

сімейний анамнез та анамнез захворювання дитини, провести ортопантомографію щелеп ті пункційну біопсію кісти з цитологічним дослідженням пунктату.

Хірургічне втручання у дітей повинно бути мінімально травматичним та максимально зубозберігаючим, оскільки невиправданий радикалізм призведе до втрати постійних зубів, ранніх деформацій прикусу та до порушення росту щелепних кісток.

ДІАГНОСТИКА ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ КІСТ ЩЕЛЕП У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

**Ярославська Ю.Ю., Михайленко Н.М.,
Ярославський Є.О.**

*Харківський Національний Медичний Університет,
Кафедра стоматології дитячого віку та імплантології.*

Серед одонтогенних кіст щелеп незапального походження у дітей та підлітків виділяють фолікулярну та кісту прорізування. Ці утворення містять в собі фолікул або частково сформований постійний зуб. Крім вище зазначених кіст в дитячому віці зустрічається фіброзна остеодисплазія у вигляді родинного полікістозу або херувізму, що клінічно проявляється у вигляді множинних кіст щелеп, які можуть містити у собі зубні зачатки. Перераховані кістозні утворення слід відрізнити від справжньої одонтогенної пухлини – амелобластоми. Диференційна діагностика проводиться спираючись на дані клінічного огляду дитини, рентгенографії щелеп та діагностичної пункційної біопсії.

Як показує практика, невиправдане радикальне хірургічне втручання при різних видах кіст, що містять в собі зубні зачатки, призводить до втрати постійних зубів, порушення прикусу та росту щелеп.

Мета дослідження: прослідкувати віддалені результати лікування дітей з кістозними пухлиноподібними утвореннями щелеп, що містять в собі зачатки постійних зубів.

Матеріали і методи: під нашим наглядом протягом двох років перебували 16 дітей віком від 7 до 13 років, серед яких було 10 хлопчиків та 6 дівчат. Діти обстежені клінічно, проведена ортопантомографія щелеп та пункційна біопсія кіст з подальшим цитологічним дослідженням пунктату.

Результати досліджень: у 6 осіб діагностовано кісти прорізування, у 8 – фолікулярні кісти, у 2 (обидва хлопчики) – сімейний полікістоз як різновид херувізму.

Пацієнти з кістами прорізування та фолікулярними кістами прооперовані амбулаторно та знаходились під постійним наглядом. Дітям з кістами прорізування видалено тимчасові зуби над кістковою порожниною. Пацієнтам з фолікулярними кістами проведено операцію класичної цистотомії зі збереженням фолікулів постійних зубів.

Хворі з полікістозною дисплазією щелеп перебували під спостереженням. При затримці фізіологічної зміни тимчасові зуби видалялись.

У прооперованих з кістами прорізування протягом 7-10 днів постійний зуб ставав у зубну дугу, кістозна порожнина зникала протягом 1 місяця.

У дітей з фолікулярними кістами зуби прорізувались протягом 1-1,5 місяців по мірі сплюснення післяопераційної поверхні щелеп. У 3 з 8 дітей зуби прорізувались з нахилом у вестибулярний бік щелепи. Для відновлення прикусу пацієнти направлялися до лікаря-ортодонта.

У одного з пацієнтів з остеодисплазією після видалення тимчасового зуба над кістою та зняття частини кортикальної пластинки над проекцією зубного зачатка 34 через 1,5 місяці зуб почав прорізуватися з нахилом у вестибулярний бік, а кістозна порожнина зменшилася вдвічі. Другий пацієнт був прооперований в іншій клініці радикально з вишкрібанням внутрішнього вмісту кіст та видаленням зачатків 23, 43, 44. Виявлено різке порушення прикусу внаслідок скупчення зубів лівої половини верхньої щелепи та вираженої конвергенції 41, 42, 31, 32 в бік дефекту зубного ряду. Товщина альвеолярного паростка в місці відсутності зубів протягом 7 місяців не відновилися. Хворий проходить ортодонтичне лікування.

Висновки:

1. При виявленні кістозних утворень щелеп у дітей необхідно провести диференційну діагностику з метою уточнення генезу кісти та вибору методу лікування.

2. Для верифікації діагнозу необхідно ретельно зібрати сімейний анамнез та анамнез захворювання дитини, провести ортопантомографію щелеп ті пункційну біопсію кісти з цитологічним дослідженням пунктату.

3. Хірургічне втручання у дітей повинно бути мінімально травматичним та максимально зубозберігаючим, оскільки невиправданий радикалізм призведе до втрати постійних зубів, ранніх деформацій прикусу та до порушення росту щелепних кісток.