

Ткаченко П.І., Старченко І.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В.

**Гранульома як початкова стадія одонтогенної кісти
ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”
(м. Полтава)**

Загальновідомо, що в повсякденній стоматологічній практиці досить часто зустрічаються проблемні ситуації, зумовлені анатомічними особливостями будови зубів (викривлення, розгалуження та облітерація кореневих каналів) або виникаючі ятрогенно (відломи ендодонтичного інструменту і неможливість видалення їх фрагментів із каналу кореня, перфорація стінки кореня та неякісне пломбування каналу, неможливість видалення із кореневого каналу металевго штифта, деструктивні зміни в періодонті після невдалого ендодонтичного лікування та ін.). В подальшому це може призвести до ускладнень, найвірогіднішими з яких є утворення гранульом та кіст [12].

В свою чергу одонтогенні осередки інфекції є постійним джерелом мікробних та тканинних токсинів, які постійно впливають на метаболізм, сприяють інтоксикації і сенсibiliзації організму, розвитку аутоалергічних реакцій [6, 7, 9].

В клініці кафедри дитячої хірургічної стоматології УМСА накопичений чималий досвід щодо вивчення етіології, патогенезу, клінічних проявів, діагностики та лікування хронічних одонтогенних осередків запалення в щелепах.

Беручи до уваги те, що щелепним кістам в доступній літературі приділено достатньо уваги, ми вважаємо за доцільне зупинитися на розгляді клініко-діагностичних критеріїв, особливостей морфологічної будови та загальних принципах хірургічного лікування хронічного гранульоматозного періодонтиту (ХГП) як нозологічної форми, що має деякі спільні риси із кістозними ураженнями щелеп.

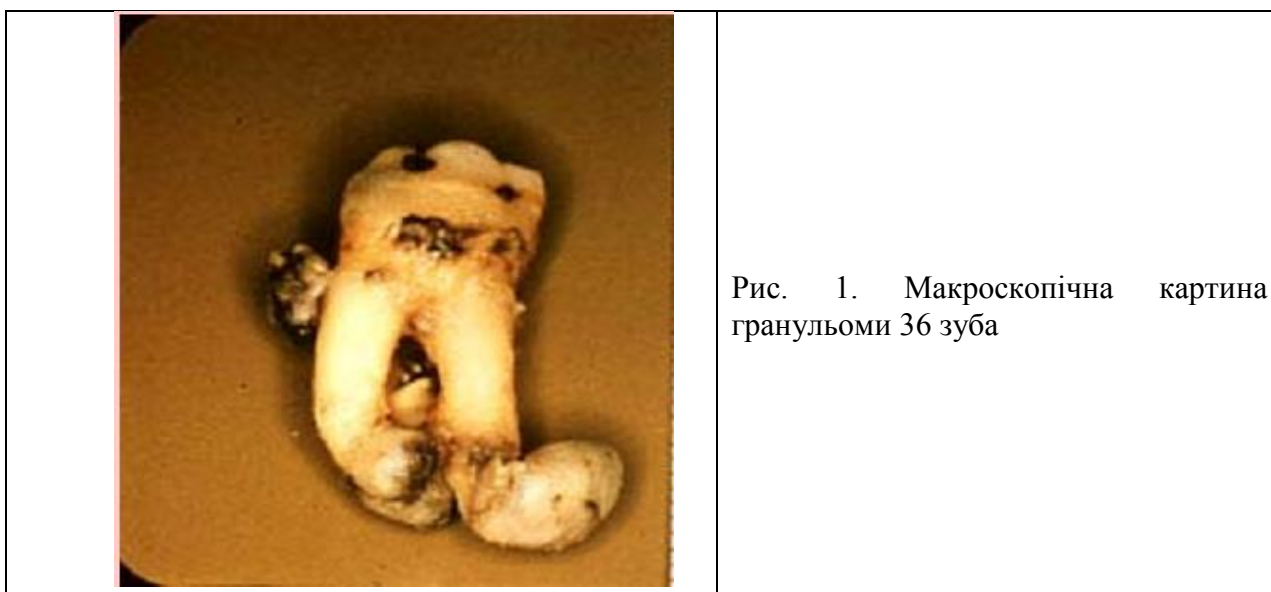
Так, хворі на ХГП зазвичай скарж не пред'являють. Іноді визначають

болісність при пальпації ясен та незначне періодичне припухання в ділянці проекції верхівки “причинного” зуба [12].

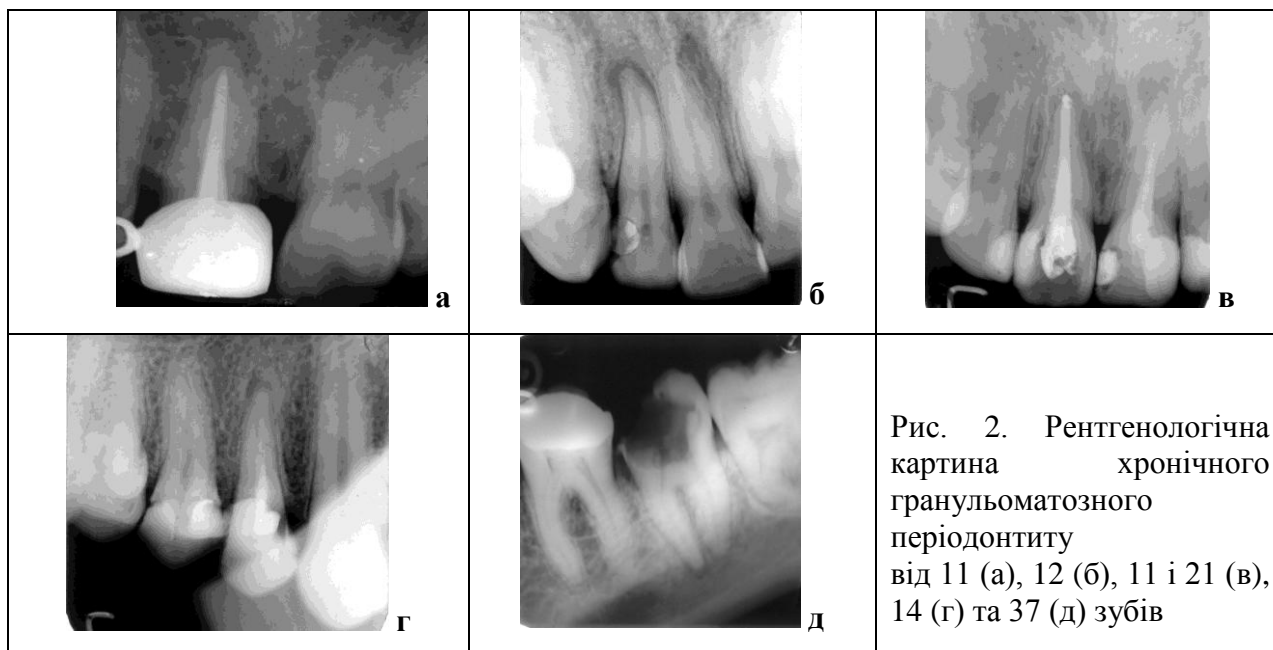
При об’єктивному обстеженні спостерігається змінена в кольорі та зруйнована коронка ураженого зуба. Зондування порожнини зуба і кореневих каналів безболісне. Вертикальна перкусія може бути чутливою, а іноді визначається симптом “тремтіння кореня”. На яснах можуть спостерігатися нориці в ділянці проекції верхівки кореня “причинного” зуба, що рентгенологічно підтверджує наявність лакунарної резорбції в цій ділянці кісткової стінки альвеоли, через яку періодично відбувається евакуація продуктів розпаду періодонтальних тканинних структур та вмісту гранульоми. Показники електроодонтометрії при цьому становлять не менше 100 мкА [6].

Загострення хронічного гранульоматозного періодонтиту клінічно проявляється як одна із стадій гострого верхівкового періодонтиту. Однак анамнестично визначається досить давня картина періодонтиту, тобто та, що періодично повторюється. Об’єктивно визначаються гіперемія та набряк слизової оболонки в ділянці проекції верхівки кореня ураженого зуба, часто із норицею, з якої виділяється гнійно-геморагічний ексудат. При зондуванні нориці може бути відчутна узура кісткової тканини [7].

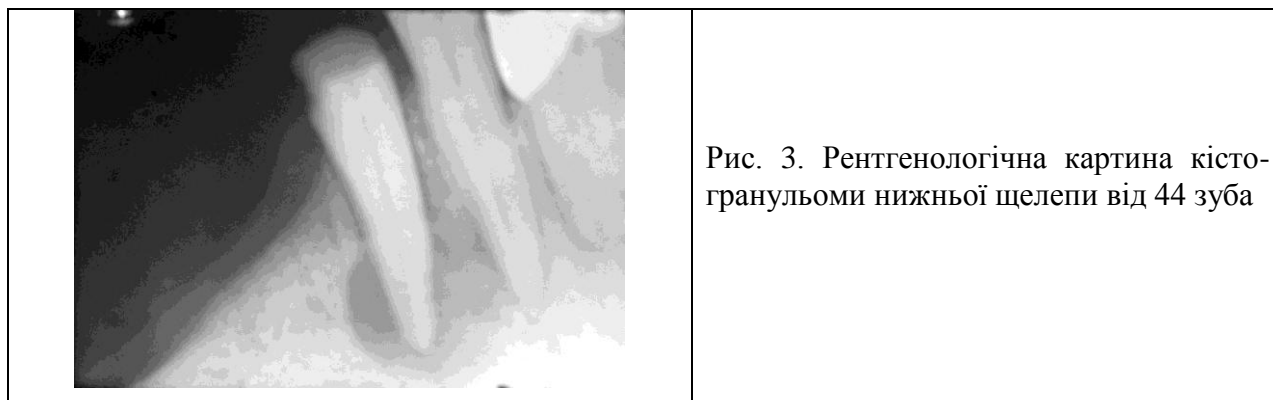
Макроскопічно гранульома являє собою вузлик сірувато-рожевого кольору, щільно спаяний з верхівкою зубного кореня (Рис. 1).



Рентгенологічно ХГП виглядає чітким обмеженим просвітленням біля верхівки кореня, навколо якого кісткова структура щелепи збережена, а сам осередок зазвичай правильної продовгуватої форми (Рис. 2). У випадках нагноєння патологічного осередка його межі стають менш чіткими та переходять у вузькі смужки, порушується і структура кісткових балочок [4].



Диференційна діагностика гранульом та кіст є доволі умовною, адже клінічні прояви цих двох нозологічних форм захворювань вельми схожі, а в практичній діяльності діагноз зазвичай визначається із урахуванням розмірів патологічного осередка (діаметр: до 0,5 см – гранульома, 0,5-0,8 см – кісто-гранульома (Рис. 3), більше 0,8 см – кіста) та чіткості меж за рентгенологічним дослідженням. Слід зазначити, що рентгенологічно не завжди прослідковується чіткий кортикальний ободок навколо гранульомного осередку [4, 6, 7, 9, 12].



Однак, існує принципова морфологічна різниця. Так, типова будова стінки епітеліальної кісти виглядає наступним чином: зовнішній шар – волокниста сполучна тканина; середній шар – вузький прошарок грануляційної тканини з великою кількістю плазматичних клітин, лімфоцитів та незначною лейкоцитарною інфільтрацією; внутрішній шар – багатошаровий плесканий епітелій із безупорядковано розташованими клітинами. В свою чергу, виділяють гранульоми прості (складаються тільки із грануляційної тканини), епітеліальні (спостерігаються шари грануляційної тканини і епітелію) та саме кістоподібні (мають порожнину, повністю вислану епітелієм). Деякі дослідники стверджують, що безепітеліальних гранульом взагалі не існує [7, 9].

Нами проведено власне дослідження, метою якого стало вивчення морфологічної будови гранульом. Згідно отриманих результатів, в гранульомах була незначно виражена або зовсім відсутня зона некрозу та лейкоцитарна інфільтрація. У клітинному складі переважали плазматичні клітини і лімфоцити, досить часто виявлялися макрофаги, малодиференційовані фібробласти та незначна кількість нейтрофільних лейкоцитів (Рис. 4).

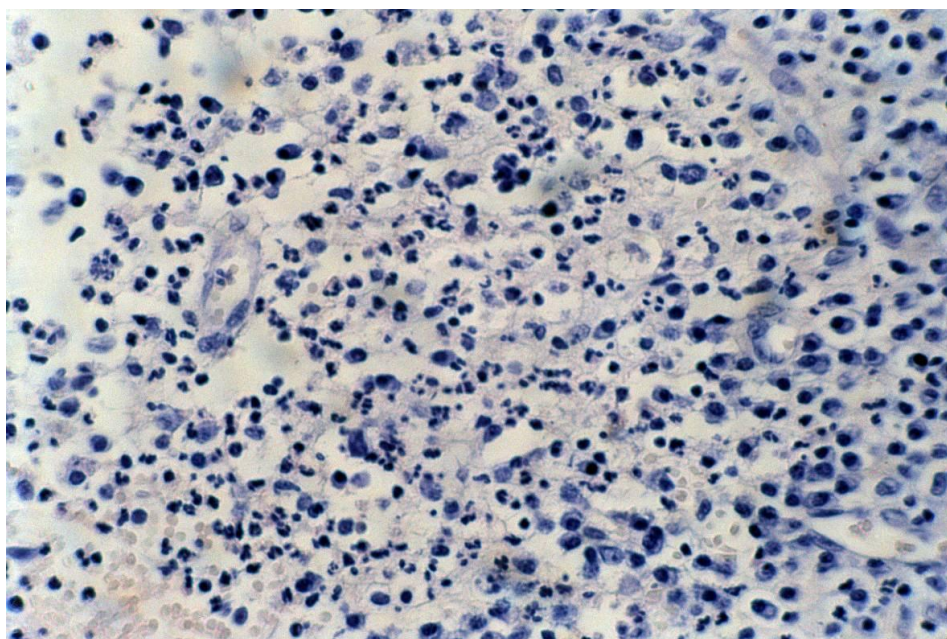


Рис. 4. Морфологічна картина хронічного гранулематозного періодонтиту. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об.25х Ок.10х. 1 – плазматичні клітини; 2 – лімфоцити; 3 – нейтрофільні лейкоцити; 4 – кровоносні мікросудини.

В поодиноких випадках серед клітин запального ряду виявлялися гігантські клітини типу сторонніх тіл, для яких характерні великі розміри і наявність в цитоплазмі декількох ядер. Вони за своєю природою належать до макрофагів, а їх поява свідчить про гранулематозний характер хронічного запального процесу. Практично завжди спостерігалися явища резорбції кісткової тканини альвеолярного відростка та дещо збільшувалась кількість новоутворених мікросудин, в просвіті яких зустрічалися формені елементи периферійної крові.

По периферії клітинного інфільтрату прослідковувалось формування сполучнотканинної капсули, в складі якої диференціювалися фібрилярні структури і клітинні елементи. Фібрилярний компонент капсули був представлений пучками молодих колагенових волокон, що мали переважно концентричне розташування навколо запального осередку. Серед клітинних елементів визначалися фібробласти різного ступеня диференціювання, лімфоцити і плазматичні клітини (Рис. 5).

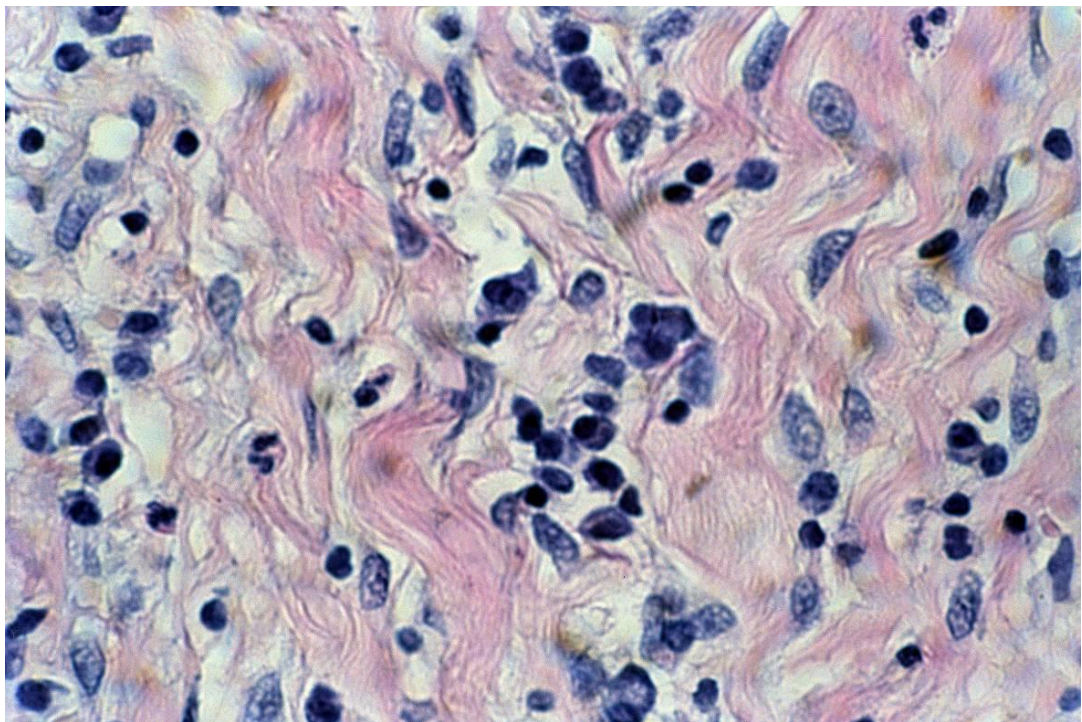


Рис. 5. Сполучнотканинна капсула, що формується по периферії клітинного інфільтрату при хронічному гранулематозному періодонтиті. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об.40х Ок.10х. 1 – пучки колагенових волокон; 2 – клітинні елементи фібробластичного ряду; 3 – лімфоцити; 4 – плазматичні клітини.

Про походження епітелію у гранульомах існує декілька думок. Зокрема, І.Г.Лукомський (1929) пов'язує його виникнення із проростанням епітелію з боку слизової оболонки порожнини рота, а О.В.Петрова (1955) – як результат метаплазії сполучнотканинних клітин. На думку Н.А.Астахова (1928) та А.Канторовича (1938), в періодонті існують скупчення епітеліальних клітин, розташовані ближче до цементу кореня (острівці Маляссе), які є залишками зовнішнього епітелію емалевого органу і гертвіговської піхви. Це підтверджено і експериментальними дослідженнями В.І.Стецули (1958), згідно яких при виникненні запального процесу в періодонті відбувається активація клітин епітеліальних острівців, що супроводжується проліферацією епітелію [5, 6, 7, 9].

Механізм утворення епітеліальних одонтогенних кіст науковці пов'язують із розростанням та розплавленням епітеліальних клітин кісто-гранульом. При цьому у центральних ділянках найбільших епітеліальних тяжів відбувається вакуольна жирова дистрофія із наступною деструкцією епітеліоцитів і утворенням дрібних щілинних просвітів. При злитті просвітів виникає невелика кругла порожнина із збереженими епітеліальними структурами, які в центрі гранульоми поступово збільшуються в об'ємі, що і призводить в кінцевому результаті до виникнення кісти [6, 7, 9].

Сьогодні у клінічній стоматологічній практиці ендодонтичне лікування хронічних одонтогенних осередків запалення нерідко поєднується із хірургічним втручанням [1].

Виділяють наступні методи “хірургічної ендодонтії” [2, 3, 8, 10, 11] :

- розтин і дренаж (використовується тільки після появи ексудату під окістям до та після ендодонтичного лікування);
- білякоренева хірургія:
 - білякореневий кюретаж;
 - резекція верхівки кореня;
- зубозберігаюча хірургія:

- ампутація кореня;
- гемісекція;
- короно-радикулярна сепарація;
- лікування ускладнень після проведеного ендодонтичного втручання:
 - закриття перфорації дна порожнини зуба або кореневого каналу;
 - видалення залишків пломбувального матеріалу із періапикальних тканин;
- видалення зуба із його наступною реплантацією.

А.К.Іорданішвілі та співавтори (2000) визначили наступні показання до зубозберігаючих операцій при періапикальних вогнищах одонтогенної інфекції [6]:

- хронічні періодонтити (за неефективності консервативної терапії);
- хронічні одонтогенні вогнища інфекції (апикальні гранульоми, кістогранульоми та кісти);
- переломи верхівкової частини коренів зубів;
- різного генезу ускладнення консервативного лікування пульпітів та періодонтитів.

Крім того, в якості абсолютних і відносних протипоказань та для визначення окремих технічних моментів в ході операцій автори рекомендують враховувати наступні чинники [1, 6, 12]:

- гострий та загострення хронічного періодонтиту, гострий періостит та остеомієліт щелеп;
- рухливість зубів II та III ступенів різної етіології;
- особливості анатомічної форми зубів та взаємозв'язок верхівок їх коренів із прилеглими анатомічними утвореннями щелеп;

- зуби, розташовані поза зубною дугою, та особливості анатомічної будови альвеолярної дуги;
- наявність мікростоми;
- несанована порожнина рота або низький рівень її гігієни;
- стоматити або гострі запалення крайового пародонту і ЛОР-органів;
- метастатичні дефекти тканин щелеп;
- наявність запальних захворювань організму, при яких протипоказане будь-яке амбулаторне оперативне втручання (декомпенсована форма ішемічної хвороби серця; захворювання нирок, печінки та крові; гострі інфекційні захворювання та ін.);
- загострення хроніосепсису;
- відсутність мотивації до хірургічного методу лікування.

Резюмуючи, зазначимо, що одонтогенні гранульоми та одонтогенні кісти щелеп мають схожі клінічні прояви і принципи лікування. Однак, крім розмірів, вони можуть відрізнятися і за морфологічною будовою.

Наведені дані, на нашу думку, можуть стати підґрунтям для подальших поглиблених наукових досліджень.

Література

1. Балин В.Н., Александров Н.М.. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. – Санкт-Петербург: Специальная литература, 1998. – С. 225-226
2. Богатов В.В., Красовский П.В. Зубосохраняющие операции на поликлиническом приёме // Материалы XIV и XV Всероссийских научно-практических конференций. – Москва, 2005. – С. 31-34
3. Бризено Бенджамин Показания для проведения хирургических вмешательств в эндодонтии // Стоматолог. – 2002. – № 7. – С. 33-39

4. Воробьёв Ю.И. Максимовский Ю.М. Рентгенодиагностика периапикальных изменений // Стоматология для всех. – 1999. – № 4. – С.14-18
5. Гемонов В.В., Лаврова Э.Н., Фалин Л.И. Развитие и строение органов ротовой полости и зубов. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. – 256 с.
6. Иорданишвили А.К. Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей – Санкт-Петербург, Нордмедиздат, 2000. – 210 с.
7. Овруцкий Г.Д., Лившиц Ю.Н., Лукиных Л.М. Неоперативное лечение околокорневых кист челюстей – Москва: Медицина, 1999. – 118 с.
8. Прохончуков А.А., Вахтин В.И., Ильин А.В. и соавт. Лазерный способ резекции верхушки корня зуба // Труды X съезда стоматологической Ассоциации России. – Москва, 2005. – С. 45-46.
9. Солнцев А.И., Колесов В.С. Кисты челюстно-лицевой области и шеи – Киев, Здоров'я, 1982. – 144 с.
10. Ткаченко П.І., Гуржій О.В., Білоконь С.О., Білоконь Н.П. Одонтореплантація у практиці дитячого хірурга-стоматолога // Стоматолог. – 2003. – № 2 (58). – С. 60-62.
11. Ткаченко П.І., Гуржій О.В., Білоконь С.О., Білоконь Н.П. Резекція верхівки кореня: хірургічне вирішення деяких ендодонтичних проблем // Стоматолог. – 2003. – № 4 (60). – С. 49-52.
12. Ткаченко П.І. Хронічний гранульоматозний періодонтит та кісти щелеп / П.І.Ткаченко, С.О.Білоконь, О.В.Гуржій, Н.П.Білоконь. – Полтава, 2006. – 54 с.