

ანყვერელი ლ.¹, ბრეგაძე ო.², ჭუჭულაშვილი ნ.², ნიკლაური გ.³, სენიაშვილი ნ.³.

ზედა ყბის ფრონტალური ლოკალიზაციის გიგანტური რადიკულური კისტები ცხვირისა და ჰაიმორის ნიაღვრებში ზრდით

თსსუ, პირის ღრუს ქირურგიის და იმპლანტოლოგიის დეპარტამენტი¹, ყაბ-სახის ქირურგიის დეპარტამენტი², ს.ხაჩინაშვილის სახელობის საუნივერსიტეტო კლინიკა³

რადიკულური კისტები, რეზიდუალურ კისტებთან ერთად, მიეკუთვნება ანთებად ოდონტოგენურ კისტებს, რადგანაც ვითარდება კბილის ირგვლივ კისტიკების ქრონიკული ანთების კერებში. კერძოდ, აპიკალური პერიოდონტიის არეში. როგორც წესი, მათი ჩამოყალიბება ხდება ქრონიკული გრანულომატოზური პერიოდონტიტის პროგრესირების ფონზე, აპიკალური გრანულომებისგან, რომლებიც ზრდის პროცესში გადადიან ჯერ კისტაგრანულომებში, შემდეგ კი - რადიკულურ კისტებში. ამ უკანასკნელმა შეიძლება მიაღწიოს ისეთ ზომებს, რომ დაშალოს ყბის ძვალი და გამოიწვიოს პათოლოგიური მოტეხილობა, შეიზარდოს ჰაიმორის და ცხვირის ღრუებში, შიგთავსის დაჩირქების შემთხვევაში გამოიწვიოს ოსტეომიელიტი, ოსტეოფლეგმონა, ჰაიმორიტი. თავის მხრივ, რადიკულური და რეზიდუალური კისტები, დიზონტოგენურ კისტებთან ერთად ერთიანდება ოდონტოგენური კისტების ჯგუფში, რადგანაც მათი გარსის შენებაში მონაწილეობს ოდონტოგენური გენეზის ეპითელიუმი, კერძოდ, მალასეს კუნძულაკების უჯრედები.

ჰისტომორფოლოგიურად რადიკულური კისტების გარსის გარეთა შრე შემადგენელი ქსოვილოვანია, ხოლო შიგნითა წარმოდგენილია მრავალშრიანი, ბრტყელი, გაურქოვანებელი, სქვამოზური ეპითელით. მათი ბლანტი, გამჭვირვალე შიგთავსი შეიცავს სიდეროფაგებს, ქოლესტერინის კრისტალებს, კალციონატებს (რეშტონის სხეულაკები), არცთუ იშვიათად, გიგანტურ მრავალბირთვიან უჯრედებს. პროცესის გამწვანების შემთხვევაში, კისტის გარსში და შიგთავსში ვლინდება მრავლობითი ნეიტროფილური გრანულოციტები, ხოლო ანთებითი პროცესის რემისიის დროს - უპირატესად მაკროფაგები და ლიმფოციტები.

ზედა ყბის ძვლებში განვითარებული დიდი ზომის რადიკულური კისტები, გარდა იმისა, რომ არღვევს საკბილე მორჩის ძვლოვან სტრუქტურას და ვრცელდება მეზობელი კბილების მიმართულებით, არცთუ იშვიათად იწვევს სახის ქალას ფიზიოლოგიური ღრუების ძვლოვანი კედლების დესტრუქციას და ნანილობრივ, ან მთლიანად იკავებს მათ. ამასთან, როგორც წესი, ზედა ყბის ფრონტალურ არეში განვითარებული დიდი ზომის რადიკულური კისტები უხშირესად განიცდის შეზრდას ცხვირის ღრუში, კერძოდ, მის ქვედა სავალში, ხოლო დიდი და ხანდახან მცირე საღეჭი კბილებიდან განვითარებული დიდი ზომის რადიკულური კისტები - ზედა ყბის ნიაღვრეში. თუმცა, რადიკულურმა კისტებმა შეიძლება მიაღწიოს ისეთ ზომებს,

რომ გამოიწვიოს ზედა ყბის ძვლოვანი ქსოვილის დიდი მასივის დესტრუქცია ერთდროულად ცხვირის და ჰაიმორის ნიაღვრებში შეზრდით.

კვლევის მიზანს შეადგენდა ცხვირისა და ჰაიმორის ნიაღვრებში შეზრდილი, ზედა ყბის ფრონტალური ლოკალიზაციის გიგანტური რადიკულური კისტის იშვიათი კლინიკური შემთხვევის აღწერა.

პაციენტი გ.ნ., 26 წლის კაცი კონსულტირებულ იქნა ამბულატორიულად 16.02.2022 წ. მომართვისას პაციენტი უჩიოდა ტკივილს მარცხნივ ზედა ყბის არეში, საკბილე მორჩისა და თვალბუდის ქვედა მიდამოს რბილი ქსოვილების ანთებად შეშუპებას, ცხვირით სუნთქვის გაძნელებას. დიაგნოსტიკა: მარცხენა ზედა ყბის ძვლის გიგანტური რადიკულური კისტა ცხვირისა და ჰაიმორის ნიაღვრებში ზრდით, გამწვანების ფაზა.

ანამნეზი: პაციენტის გადმოცემით, მომართვამდე დაახლოებით ნელინადნახევრით ადრე, დაეწყო ცხვირით სუნთქვის გაძნელება, შესაბამის მხარეზე ჰაერის გამტარობის მკვეთრად დაქვეითების გამო. კლინიკაში მომართვამდე ორი თვით ადრე პაციენტს დაეწყო პერიოდული ხასიათის ტკივილები მარცხნივ ზედა ყბის არეში, რასაც მოჰყვა საკბილე მორჩის რბილი ქსოვილების ანთებადი შეშუპება. ანტიბიოტიკოთერაპიის ფონზე მწვავე ანთების მოვლენებმა გაიარა, თუმცა ბოლო პერიოდში აღენიშნა გამწვანების ახალი ფაზა. ანთებითი პროცესის სწრაფი პროგრესირების გამო პაციენტმა მიმართა სტომატოლოგიურ კლინიკას, სადაც ჩაუტარდა სახის ძვლების კომპიუტერული ტომოგრაფია. გამოვლინდა მარცხენა ზედა ყბის ძვლის გიგანტური ზომის ოდონტოგენური კისტა, რის გამოც პაციენტი გამოგზავნილი იქნა ყაბ-სახის ქირურგიულ კლინიკაში მკურნალობის მიზნით.

ლოკალური სტატუსი: გარეგანი ინსპექციით ყურადღებას იქცევდა სახის ზომიერად გამოხატული ასიმეტრია მარცხენა თვალბუდის ქვედა მიდამოს რბილი ქსოვილების ანთებადი შეშუპების გამო. რინოსკოპიული გასინჯვით: მარცხნივ, ცხვირის ქვედა სავალის შიდა მოცულობა იყო მკვეთრად შემცირებული, ხოლო მსხლისებური შესავლის ფუძე - დეფორმული, გამობერილი და დაფარული მაცერირებული, ჰიპერემიული ლორწოვანი გარსით. ქვედა ყბის მოძრაობა იყო თავისუფალი. პირის ღრუს ინსპექციით, შესაბამის მხარეზე, საკბილე მორჩის მფარავი რბილი ქსოვილები ვესტიბულური მხრიდან, კარიბჭის თაღის ჩათვლით, მთელ სიგრძეზე (ცენტრალური საჭრელიდან მეორე მოლარამდე) იყო შეშუპებული და ჰიპერემიული. პალპატორულად 21-24 კბილების ინტერვალის ფარგლებში ისინჯებოდა ძვლის გათხელებული, გამობერილი და დრეკადი კორტიკალური ფირფიტა (დიუპიუტრენის სიმპტომი). შესაბამის მხარეს, ფრონტალურ არეში მაგარი სახის ლორწოვანი გარსი იყო ჰიპერემიული და პალპაციურად მტკივნეული. 28 კბილი კბილთა რკალში არ ვიზუალიზდებოდა (ექსტრაგირებული იყო მომართვამდე). ყველა კბილი - 21-დან 27 ჩათვლით, ადრე იყო ენდოდონტიურად ნამკურნალები და რესტავრირებული. 24 კბილის სტატიკა, მიმდებარე ძვლოვანი ქსოვილის მნიშვნელოვანი დესტრუქციის გამო, იყო დარღვეული.

რადიოლოგიური გამოკვლევის მონაცემები: სახის ძვლების კომპიუტერული ტომოგრაფიით ნანახი იქნა მარცხენა მხარეს მსხლისებური შესავლის ქვედა კედლის მნიშვნელოვანი რღვევა, რამაც გამოიწვია კისტის შეზრდა ცხვირის ქვედა სავალში და ამ უკანასკნელის შიგნითა სივრცის მკვეთრი შევიწროება. ამასთან, კისტა განიცდიდა ზრდას მთელ სიგრძეზე, მარცხენა ზედა საკბილე მორჩის გასწვრივ. კისტის ღრუში ფიქსირდებოდა 21, 22, 23, 24, 25, 26 და 27 კბილების ფესვების აპიკალური მესამედები. რღვევას განიცდიდა მარცხენა ჰაიმორის ნიალის მედიალური კედლის ქვედა ნაწილი და ქვედა კედელი, საიდანაც კისტა შეზრდილი იყო ნიალში და ნახევრამდე ავსებდა მის შიდა სივრცეს. დესტრუირებული იყო, შესაბამის მხარეს, მაგარი სახის ძვლოვანი ქსოვილიც.

წინასაოპერაციო მომზადების რეჟიმში პაციენტს დაენიშნა ანტიბიოტიკური თერაპია და პირის ღრუს თბილი ანტისეპტიკური სავლები. მიეცა რეკომენდაცია, კისტის ღრუში არსებული კბილების განმეორებით ენდოდონტიურ მკურნალობასა და რესტავრაციასთან დაკავშირებით. კბილების შენარჩუნების მიზნით, ოპერაციის წინ პაციენტს ჩაუტარდა 21, 22, 23, 25, 26 და 27 განმეორებითი ენდოდონტიური მკურნალობა და დაბუჟნა ლატერალური კონდენსაციის მეთოდით. 30.03.2022 წ. პაციენტი ჰოსპიტალიზებული იქნა კლინიკაში ოპერაციული მკურნალობის მიზნით.

პაციენტს ზოგადი გაუტკივარებით ჩაუტარდა ოპერაციული ჩარევა: მარცხენა ზედა ყბის ძვლის სეგმენტური რეზექცია, ცისტექტომია, ჰაიმორის ნიალისა და კისტის ძვლოვანი სარეცელის ქირურგიული და ანტისეპტიკური სანაცია, წარმოქმნილი ვრცელი ორო-ანტრალური ფისტულა დაიხურა.

ოპერაციის ტექნიკა: რამდენადაც ტექნიკური თვალსაზრისით გამართლებულად ჩაითვალა საოპერაციო ველის გახსნა ერთი ვრცელი განაკვეთით, გატარდა კალდუელ-ლუკის ატიპიური განაკვეთი, ტრაპეციული ნაფლეთის წარმოქმნით, 21 კბილიდან ტუბერამდე. აშრევდა რბილი ქსოვილები და მობილიზდა ზევით. სალი ძვლის ფარგლებში, ფრეზირების გზით, მოიკვეთა საკბილე მორჩის ვესტიბულური კედლის დესტრუირებული უბანი. ამოიკვეთა კისტის გარსი მთლიანად რამდენიმე ობიექტის სახით, როგორც კისტის ძვლოვანი ღრუდან, ისე ჰაიმორის ნიალიდან. ცხვირში შეზრდილი კისტის გარსის ფრაგმენტის ამოკვეთისას ადგილი ჰქონდა ამ უკანასკნელთან შეზრდილი მაცერირებული ლორწოვანი გარსის მთლიანობის რღვევას, რომელიც აღდგა ატრავმული 5/0 ძაფის კვანძოვანი ნაკერებით. ჩატარდა წინასწარ ენდოდონტიურად ნამკურნალები 21, 22, 23, 25, 26 და 27 კბილების ფესვების მწვერვალების რეზექცია, მათი შენარჩუნების მიზნით. ექსტრაგირდა 24 კბილი, რომლის ფესვებს აღარ ჰქონდა შერჩენილი საყრდენი ძვლოვანი ქსოვილი. ქირურგიულად და ანტისეპტიკურად დამუშავდა კისტის ღრუს ძვლოვანი კედლები, ჰაიმორის ნიალი და 24 კბილის კბილბუდე. გატარდა ჭრილობის ჰემოსტაზი ელექტროკოაგულაციით. ნიალში მოთავსდა რეზინის დრენაჟი, რომლის ბოლო გამოტანილი იქნა კარიბჭის ჭრილობაში. მობილიზდა რბილი ქსოვილების ვესტიბულური ნაფლეთი და ჭრილობა გაიკერა ატრავმული 3/0 ძაფის კვანძოვანი ნაკერებით, ორო-ანტრალური ფისტულის დახურვით.

ამდენად, აღწერილი ცხვირისა და ჰაიმორის ნიალებში შეზრდილი, ზედა ყბის ფრონტალური ლოკალიზაციის გიგანტური რადიკულური კისტის იშვიათი კლინიკური შემთხვევა ინტერესს იწვევს სამი ძირითადი მიზეზის გამო: 1. დიდი ზომის ფრონტალური კისტები უხშირესად განიცდის შეზრდას ცხვირის ღრუში და, ჩვეულებრივ, ვერ აღწევს ჰაიმორის ნიალს; 2. კისტა იმდენად ავიწროებდა ცხვირის ქვედა სავალს, რომ იწვევდა შესაბამის მხარეს ცხვირით სუნთქვის გაძნელებას; 3. კისტა იზრდებოდა ჰორიზონტალური მიმართულებით - ფრონტალური მიდამოდან მოლარების პროექციამდე, რის გამოც მასში ფიქსირდებოდა მარცხენა ზედა ყბის არემი არსებული ყველა კბილის ფესვი.

ლიტერატურა:

1. Peterson's - Principles of Oral and Maxillofacial Surgery, Third Edition, 2014 (vol. 2
2. Oral and Maxillofacial surgery, Missouri : Elsevier 2018
3. Guerrissi JO.- Giant cells mandibular lesion: surgical treatment with preservation of the dentition. J Craniofac Surg. 2013 Jul;24(4):1394-6.
4. Причини рецидивов кистозных образований челюстей Д.м.н., проф. А.В. Щипский, И.В. Годунова* Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия Стоматология 2, 2016 с.84-88

SUMMARY

CLINICAL CASE REVIEW

Atskvereli L.¹, Bregadze O.², Chuchulashvili N.²,
Tsiklauri G.³, Sekhniashvili N.³,

GIANT ODONTOGENIC CYSTS OF THE FRONTAL LOCALIZATION OF THE MAXILLA WITH GROWTH IN THE NASAL AND SINUS CAVITIES

TSMU, DEPARTMENT OF ORAL SURGERY AND IMPLANTOLOGY¹, DEPARTMENT OF MAXILLOFACIAL SURGERY²; S. KHECHINASHVILI UNIVERSITY CLINIC³

The article presents a description of a rare clinical case of a giant radicular cyst of the frontal localization of the maxilla, growing into the nasal and sinus cavities. A 26-year-old male patient complained of pain in the upper jaw area on the left side, inflammation of the soft tissues of the tooth ridge and the lower part of the lower eyelid, and difficulty in breathing through the nose. Computed tomography of the facial bones diagnosed: giant radicular cyst of the left maxillary bone with growth into the nasal and maxillary sinuses, acute inflammatory phase. The cyst caused significant destruction of the inferior wall of the pear-shaped aperture, the medial and inferior walls of the maxillary sinus and the osseous mass of the periodontium on the corresponding side. On one hand, it experienced growth in the nasal cavity and narrowed the inner space of the left lower nasal passage, on the other hand - due to growth in the cavity, it filled its lower half and at the same time expanded in the horizontal direction - from

the frontal area to the projection of the molars, due to which the roots of all the teeth in the left upper jaw are towards to the cyst. In the mode of pre-operative preparation, the patient was prescribed antimicrobial therapy. In addition, in order to preserve the teeth, the canals 21, 22, 23, 25, 26 and 27, which were previously endodontically treated, were re-canalized and filled before the surgery. 2 weeks after the initial treatment, the patient was hospitalized and underwent surgery: segmental resection of the left maxillary bone within the healthy tissue, radical cystectomy, extraction of 24 statically movable teeth, resection of the apexes of the roots of teeth 21, 22, 23, 25, 26 and 27, closure of oro-antral communication.

ბახტაძე ს.¹, ნადირაძე თ.¹, კვაჭაძე ი.²,
ხაჭაპურიძე ნ.¹

გამონეული პოტენციალის ცვლილება ინტერნეტ-დამოკიდებულ პაციენტებსა და მოზარდებს

თსსუ, გავრცედა ნეპროლოგიის დეპარტამენტი;
ფიზიოლოგიის დეპარტამენტი²

ინტერნეტ-დამოკიდებულება, ანუ ინტერნეტის პათოლოგიური მოხმარება, ხასიათდება ინდივიდის მიერ ინტერნეტთან გატარებული დროის კონტროლის უნარის დაქვეითებით, ან დაკარგვით. აღნიშნულის შედეგად ვითარდება დისტრესი და სიცოცხლის ხარისხის დაქვეითება, რაც მოიცავს სოციალური ურთიერთობების დეფიციტს, აკადემიური მოსწრებისა და ქცევის დარღვევებს [1]. ზოგიერთი მკვლევარის აზრით, ინტერნეტის ქარბი მოხმარება ცალკე მდგომარეობას არ წარმოადგენს და იგი ისეთი დარღვევების სიმპტომია, როგორცაა შფოთვისითი აშლილობა და დეპრესია. აშშ-ის ადიქციის შემსწავლელი საზოგადოების მიერ შემუშავდა ადიქციის ახალი დეფინიცია, რომლის მიხედვით ადიქცია თავის ტვინის ფუნქციონის ქრონიკული დარღვევაა, განპირობებული არამხოლოდ ნივთიერებების მოხმარებით (ალკოჰოლი, ნარკოტიკული საშუალებები), არამედ განვითარებული ქცევითი დამოკიდებულებების დროსაც [2].

მენტალური დაავადებების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს მე-5 გადახედვის (DSM V-ის) მიხედვით [3], ინტერნეტ-დამოკიდებულება კომპულსიურ-იმპულსური სპექტრის დარღვევაა, რომელიც გულისხმობს კომპიუტერის ონლაინ და/ან ოფლაინ გამოყენებას და მოიცავს სულ მცირე სამ ქვეტიპს: გადაჭარბებულ თამაშს, სექსუალური ტიპის აქტივობას ონლაინ და მეილზე/ტექსტურ შეტყობინებებზე პერმანენტულ დამოკიდებულებას. ყველა

მათგანს აქვს ოთხი საერთო კომპონენტი: 1) გადაჭარბებული გამოყენება, ხშირად ასოცირებული დროის შეგრძნების დაკარგვასთან, ან ძირითადი აქტივობების უგულებელყოფასთან; 2) მოხსნის სინდრომი, გამოვლენილი სიბრაზის, დაძაბულობის და/ან დეპრესიული ქცევით მაშინ, როდესაც ონლაინ აქტივობა შეუძლებელი ხდება; 3) ტოლერანტობა - ონლაინ გატარებული დროის გაზრდილი მოთხოვნილების სახით; 4) ნეგატიური შედეგები - აგრესიული ქცევა, ტყუილი, დაბალი აკადემიური მოსწრება, სოციალური იზოლაცია და დაღლილობა [4]. ინტერნეტ-დამოკიდებულების გამომწვევი მიზეზები უცნობია. დადგენილ რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს ონლაინ აზარტული თამაშების ოჯახური ისტორია. მეტიც, აღმოჩენილია მყარი კავშირი მშობლების დეპრესიასა და ბავშვის ინტერნეტ-დამოკიდებულებას შორის. ონლაინ აზარტული თამაშების ოჯახური რისკი განპირობებულია როგორც გარემო ფაქტორებით, ისე გენეტიკური წინასწარგანწყობით. გენეტიკური წინასწარგანწყობა აღინიშნება შემთხვევათა 50%-ში. საყურადღებოა, რომ გენეტიკურ წინასწარგანწყობაზე პასუხისმგებელი კონკრეტული გენები ჯერ გამოვლენილი არ არის, თუმცა, არსებობს მოსაზრება, რომ ინტერნეტ-დამოკიდებულების პათოგენეზში მრავალი გენი მონაწილეობს, მათ შორის - დოფამინის D2 რეცეპტორის გენი. გარდა ამისა, სეროტონინის ტრანსპორტერის გენის პოლიმორფიზმმა 5-HTTLPR შეიძლება ასევე შეასრულოს გარკვეული როლი ინტერნეტ-დამოკიდებულების პათოგენეზში [5]. ნეირორადიოლოგიური კვლევებით, კერძოდ - ფუნქციურ მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიით (fMRI) რადიოლოგიური პატერნების სხვაობა ინტერნეტ-დამოკიდებულების მქონე პირებში, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, დადგინდა თავის ტვინის გარკვეულ რეგიონებში: პრეფრონტალურ ქერქში, ორბიტოფრონტალურ ხვეულში, ზოლიან ხვეულში, ნათხემი, თავის ტვინის ღეროში, მარჯვენა სარტყელისებრ ხვეულში, ბილატერალურად პარაჰიპოკამპუსში, მარჯვენა შუბლის ნილში, მარცხენა ზედა შუბლის ხვეულში, მარცხენა კაუჭში, მარჯვენა პოსტცენტრალურ ხვეულში, მარჯვენა შუა კეფის ხვეულში, მარჯვენა ქვედა საფეთქლის ხვეულში, მარცხენა ზედა საფეთქლის ხვეულსა და შუა საფეთქლის ხვეულში. ყველა ჩამოთვლილი სტრუქტურა მონაწილეობს ინტერნეტ-დამოკიდებულების განვითარებაში. Zhou-მ [6] და სხვებმა დაადგინეს, რომ ინტერნეტ-დამოკიდებულების მქონე მოზარდებს აღენიშნებათ რუხი ნივთიერების დაქვეითებული სიმკვრივე მარცხენა წინა სარტყელისებრ ქერქში, მარცხენა უკანა სარტყელისებრ ქერქში, მარცხენა ინსულასა და მარცხენა ენისებრ ხვეულში. ამრიგად, ინტერნეტ-დამოკიდებულების მქონე პირებს აღენიშნებათ მრავლობითი სტრუქტურული ცვლილებები თავის ტვინში და ასეთი ცვლილებები მნიშვნელოვნად კორელირებს მათი ინტერნეტ-დამოკიდებულების ხანგრძლივობასთან.

მიუხედავად არსებული ნეიროგამოსახვითი მონაცემებისა, ინტერნეტ-დამოკიდებულების განმსაზღვრელი ბიომარკერი, რომელიც ნეირონატომიურ მონაცემებთან კომბინაციაში შესაძლებელს გახდის მისი ზუსტ დიაგნოსტიკას, ჯერ კიდევ არ არსებ