

Зависимость выбора методики цистотомии обширных кист челюстей от информативности лучевых методов исследования

А.В. ЩИПСКИЙ*, д.м.н., проф.

Н.С. СЕРОВА**, д.м.н., проф.

И.В. ГОДУНОВА*, асп.

*Кафедра челюстно-лицевой травматологии

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

**Кафедра лучевой диагностики и терапии

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Dependence of a choice of a technique of a cystotomy of extensive cysts of jaws on an information of beam methods of research

A.V. SHCHIPSKIY, N.S. SEROVA, I.V. GODUNOVA

Резюме: Целью данного научного исследования являлось составление алгоритма оптимального планирования методики операции у пациентов с обширными кистами челюстей. В частности проведено сравнение показателей информативности наиболее часто проводимых лучевых методов исследования при данной патологии. Наибольшую информативность и диагностическую ценность показали высокотехнологичный метод лучевого исследования – компьютерная томография. Эффективность лечения зависит от правильного выбора методики операции. В свою очередь, метод оперативного вмешательства зависит от анатомо-топографических взаимоотношений патологического процесса. Таким образом, чем больше информации получено в период обследования, тем в большей степени можно избежать осложнений и рецидивов, создать благоприятные условия для регенерации кости.

Ключевые слова: цистотомия, киста челюсти, орокистозное сообщение, информативность лучевых методов, компьютерная томография.

Abstract: The purpose of this scientific research was drawing up of algorithm of optimum planning of a technique of operation at patients with extensive cysts of jaws, comparison of indicators of an information of most often carried-out beam methods of research in particular is made at this pathology. Hi-tech methods of beam research – a computer tomography showed the greatest information and diagnostic value. Efficiency of treatment depends on a right choice of a technique of operation. In turn, the method of operative intervention depends on anatomotopographical relationship of pathological process. Thus, the more information it is received in inspection, the more it is possible to avoid complications and recurrence, to create favorable conditions for bone regeneration.

Key words: cystotomy, jaw cyst, oral-cyst passage, informational content of radiation techniques, computed tomography.

Кистозные образования челюстей выявляются у пациентов часто, по данным различных авторов, эти образования составляют от 7% до 12% всех случаев хирургических заболеваний. Существуют данные об их 30% встречаемости. Основными методами хирургического лечения являются цистотомия (Partsch I) и цистэктомия (Partsch II). Со временем методики претерпевали изменения, однако их принципы оставались прежними. Актуальным остается вопрос выбора способа лечения кист челюстей, имеющих значительный размер. Многие авторы применяют двухэтапную методику. Тем не менее, убедительных данных о необходимости проведения второго этапа в виде цистэктомии в литературе не приводится. **Целью нашего исследования** являлось совершенствование метода цистотомии, с помощью которого можно добиться окончательных результатов при лечении обширных кист челюстей в один хирургический этап. Определялась также информатив-

ность лучевых методов исследования путем сопоставления с данными, полученными в ходе операции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 2007-го по 2011 год мы провели хирургическое лечение 66 пациентов (44 мужчины, 22 женщины) с различными кистозными образованиями значительных размеров. Из них радикальные кисты выявлены в 32 случаях (48%), зубосодержащие (фолликулярные) – в 21 случае (32%), резидуальные кисты – в 9 случаях (14%), кератокисты – в 4 (6%). Возраст пациентов составил от 24 до 84 лет, причем наибольшую численность составила группа пациентов среднего возраста по классификации ВОЗ (46-59 лет) – 25 человек. В 29 случаях кисты располагались на верхней челюсти, в 37 – на нижней челюсти. В 37 случаях причинные зубы были удалены. Обследование всех пациентов проводилось с использованием клинико-лабораторных и лучевых методов

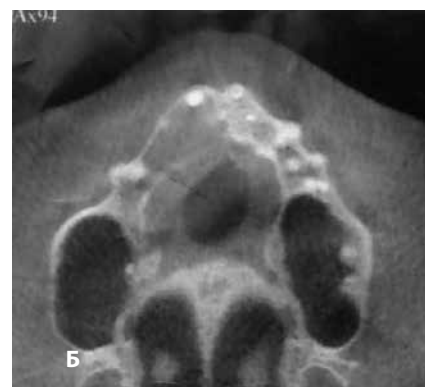


Рис. 1. Результаты лучевых методов исследования: а) ортопантомограмма; б) КЛКТ

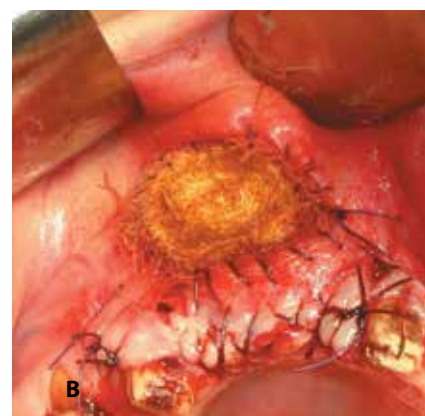
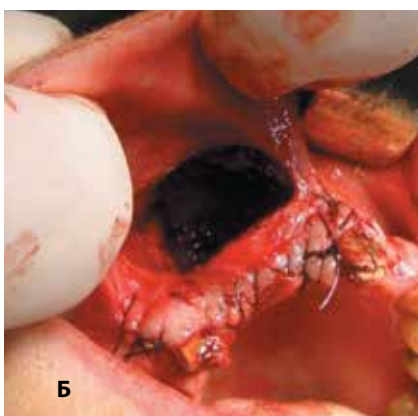
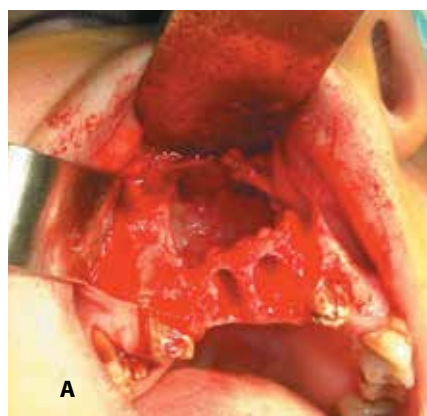


Рис. 2. Этапы операции: а) раскрытие полости кисты; б) создание орокистозного сообщения; в) полость затампонирована тугим валиком из йодоформной турунды, фиксированным к слизистой оболочке

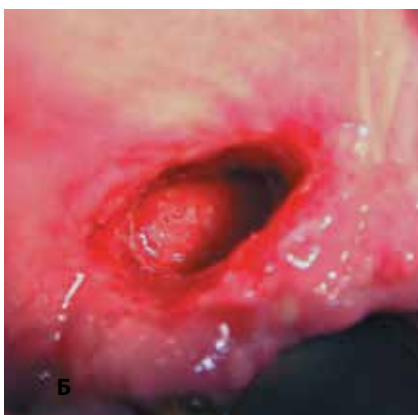


Рис. 3. а) obturator в полости кисты; б) края сообщения стабильны; в) obturator



Рис. 4. Результаты лучевых методов исследования: а) ортопантомограмма; б) КЛКТ



Рис. 5. а) удален сверхкомплектный зуб; б) создано орокистозное сообщение со стороны неба; в) вид полости через один месяц после операции

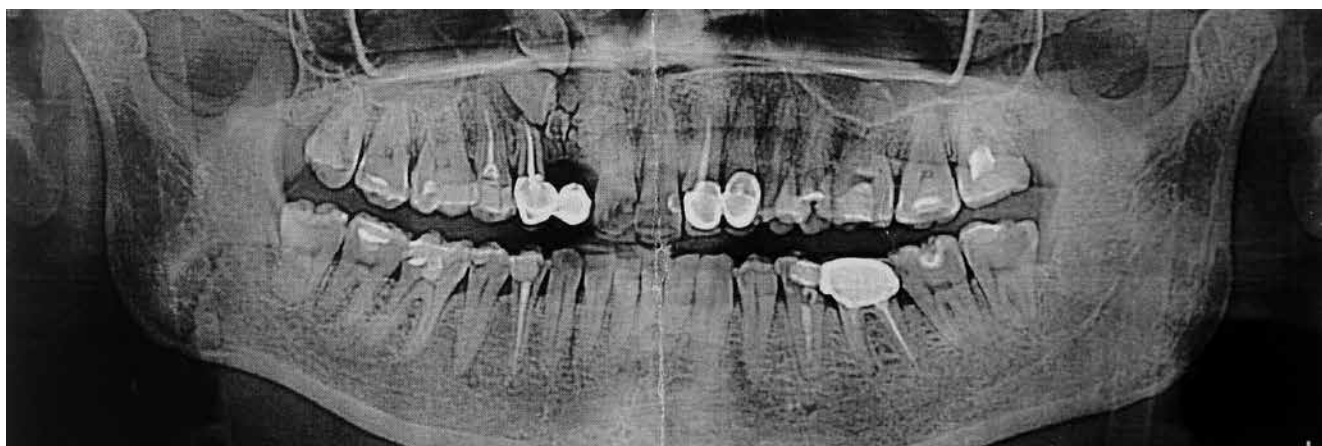


Рис. 6. Ортопантомограмма

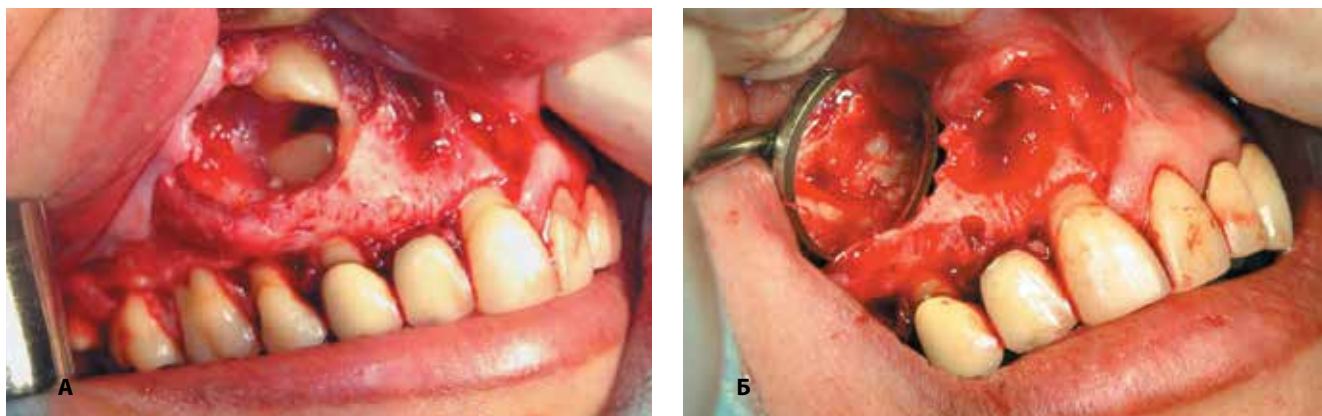


Рис. 7. Этапы операции: а) обнаружены 1.2, 1.3; б), в) сверхкомплектные зубы



Рис. 8. Сообщение кисты с верхнечелюстным синусом, удаление полипа

исследования. На этапе планирования проведено 6 обзорных рентгенограмм, 62 ортопантомограмм (21 цифровая, 41 аналоговая), 33 компьютерных томограмм (6 мультиспиральных компьютерных томограмм, 27 конусно-лучевых компьютерных томограмм). Анализ диагностических изображений проводился по следующим критериям:

- расположение кистозного образования;
- размеры, контуры и форма кистозного образования;
- наличие ретенированного зуба;
- анатомо-топографическое соотношение очага деструкции;
- состояние окружающей костной ткани;
- состояние соседних анатомических структур.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

С учетом данных лучевых методов исследования принимались решения относительно создания оростозного сообщения, обеспечения условий его четкой фиксации и стабильного функционирования, что являлось определяющим фактором эффективности самой методики. При сборе максимального объема достоверной информации в период обследования в большей степени можно избежать осложнений и рецидивов, создать благоприятные условия для регенерации кости. Анализируя данные клинико-лабораторного исследования, мы использовали методики вестибулярной, небной и ороназальной цистотомии.

Вестибулярная цистотомия применялась у 19 пациентов. Показаниями к вестибулярной цистотомии служат деструкция вестибулярной стенки альвеолярного отростка/альвеолярной части при сохранности стенок носа, верхнечелюстного синуса, небного отростка верхней челюсти.

Клинический пример 1. Пациентка М., 45 лет. DS: Радикулярная киста верхней челюсти справа.

Обратилась с жалобами на боль при накусывании в области зубов 1.1, 1.2. Пациентке была проведена ортопантомограмма, с помощью которой выявлено кистозное образование верхней челюсти справа в области зубов 1.1, 1.2, 1.3 (рис. 1а). Однако информация о размерах кисты, границах кистозного образования, анатомо-топографических соотношениях очага деструкции, состоянии стенки носа, синуса, небного отростка отсутствовала. В связи с этим пациентка направлена на проведение высокотехнологичного метода лучевого исследования – конусно-лучевую

компьютерную томографию (КЛКТ), с помощью которой были определены точные размеры образования, сохранность стенок носа, синуса, небного отростка (рис. 1б). При анализе полученных данных было принято решение о проведении вестибулярной цистотомии (рис. 2).

Стабильность функционирования оростозного сообщения достигалась путем использования obturatora, изготавливаемого лабораторным способом (рис. 3). В настоящее время пациентка находится на этапе реабилитации.

Способ небной цистотомии нами использовался у восьми пациентов в случае разрушения стенки небного отростка при сохранности стенки носа и верхнечелюстного синуса. Преимуществом данного метода являются отсутствие необходимости использования obturatora в процессе реабилитации вследствие фиксированной слизистой оболочки на небе, а также в случае адентии, существует возможность протезирования уже на ранних этапах.

Клинический пример 2. Пациент Р., 53 года. DS: Зубосодержащая киста верхней челюсти. Сверхкомплектный зуб.

Обратился с жалобами на периодическое припухание слизистой оболочки неба в области зубов 2.1, 2.2. Пациент обследован с использованием ортопантомограмм и КЛКТ (рис. 4).

При проведении анализа диагностических изображений было выявлено, что ортопантомограмма выявила кистозное образование, ретенированный зуб в ней, но для выбора методики оперативного вмешательства этой информации недостаточно. С помощью КЛКТ были получены данные о границах кистозного образования, сохранности кортикального слоя, анатомо-топографических соотношениях очага деструкции, пространственном расположении ретенированного зуба. На основании данной информации применялась методика небной цистотомии (рис. 5).

В данном случае obturator не применялся, пациент использовал съемный протез через две недели после операции.

В 12 случаях применялась методика ороназальной цистотомии. Деструкция стенки синуса предполагала проведение ороназальной цистотомии даже при наличии других особенностей.

Клинический пример 3. Пациентка М., 40 лет. DS: Зубосодержащая киста верхней челюсти справа. Ретенция, дистопия 1.2, 1.3. Сверхкомплектные не-

сформированные зубы.

Обратилась с жалобами на болезненное припухание десны в области верхней челюсти справа. Проведена ортопантомография, однако ее результаты не давали точных характеристик кистозного образования, ретенированных зубов, анатомо-топографических соотношений, состояния верхнечелюстного синуса (рис.6) Данные этого метода исследования не представляли значимости для принятия решения о методе хирургического вмешательства.

Оперативный доступ осуществлялся с вестибулярной поверхности. При исследовании полости обнаружены и удалены ретенированные 1.2, 1.3 и 1.8 сверхкомплектные несформированные зубы (рис. 7).

При ревизии было выявлено резорбция стенки верхнечелюстного синуса, вследствие чего операция была закончена по методу ороназальной цистотомии (рис. 8).

В случае расположения кистозной полости на нижней челюсти (37 пациентов, 56% случаев) ортопантомография предоставляла достоверные сведения о локализации полости, наличии/отсутствии ретенированного зуба, состоянии окружающей костной ткани. К проведению высокотехнологичных методов мы прибегали лишь в шести случаях (16%), что

связано с достаточной информативностью ортопантомографии при диагностике обширных кист в области нижней челюсти.

Выводы

Цистотомия эффективна в качестве одноэтапной методики хирургического лечения кист челюстей при условии четкого представления о распространении патологического процесса, состоянии соседних анатомических структур. Наиболее достоверную информацию можно получить при использовании высокотехнологичных методов лучевого исследования – компьютерной томографии, однако при локализации кисты в области нижней челюсти в большинстве случаев (84%) достаточно проведения ортопантомографии.

Поступила 09.10.2012

*Координаты для связи с авторами:
г. Москва, ул. Лестева, д. 9*

*Челюстно-лицевой госпиталь для ветеранов войн
Кафедра челюстно-лицевой травматологии МГМСУ*

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Галецкий Д. В. Оценка эффективности различных методов хирургического лечения одонтогенных кист челюстей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2003. – 19 с.

Galeckij D. V. Ocenka effektivnosti razlichnyh metodov hirurghicheskogo lechenija odontogennyh kist cheljustej: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – SPbGMU im. akad. I.P. Pavlova, 2003. – 19 s.

2. Губайдуллина Е. Я., Цегельник Л. Н., Лузина В. В. Опыт лечения больных с обширными кистами челюстей // Стоматология. 2007. №3. С. 51-53.

Gubajdullina E. Ja., Cegel'nik L. N., Luzina V. V. Opyt lechenija bol'nyh s obshirnymi kistami cheljustej // Stomatologija. 2007. №3. S. 51-53.

3. Рабухина Н. А., Григорьянц Л. А., Бадалян В. А., Григорян А. С. Периапикальные деструктивные процессы челюстных костей и динамика восстановления костной

ткани после современных видов оперативного лечения // Вестник рентгенологии и радиологии. 2000. №1. С. 17-20.

Rabuhina N. A., Grigor'janc L. A., Badaljan V. A., Grigorjan A. S. Periapikal'nye destruktivnye processy cheljustnyh kostej i dinamika vosstanovlenija kostnoj tkani posle sovremennyh vidov operativnogo lechenija // Vestnik rentgenologii i radiologii. 2000. №1. S. 17-20.

4. Соловьев М. М., Семенов Г. М., Галецкий Д. В. Оперативное лечение одонтогенных кист. – СПб., «СпецЛит», 2004. – 128 с.

Solov'ev M. M., Semenov G. M., Galeckij D. V. Operativnoe lechenie odontogennyh kist. – SPb., «SpecLit», 2004. – 128 s.

«Белые пятна» российской версии МКБ-10 (С)

Фрагменты доклада профессора **Макеевой И. М.** во время «лекторского дня» стоматологического факультета ПМГМУ им. И.М. Сеченова 05.10.2012. (Обзорный материал об этой конференции читайте в газете «Стоматология Сегодня» №9/2012).

1. Из истории:

– Международная классификация болезней была формализована в 1893 году как классификация Бертильона, или Международный перечень причин смерти.

– Альфонс Бертильон (Bertillon, 1853-1914) – пионер криминалистики, директор бюро идентификации Парижской полицейской префектуры, автор антропологического метода криминалистической регистрации, изобретатель системы бертильонажа – опознания преступников по их антропометрическим данным.

– Последний, десятый пересмотр МКБ ВОЗ был начат в Женеве в 1983 году. Классификацию одо-

брила Международная конференция по Десятому пересмотру МКБ в 1989 году, а в 1990 году она была принята 43-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения.

– МКБ – международная стандартная классификация для общих эпидемиологических цепей и цепей, связанных с управлением здравоохранением.

– Требования к классификации в медицине:

- научная обоснованность,
- отображение основных признаков состояния,
- определение подхода к выбору методики лечения.

2. Причинами перехода на МКБ-10(С) и ее использования как клинической классификации были:

– адаптация и внедрение международных стандартов в образовательную деятельность высших медицинских школ России, в том числе реализация положений Болонской декларации;