

ZEITGENÖSSISCHE ASPEKTE DER BEHANDLUNG ODONTOGENER KIEFERZYSTEN BEI KINDERN

Saparbaev M.K.

Grundlegender Doktorand

<https://orcid.org/0009-0008-6540-0976>

Khatamov U.A.

Doktor der Philosophie (Medizinwissenschaft), Assistent

Taschkent State Dental Institute

<https://orcid.org/0000-0001-8466-3036>

ANMERKUNG

Diese Übersicht beschreibt Methoden zur Behandlung odontogener Zysten der Kieferknochen bei Kindern und die chirurgische Rehabilitation von Patienten mit dieser Pathologie. Literarische Daten zu verschiedenen Methoden der chirurgischen Behandlung odontogener Zysten der Kieferknochen bei Kindern werden zusammengefasst. Die Aussichten für die Erkennung odontogener Zysten mittels Computertomographie werden erwähnt; Der entscheidende Vorzug bei der Diagnosestellung wird der obligatorischen patho-histologischen Untersuchung gegeben.

Schlüsselwörter: odontogene Zysten, Rehabilitation, Zystektomie, Kinder.

Relevanz des Problems

Nach Angaben der Autoren sind bei odontogenen Zysten bei Kindern entzündliche Zysten häufiger (radikuläre Zysten – 49,4 % und zahnhaltige Zysten – 37,7 %). Odontogene Zysten kommen bei Jungen (54,9 %) und Mädchen (45,1 %) gleichermaßen häufig vor und sind überwiegend im Unterkiefer lokalisiert. Kinder mit radikulären Zysten suchten im Alter von 12–18 Jahren (87,5 %) eine stationäre chirurgische Behandlung auf, mit zahnhaltigen Zysten im Alter von 6–11 Jahren (86,9 %) und mit follikulären Zysten ebenso häufig im Alter von 6 Jahren -11 und 12-18 Jahre (47,6 und 52,4 %).

Aufgrund des weit verbreiteten Auftretens odontogener Kieferzysten besteht das dringende Problem der Kiefer- und Gesichtschirurgie in der Verbesserung der Behandlungsmethoden für diese Pathologie sowie bei der Anwesenheit signifikanter Schädigung der Strukturen des Kieferknochens, kompliziert durch vorzeitigen Zahnverlust, beeinträchtigte Kaufunktion, Kieferverformung und die Gefahr einer

pathologischen Fraktur. Die Eiterung odontogener Zysten wird oft durch die Entwicklung einer Sinusitis des Oberkiefers, einer Osteomyelitis der Kieferknochen, Abszessen und Phlegmonen erschwert, die für den Patienten lebensbedrohlich sind. Die Entwicklung von Zentralkieferkrebs wurde diskutiert, da die Epithelauskleidung der Zyste bösartig ist. Das Problem ist dringend, da der Mangel an zuverlässigen Informationen über die Wirksamkeit verschiedener chirurgischer Eingriffsmethoden es schwierig macht, genaue Empfehlungen für die Anwendung von Techniken zur chirurgischen Behandlung odontogener Kieferzysten zu entwickeln. Die Hauptvoraussetzung für eine erfolgreiche postoperative Phase bei Patienten mit Kieferzysten ist die Wiederherstellung der regionalen Blutzirkulation im Wundgewebe nach der Inzision, um den Zugang zur Zyste der Schleimhaut, zum Periost und zur Ablösung des Schleimhaut-Periost-Lappens zu ermöglichen.

Nach Angaben einiger Autoren machen Keratozysten des Kieferknochens 5,4 bis 17,4 % aller odontogenen Zysten aus. Manchmal sind Keratozysten bei angeborener Pathologie im Symptomkomplex enthalten (Gorlin-Syndrom, Marfan-Syndrom). Ein charakteristisches Merkmal der Klinik für Keratozysten ist die Tatsache, dass diese Formationen keine klaren Symptome aufweisen, die eine genaue Diagnose vor der Operation ermöglichen. Nur in den Fällen, in denen die Zyste eine große Größe erreicht, treten Symptome in Form von Zahnungsstörungen oder deren Verschiebung, Kieferdeformität, auf.

Kleine Keratozysten sind manchmal in periapikalem Gewebe lokalisiert, so wie periapikale entzündliche Zysten das Gewebe eines nicht durchbrochenen Zahns umgeben, ähnlich einer Follikelzyste (Zahn enthaltende Zyste). Es ist bekannt, dass Keratozysten im Kiefer viele Jahre nach der Operation häufig erneut auftreten. In der histologischen Klassifizierung odontogener Tumoren werden Keratozysten als Tumoren klassifiziert und als „gutartiger keratozystischer odontogener Tumor“ bezeichnet (WHO, 2005). Die pathohistologische Untersuchung des diagnostischen Operationsmaterials ist für die Diagnose von entscheidender Bedeutung. Manchmal erschweren jedoch frühere Operationen und/oder das charakteristische Anzeichen einer Eiterung die pathohistologische Überprüfung, da die charakteristische Epithelauskleidung zerstört ist. Auch über die Behandlung von Keratozysten besteht kein Konsens. Verschiedene Autoren schlagen unterschiedliche Behandlungsmethoden vor: Zystektomie, Behandlung der Zystenöhle mit chemischen Präparaten, mit Kryodestruktion usw. Einige Autoren bevorzugen angesichts der Tendenz von Keratozysten zum Wiederauftreten einen radikalen Behandlungsansatz – die Resektion des Kieferknochens (Donoff R. B., 1972).

Laut M. Azimov (2015) machten Patienten mit odontogener Sinusitis maxillaris 4–6 % aller behandelten Patienten aus. L.M. Emelyanenko (2010) und Kozlov B.C.

(2013) liefern Daten zum jährlichen Anstieg der Patientenzahl in dieser Kategorie, der 1-2 % beträgt. Trotz des starken Krankheitswachstums können die Ergebnisse der chirurgischen Behandlung von Patienten mit odontogener Sinusitis maxillaris nicht als optimal angesehen werden. Diese Informationen werden durch die Daten von M.M. bestätigt. Solovyov, P.Y. Shimchenko (2015) – 32 % der Patienten in der Ferne nach der Operation der radikalen Sinusotomie nach Caldwell-Luke weisen folgende Beschwerden auf: Schweregefühl, Druckgefühl, manchmal zuckende Schmerzen im Bereich des operierten Oberkiefers; eitriger Nasenausfluss; Tränenfluss, Taubheitsgefühl der Oberlippe, Nase.

Die oben genannten Symptome entstehen dadurch, dass nach der Entfernung der pathologisch veränderten Nasennebenhöhlenschleimhaut keine anhaltende Regeneration erfolgt, was zu einer Verlängerung des chronischen Entzündungsprozesses führt und zu Karzinomen führen kann. Schmerzhaftes Symptome entstehen auch dadurch, dass bei der Caldwell-Luke-Sinusotomie ein Teil der Vorderwand der Nasennebenhöhlen zusammen mit der Schleimhaut entfernt wird. In diesem Fall vergrößert sich die Gesamtfläche des Nasennebenhöhlenschleimhautdefekts erheblich und die Bedingungen für dessen Verarmung werden verringert. Regeneration entsteht wieder. Drittens führt das langfristige Vorhandensein chronischer odontogener Infektionsherde im Parodontium der seitlichen Zahngruppe des Oberkiefers zur Zerstörung der Knochenstrukturen des Sinusbodens und zu Läsionen seiner Schleimhaut.

Einige Patienten, die sich der klassischen Caldwell-Luke-Sinusotomie unterzogen haben, klagten über Parästhesien im suborbitalen Bereich, was durch die traumatische Natur des Eingriffs und den entzündlichen Prozess in der Innervationszone des suborbitalen Nervs erklärt werden kann.

Um die Ergebnisse der Behandlung von Patienten mit odontogener Sinusitis maxillaris zu verbessern, müssen dringend Maßnahmen ergriffen werden, darunter die Sanierung von Herden odontogener Infektionen des Oberkiefers; Verhinderung des Auftretens und rechtzeitige Beseitigung der oroantralen Kommunikation nach Zahnextraktion (Petropavlovskaya M.Y., 2019); Minimierung traumatischer chirurgischer Eingriffe oder chirurgische Behandlung von Kieferhöhlenentzündungen odontogener Ätiologie. Lopatin A.S. (1998), Ippolitov V.P. et al. (2005); Kozlov B.C. (2003); Garrel R. et al. (2003) empfehlen den Einsatz einer endoskopischen Technik, mit deren Hilfe es möglich ist, den Sinus durch Trepanationslöcher sichtbar zu machen und eine Exstirpation der pathologisch veränderten Membran durchzuführen.

Auf Röntgenaufnahmen, die zu anderen Zwecken angefertigt wurden, werden Hohlraummassen im Kieferknochen zufällig entdeckt, einige von ihnen rufen in der Klinik das Auftreten von Symptomen hervor: schmerzhaftes und schmerzloses

Schwellung mit wahrscheinlicher Wachstumstendenz. Die Differentialdiagnose mittlerer und kleiner Zysten dysontogenetischen Ursprungs ist schwierig, da odontogene Zysten über viele Monate oder sogar Jahre hinweg langsam „wachsen“ und den Patienten nicht stören. Langjährige Erfahrungen zeigen, dass das radiologische Bild großer Hohlrumbildungen nicht immer eine genaue und korrekte vorläufige Diagnose ermöglicht, da das Hohlraumsyndrom eine Folge verschiedener pathologischer Zustände sein kann: radikuläre Zysten, Keratozysten, follikuläre Zysten, Ameloblastome, Ameloblasten Fibrome, Neoplasien unterschiedlicher histologischer Struktur, dies bestimmt und verschlimmert das weitere Schicksal der Patienten.

Viele Arbeiten widmen sich der radiologischen Diagnostik von Erkrankungen der Kieferhöhlenzysten. Die Diagnose von Periwurzelzysten wird durch die folgenden Studien am deutlichsten repräsentiert. Literaturdaten zeigen immer noch, dass Diagnosefehler recht häufig auftreten. Diese Tatsache ist auf einige Besonderheiten des klinischen Verlaufs von Kieferzysten und deren unzureichende radiologische Semiotik zurückzuführen. Ein erheblicher Prozentsatz der Zysten weist Komplikationen in Form von Entzündungen der Zystenhöhle und der Nebenhöhlen, einer dünner werdenden Verformung der Kieferhöhlenwände und einem Einwachsen in die Nasenhöhle auf, was eine genauere und objektivere Diagnose erforderlich macht, um eine optimale Behandlung zu entwickeln. Daher ist eine objektive Beurteilung der Art und Dynamik der Entwicklung solcher odontogener Zysten schwierig und unzureichend untersucht. Gleichzeitig spielen radiale Forschungsmethoden eine wichtige Rolle bei der Identifizierung der Natur odontogener Zysten, der Beurteilung ihres Verlaufs sowie der Besonderheiten der reparativen Osteogenese in der postoperativen Phase.

In den Veröffentlichungen von Wissenschaftlern wurde auf die Aussicht hingewiesen, odontogene Zysten mittels Computertomographie zu erkennen.

Eine Computertomographie wird durchgeführt, um die Größe, Konturen und Tiefe des Eindringens der Zyste in die angrenzenden Weichteile zu bestimmen. Diese Studie bietet die Möglichkeit, die aufgeführten Parameter Schicht für Schicht und genau zu bestimmen.

Der letzte entscheidende Vorzug für die Diagnose ist jedoch die obligatorische patho-histologische Untersuchung. Die Bedeutung von Röntgenkontrastuntersuchungen bei Kindern für die Diagnose odontogener Zysten, die zweifellos wertvolle Informationen über die Verteilung und Lokalisation von Zysten liefern, ist nicht ausreichend detailliert.

Die von uns untersuchte Literatur spiegelt nur wenige klinische und radiologische Merkmale der chirurgischen Behandlung für die langfristigen Ergebnisse odontogener

Zysten des Oberkiefers und ihrer Folgen wider. Mittlerweile sind solche Informationen für die klinische Praxis äußerst wichtig.

Bisher gibt es keinen einheitlichen Ansatz zur Behandlung großer odontogener zystischer Raumforderungen der Kieferknochen und einiger Arten gutartiger Tumoren. Der Hauptgrund dafür ist die hohe Rezidivrate der Erkrankung. Der Wert der Rezidivrate von Keratozysten liegt laut Literatur je nach gewählter Technik zwischen 0 und 63,5 %. Am Ende der Zystektomie kann der Wert der Rezidivraten 18,9 % und sogar 54,5 % betragen, während nach Kieferblockresektion und Dekompression (Zystotomie) ein Rezidivindex von 0–2 % erreicht wird.

Die meisten Kiefer- und Gesichtschirurgen bevorzugen radikale Resektionstechniken für die Operation ausgedehnter Kieferzysten und gutartiger Tumoren, die häufiger lähmend sind und eine mehrstufige Rehabilitationsphase erfordern.

Unter den sozioökonomischen Bedingungen der modernen Zeit bevorzugen Patienten eine ambulante Behandlung gegenüber einem Krankenhausaufenthalt und um die mit einem chirurgischen Eingriff verbundene Behinderungsdauer zu verkürzen. Daher muss der Zahnarzt gleichzeitig eine wirksame, am wenigsten traumatische und kostengünstige Behandlungsmethode anbieten.

Schlussfolgerungen. Zusammenfassend ergibt sich, dass die dringende Aufgabe der chirurgischen Zahnheilkunde und der Kiefer- und Gesichtschirurgie derzeit darin besteht, die Diagnose zu verbessern und die optimale Behandlungsmethode für ausgedehnte odontogene zystische Läsionen und gutartige Neubildungen des Kiefers auf der Grundlage der umfassendsten Methoden auszuwählen klinisches und radiologisches Bild.

LITERATUREN:

1. Saparbaev, M. K., & Yuldashev, A. A. (2023). CONTEMPORARY ASPECTS OF THE TREATMENT OF ODONTOGENIC JAW CYSTS IN CHILDREN. *Innovative Development in Educational Activities*, 2(19), 212-223.
2. Khatamov, U. A. (2022). MICROBIOLOGICAL ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE BEFORE AND AFTER URANOPLASTY. *Educational Research in Universal Sciences*, 1(7), 343-351.
3. Khatamov, U. A. (2022). ANALYSIS OF COMPLICATIONS AFTER URANOPLASTY IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE BASED ON CLINICAL AND CYTOLOGICAL STUDIES. *Проблемы биологии и медицины*, 6, 225-229.

4. Khatamov , U. A., & Khatamova , S. A. (2023). RETROSPECTIVE ANALYSIS OF CONGENITAL ANOMALIES WORLDWIDE. Innovative Development in Educational Activities, 2(18), 74–79. Retrieved from <https://openidea.uz/index.php/idea/article/view/1630>
5. Khatamov, U. A., & Khatamova, S. A. (2023). BACTERIAL SCREENING OF SALIVA FROM POSTOPERATIVE WOUNDS IN CHILDREN WITH CONGENITAL ANOMALIES. RESEARCH AND EDUCATION, 2(9), 166-172.
6. Khatamov, U. A., & Khatamova, S. A. (2023). EPIDEMIOLOGISCHE MERKMALE ANGEBORENER LIPPEN-KIEFER-GAUMENSPALTEN BEI KINDERN. RESEARCH AND EDUCATION, 2(5), 210-215.
7. Khatamov, U. A., & Khatamova, S. A. (2023). Мирзиёев ШМ Бир лашган Миллатлар Ташкилоти Бош Ассамблеясининг 72-сессиясидаги нутқи//Халқ сўзи.–2017.–20 сент. Мирзиёев ШМ Конституция–эркин ва фаровон ҳаётимиз, мамлакатимизни янада тараққий эттиришнинг муста. Innovative Development in Educational Activities, 2(18), 74-79.
8. Хатамов, У. А., & Туйчибаева, Д. М. (2022). ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА В РАЗНЫХ СТРАНАХ МИРА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). RESEARCH AND EDUCATION, 1(9), 404-411.
9. Икрамов, Г. А., & Хатамов, У. А. (2022). Клинико-цитологическая характеристика течения раневого процесса после уранопластики у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия, 1(1), 39-42.
10. Икрамов, Г., & Хатамов, У. (2022). Изучение чувствительности микрофлоры полости рта к некоторым лекарственным препаратам. Stomatologiya, 1(1), 22-25.
11. Ikramov, G. A., & Khatamov, U. A. (2022). EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF AEROSOL. HEXORAL" AND DENTAL ADHESIVE PASTE" SOLCOSERYL" IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT LIP OF THE PALATE AFTER URANOPLASTY." Web of Scientist: International Scientific Research Journal, 3, 273-281.
12. Хатамов, У. А., & Икрамов, Г. А. (2022). ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА. Журнал " Медицина и инновации", (3), 430-438.
13. Икрамов, Г., Хатамов, У., & Уринов, М. (2022). Improving the prevention of inflammatory complications after uranoplasty in children. Дни молодых учёных, (1), 9-12.

14. Ikramov, G. A., Khatamov, U. A., & Olimjonov Sh, G. (2020). PREVENTION OF INFLAMMATORY COMPLICATIONS AFTER URANOPLASTY IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT PALATE. CUTTING EDGE-SCIENCE, 39.
15. Икрамов, Г., & Хатамов, У. (2019). ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ В СЛЮНЕ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АКТОВЕГИНА. Stomatologiya, 1(2 (75)), 30-32.
16. Амануллаев, Р., Юлдашев, А., Икрамов, Г., & Хатамов, У. (2019). МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА. Stomatologiya, 1(2 (75)), 44-46.
17. Амануллаев, Р. А., Икрамов, Г. А., Насриддинов, Ж. Х., & Хатамов, У. А. (2020). КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА ДО И ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ. Stomatologiya, (1), 48-50.
18. Буриев, Н. З., Пулатова, Б. Ж., Абдухаликзаде, Н. Ш., & Хатамов, У. А. (2023). ЭУБИОТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СОЧЕТАНИИ С ДИСБИОЗОМ КИШЕЧНИКА. RESEARCH AND EDUCATION, 2(5), 216-223.