.И., Боймурадов Ш.А. Динамика показателей иммунитета больных с сочетанными травмами головного мозга и перелома верхней челюсти //Российская оториноларингология.- 2010. № 5. – С. 7-10.
9. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. М.: Медицинская литература 2003. - 456 с.
10. Бронштейн Д.А. Хирургическое устранение посттравматического энтофтальма// Дисс. ...к.м.н. Москва 2010 г. - 97 с.
11. Алишер Ахроров, Кахрамон Шомуродов, Азиз Кубаев. [Оказание квалифицированной медицинской помощи пострадавшим от дорожно-транспортных происшествий с челюстно-лицевой травмой.](#) 2020, Журнал стоматологии и краниофациальных исследований 1(2). Стр. 52-58.
12. Akhrorov Alisher Shavkatovich, Usmanov Rakhmatillo Fayrullaevich, Akhrorov Feruz Zokirovich. [Modern Methods of Treatment of Facial Injuries.](#) 2022/10/31. Journal of Intellectual Property and Human Rights 1(10) Стр.110-114
13. Алишер Шавкатович Ахроров, Барно Журахоновна Пулатова. [ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА](#) Интернаука 2020, №44, Стр.35-39.
14. Алишер Ахроров, Барно Пулатова. [Оптимизация хирургической тактики лечения больных с травмой средней зоны лица.](#) Журнал биомедицины и практики 2021, 1 (3,1) Стр.12-17.
15. Алишер Ахроров, Барно Пулатова, Шахноза Назарова [УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА](#) . Медицина и инновации 2021,1 (4) Стр. 199-204.
16. Akhrorov Alisher Shavkatovich, Pulatova B.J. Treatment of victims with malar bone and arch injuries using minimally invasive techniques. Society and innovations, 2021/4/5.Стр 289-295.
17. Алишер Ахроров . ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ПУТЕМ ВИРТУАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ. 2023, 6 (6) 1623/ Образование наука и инновационные идеи в мире.
18. Feruz Turpov, Khondamir Ziyodullaev, Fayoz Sultanov, Afzal Abdullaev. [STUDY OF THE MORPHOLOGICAL PICTURE IN DENTAL IMPLANTATION](#)
19. Центральноеазиатский журнал междисциплинарных исследований и исследований в области управления. 2024/2/18. Стр 38-44



20. Афзал Абдуллаев, Мухаммаджон Юлдашев, Фаез Шамсиддинов, Лейла Исаева. Бюллетень студентов нового Узбекистана. [ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО НЕВРИТА НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА](#). 2023/6/24 6 Part 2 Страницы 62-66
21. Kubaev Aziz Abdulloyev Afzal, Rizayev Jasur. Results of the study of electroexcitability of the skin in the area of innervation of the lower alveolar nerve. International Journal of Health Sciences 2022/10/12
22. ABDULLAEV Afzal Sarkhadovich, KUBAYEV Aziz Saidalimovich, RIZAEV Jasur Alimdjanovich. [ПОРОГ ВОЗБУДИМОСТИ ПРИ НЕВРИТЕ НИЖНЕАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА](#). JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. 2022/9/29 Том 7 Номер 4
23. Rizaev Jasur Alimdjanovich, Afzal Sarxhadovich Abdullaev. [PASTKI ALVEOLYAR NERV YALLIG'LANISHINI DAVOLASHDA NUKLEO CMF FORTE NING O'RNI](#) Евразийский журнал медицинских и естественных наук. 2022/5/17 Том 2 Номер 5 Страницы 82-92
24. Abdullaev Afzal Sarkhadovich. [NEURITIS OF THE LOWER ALVEOLAR NERVE AND ITS TREATMENT](#). Galaxy International Interdisciplinary Research Journal. Том 10 Номер 5 Страницы 51-55
25. A Asrorov, M Akhrorova, A Abdulloev, Z Shopulotova. [LEVEL OF ORAL HYGIENE IN PATIENTS WITH DIFFERENT SMOKING EXPERIENCE](#). Science and innovation. 2023 Том 2. Номер D12. Страницы 599-604. Издатель ООО «Science and innovation»
26. Abdullayev Afzal, Kubayev Aziz, Rizayev Jasur. [Excitability threshold in neuritis of the lower alveolar nerve](#). Journal of Biomedicine and Practice. Том 7 Номер 4 Страницы 238-245
27. Abdulatif Ayubov, Feruz Axrorov, Asliddin Muminov, Daniyar Karimov, Afzal Abdullayev. Modern Science and Research. 2024/1/14 Том 3. Номер 1. Страницы 234-241.
28. Кубаев Азиз Саидалимович Ризаев Жасур Алимджанович, Абдуллаев Афзал Сархадович. Интернаука. Интернаука. 2022. Том 56. Номер № 5. Страницы 20-24