

ანვერელი ლ.<sup>1</sup>, ჭუჭულაშვილი ნ.<sup>2</sup>, ბრეგაძე ო.<sup>2</sup>,  
ბიბინაძე მ.<sup>3</sup>, ნიკლაური გ.<sup>2</sup>

### დროებითი კბილავის ენდოდონტიური მკურნალობის იშვიათი გართულება (შემთხვევის აღწერა)

<sup>1</sup>თსუ, პირის ღრუს ძირუბაის და  
ივალანტოლოგიის დეპარტამენტი; <sup>2</sup>ძირუბაილი  
სტომატოლოგიისა და ყბა-სახის ძირუბაის  
დეპარტამენტი; <sup>3</sup>ს.ხაჩინაშვილის სახელობის  
საუნივერსიტეტო კლინიკა

ფოლიკულური კისტა ყბების კისტების 4-6% შეადგენს. მისთვის დამახასიათებელია კისტის სანათურში რუდიმენტული, ან უკვე ფორმირებული კბილის არსებობა. მისი წარმოშობის მიზეზი შეიძლება იყოს კბილწარმოქმნელი ეპითელიუმის მანკოვანი განვითარება ან ქრონიკული ანთებითი პროცესი დროებითი კბილების პერიაპიკალურ ქსოვილებში. დროებითი კბილების პულპიტის მკურნალობის მიზნით საკმაოდ ხშირად გამოიყენება დევიტალური ამპუტაციისა და დევიტალური ექსტირპაციის მეთოდები. განსაკუთრებით დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს აღნიშნული მეთოდების გამოყენება დროებით კბილებზე, ფორმირების ან რეზორბციის სტადიაში მყოფი ფესვებით, რამდენადაც ეს დაკავშირებულია, ენდოდონტიური ჩარევების დროს პერიაპიკალური ქსოვილების ინფიცირებისა და, შესაბამისად, გართულებების ალბათობის ზრდასთან. დროებითი კბილების პულპის დევიტლიზაციისა და მუმიფიცირების მიზნით საჭიროა გამოყენებულ იქნას სპეციალური პასტები, რომელთა შემადგენლობაშიც არ შედის დარიშხანი (მაგალითად, Devit P - დევიტალური ამპუტაციის მიზნით ან Devit C - პარაფორმალდეჰიდის შემცველი პასტა, რომელიც გამოიყენება როგორც დევიტალური ამპუტაციის, ისე დევიტალური ექსტირპაციის დროს). სპეციალისტები განსაკუთრებულ უპირატესობას ანიჭებენ პარაფორმალდეჰიდის შემცველ პასტებს, რომელიც ნაკლებად ტოქსიკურია როგორც პერიოდონტისთვის, ისე ზოგადად ბავშვის ორგანიზმისთვის. აღნიშნული პასტის მოქმედების მექანიზმი აიხსნება პულპის ცილებთან ფორმალდეჰიდის რეაქციაში შესვლით, რაც იწვევს მათ დენატურაციას და შედეგად - პულპის ნეკროზს. გარდა აღნიშნულისა, ქსოვილის გაუნყოფიანების გზით, იგი იწვევს პულპის მუმიფიცირებას და, ამასთან, გამოირჩევა ანტიმიკრობული მოქმედებითაც. მიუხედავად ამ დადებითი თვისებებისა, მისი დაყოვნების ხანგრძლივობა კარიესულ ღრუში განსაზღვრულია დროში, კერძოდ: დევიტალური ამპუტაციის დროს არ უნდა აღემატებოდეს 7-10 დღეს, ხოლო დევიტალური ექსტირპაციის დროს - 10-14 დღეს. აღნიშნული პასტის უფრო ხანგრძლივ გამოყენებას შესაძლოა მოჰყვას მთელი რიგი გართულებები როგორც პერიოდონტში, ისე მიმდებარე ძვლოვან (ალვეოლის კედელი, ძვლის ღრუბლისებური ნივთიერება) ქსოვილში. ცხადია, გართულებების ალბათობა იზრდება შედარებით აგრესიული მოქმედების, განსაკუთრებით - დარიშხანის შემცველი, პასტების გამოყენებისას.

კვლევის მიზანს შეადგენდა დროებითი პულპიტური კბილის ენდოდონტიური მკურნალობის ერთ-

ერთი უიშვიათესი გართულების კლინიკური შემთხვევის აღწერა.

პაციენტი დ.ნ., 11 წლის, შემოვიდა კლინიკაში 2019 19.11, დიაგნოზით: ქვედა ყბის დიდი ზომის ფოლიკულური კისტა. პაციენტის მშობლების გადმოცემით, ბავშვს 8 წლის ასაკში ჩაუტარდა 8 5 კბილის ენდოდონტიური მკურნალობა დევიტალური ექსტირპაციის მეთოდით. პასტის, რომლის შემადგენლობაშიც მშობლები ვერ აკონკრეტებენ, ხანგრძლივი გამოყენების ფონზე მოხდა ფესვის ირგვლივი და ყბის მიმდებარე რბილი და მაგარი ქსოვილების დაზიანება, 4 5 კბილის ფოლიკულის ჩათვლით. თავის მხრივ, მუდმივი კბილის ფოლიკულის დაზიანებამ და ყბის ძვალში მიმდინარე ქრონიკულმა ანთებითმა პროცესმა ბიძგი მისცა ფოლიკულის განვითარების შეჩერებას და მისი გარსის მეტაპლაზიას ფოლიკულურ კისტად. სტომატოლოგიურ კლინიკაში პაციენტს ჩაუტარეს 8 5 კბილის რესტავრაცია მუდმივი ბუჩქით. აღნიშნული ჩარევიდან სამი წლის განმავლობაში პაციენტს ჩივილები არ ჰქონია. კლინიკაში მომართვამდე ერთი თვით ადრე პაციენტს დაეწყო ტკივილი. მარჯვნივ ქვედა ყბის არეში და შეუსივდა მიმდებარე რბილი ქსოვილები. სტომატოლოგიურ კლინიკაში ყბების პანორამული რენტგენოგრაფიული და კომპიუტერულტომოგრაფიული კვლევით გამოვლინდა შესაბამისი მიდამოს დიდი ზომის ფოლიკულური კისტა, რომელიც ლოკალიზებული იყო ქვედა ყბის სხეულის მარჯვენა მხარეს და ვრცელდებოდა 4 3-დან 4 7 კბილებამდე. ამასთან, კბილთა რკალში შენარჩუნებული იყო 8 5 კბილი. 4 4, 8 5, 4 6 და 4 7 კბილების ფესვები მიმართული იყვნენ დესტრუქციის უბნისკენ. პროცესი განვითარებული იყო ამოუჭრელი 4 5 კბილის ირგვლივ, რომელიც მდებარეობდა კისტის ღრუში. 4 3 კბილი იყო დისტორბებული ვესტიბულური მიმართულებით (I ტიპის დისტოპია), რაც გამოწვეული იყო კისტის ზეწოლით 4 4 კბილზე, რომელიც, თავის მხრივ, აწვებოდა 4 3 კბილს და იწვევდა მის გადანაცვლებას კბილთა რკალში. დესტრუქციის უბანი ვრცელდებოდა საკბილე მორჩიდან ქვედა ყბის სხეულის კიდემდე, აღნიშნული მონაკვეთის ფარგლებში. კომპიუტერული ტომოგრაფიით დადგინდა, რომ მნიშვნელოვან დესტრუქციას განიცდიდა ქვედა ყბის სხეულის ვესტიბულური კედელი, ხოლო ნაწილობრივ დესტრუქციას - ორალური კედელი. კერძოდ, შენარჩუნებული იყო მისი ქვედა ნაწილი. ქვედა ყბის კიდზე შენარჩუნებული იყო მხოლოდ კორტიკალური ფირფიტა, რომელიც ერთ უბანზე განიცდიდა პერფორაციას კისტის ღრუში არსებული კბილის ფესვით.

ნინასაოპერაციო კვლევის რეჟიმში, გარდა ყველა საჭირო რუტინული კვლევისა, ჩატარდა კისტის შიგთავსის ციტოლოგიური კვლევა. მასალა აღებული იქნა პუნქციური ბიოფსიით ვესტიბულური მხრიდან. მასალის შესწავლით დადასტურებული იქნა დიაგნოზი.

შემუშავდა ოპერაციული ჩარევის გეგმა, რომელიც მოიცავდა ქვედა ყბის დაზიანებული უბნის ბლოკრეზექციას ცისტექტომიით და, საჭიროების შემთხვევაში, ძვლის რეკონსტრუქციას ტიტანის იმპლანტის გამოყენებით. ოპერაცია ჩატარდა ნაზოტრაქეული ნარკოზით, პირშიგნითა მიდგომით. გატარდა ტრაპეციული განაკვეთები ვესტიბულური და

ორალური მხრიდან, ქვედა ყბის ფრონტალური მიდამოდან კუთხემდე. აშრედა და მობილიზდა რბილი ქსოვილების ნაფლეთები. გაშიშვლდა ქვედა ყბის სხეული პათოლოგიური დესტრუქციის ფარგლებში. ინტრაოპერაციულად გამოვლენილი პათოლოგიური ცვლილებები ძირითადად ემთხვეოდა კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემებს. ჩატარდა 44, 45, 46 და 47 კბილების ექსტრაქცია. ბორმანქანის გამოყენებით ვესტიბულური მხრიდან გაფართოვდა ძვლის დესტრუქციული უბნის კიდეები. კისტის გარსი ბლაგვი ნესით, რასპატორის გამოყენებით, გამოთავისუფლდა მიმდებარე ძვლოვანი ქსოვილისგან. რამდენადაც კისტა ჩაზრდილი იყო ქვედა ყბის არხში, გარსის გამოყოფა კისტის ფუძეზე მიმდინარეობდა დიდი სიფრთხილით, ქვედა ალვეოლური ნერვის, არტერიისა და ვენის მთლიანობის შენარჩუნების მიზნით. ჩატარდა ამ ანატომიური წარმონაქმნების დეკომპრესია. კისტა მთლიანად, გარსის დაუზიანებლად, ერთი ბლოკის სახით ამოიკვეთა ყბის ძვლიდან, მასში მოთავსებულ 45 კბილთან ერთად. იმდენად, რამდენადაც ფოლიკულური კისტა მიდრეკილია რეციდივებისა და მალიგნიზაციისკენ, ონკოლოგიური სიფრთხილის თვალსაზრისით, ბორმანქანის გამოყენებით, მოიხსნა კისტის მიმდებარე ძვლოვანი მასივები, სალი ქსოვილის ფარგლებში. რადგან ძვლის ქირურგიული სანაცხის შემდეგ დარჩა სალი ძვლოვანი ქსოვილი როგორც ქვედა ყბის სხეულის კიდეზე, ისე მისი უკანა კედლის პროექციაზე, ტიტანის იმპლანტის ჩაყენებისაგან თავი იქნა შეკავებული. კისტის ღრუ დამუშავდა ქირურგიულად და ანტისეპტიკურად, ჩატარდა ჰემოსტაზი. ჭრილობა, რბილქსოვილოვანი ნაფლეთების მობილიზაციის შემდეგ, დაიხურა ატრავმული (3/0) ძაფის კვანძოვანი ნაკერებით. ვესტიბულური მხრიდან ჭრილობაში ჩატოვებული იქნა რეზინის ერთი გამომტანი.

პოსტოპერაციული და რეაბილიტაციის პერიოდები მიმდინარეობდა გართულებების გარეშე. პაციენტს უტარდებოდა პირის ღრუს გეგმური სანაცხა. ჭრილობა შეხორცდა პირველადი დაჭიმვით. ოპერაციიდან მერვე დღეს მოიხსნა ნაკერები.

გამომდინარე საკუთარი კლინიკური დაკვირვებიდან, შეიძლება დავასკვნათ:

1. განსაკუთრებით დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს დროებითი კბილების პულპიტის მკურნალობის მიზნით დევიტალური ამპუტაციისა და დევიტალური ექსტირპაციის მეთოდების გამოყენება ფორმირების ან რეზორბციის სტადიაში მყოფი ფესვების არსებობის დროს, რამდენადაც ეს დაკავშირებულია ენდოდონტიური ჩარევებისას პერიაპიკალური ქსოვილების ინფიცირებისა და, შესაბამისად, გართულებების ალბათობის ზრდასთან.

2. დროებითი კბილების პულპის დევიტალიზაციისთვის გამოყენებული უნდა იქნას ის პასტები, რომელიც რეკომენდებულია და აპრობირებულია ბავშვთა პრაქტიკაში და არა გაცილებით აგრესიული მოქმედების დარიშხანის შემცველი პასტები. ამასთან, მკაცრად უნდა იქნას დაცული პასტის მოქმედების დრო.

3. გარდა ლიტერატურაში აღწერილი ხშირი და ტრადიციული გართულებებისა, რომელიც შეიძლება

მოჰყვეს დროებითი კბილების ენდოდონტიურ მკურნალობას, კლინიკაში შეიძლება დაფიქსირდეს ისეთი იშვითი გართულება, როგორიცაა ყბის ფოლიკულური კისტის ფორმირება დროებითი კბილების პერიაპიკალურ ქსოვილებში მიმდინარე ქრონიკული ანთებითი პროცესის ფონზე.

#### ლიტერატურა:

1. Oral and Maxillofacial Surgery, Missouri : Elsevier 2018.
2. Malamed, Stanley F. - Handbook of local anesthesia . St Louis 2013.
3. Peterson's - Principles of Oral and Maxillofacial Surgery, Third Edition, 2012 (vol. 2).
4. ნემსაძე ო.დ. - ქირურგიული სტომატოლოგია - თბილისი, 2015.

Atskvereli L., Chuchulashvili N<sup>2</sup>., Bregadze O.<sup>2</sup>,  
Bi ichadze M<sup>3</sup>., Tsiklauri G<sup>2</sup>.

#### A RARE COMPLICATION OF ENDODONTIC TREATMENT OF THE TEMPORARY TOOTH (CASE REPORT)

<sup>1</sup>TSMU, DEPARTMENT OF ORAL SURGERY AND  
IMPLANTOLOGY; <sup>2</sup>DEPARTMENT OF MAXILLOFACIAL  
SURGERY; <sup>3</sup>S. KHECHINASHVILI UNIVERSITY CLINIC

The article deals with a major medical problem, such as complications caused by failures in endodontic treatment of temporary teeth. Specifically, the article describes an interesting clinical case of temporary tooth decay with paste treatment, damage to the soft and superficial soft tissue surrounding the root and lower jaw, including 45 tooth follicles after prolonged use of paste. In turn, chronic inflammatory processes in the jawbone and damage to the tooth follicle of 45 teeth have pushed the latter to stop development and the metaplasia of the membrane into the follicular cyst. This resulted in the destruction of a large bone area, which included a large mass of bone in the lower jaw, which necessitated resection within the abnormal bone tissue area and the loss of 44, 46, and 47 teeth.