

зателей скинтиграфии с мечеными лейкоцитами стала низкая разрешающая способность метода, что особенно актуально при исследовании таких мелких анатомических структур, как фаланги пальцев стоп.

Вывод. В результате проведенного исследования получены данные о высокой чувствительности скинтиграфии с ме-

ченными Tc-99mHMPAO-лейкоцитами у пациентов с осложненным течением ДС в установлении внутрикостного воспалительного процесса, при недостаточно высокой специфичности, что, наиболее вероятно, обусловлено низкой разрешающей способностью метода в дифференциации накопления радиофармпрепарата в костях и мягких тканях.

Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике травматического остеомиелита челюстно-лицевой области

Зорина И. С., Егорова Е. А.

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»
Минздравсоцразвития России

Multislice computer tomography in diagnosis of traumatic osteomyelitis in the maxillofacial area

Zorina I. S., Egorova E. A.

Работа выполнена в рамках ведущей научной школы НШ 3481.2010.7

Актуальность. Остеомиелит — воспалительная деструкция костной ткани, сопровождающаяся ее септическим некрозом. Выделяют травматический, первично-хронический и гематогенный остеомиелит. По клиническим, патологоанатомическим и рентгенологическим проявлениям в развитии и течении остеомиелита челюстей различают 3 стадии: острую, подострую и хроническую.

В настоящее время основным методом для диагностики остеомиелита челюстно-лицевой области является

рентгенологический. Наиболее часто применяемой методикой исследования является ортопантомография, но ее возможности в визуализации тонких структур кости, а также изменений в мягких тканях весьма ограничены.

Цель: изучить возможности мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в диагностике травматического остеомиелита ЧЛО.

Материалы и методы. Обследовано 25 пациентов в возрасте от 18 до 42 лет с травматическим остеомиелитом ЧЛО в различные фазы течения заболевания

(6 пациентов с острой, 10 – с подострой и 9 – с хронической фазами). Всем пациентам выполнялась ортопантомография на аппарате Proscan (Planmeca, Финляндия). Мультиспиральная компьютерная томография 19 пациентам проведена на аппарате Brilliance 64 (Philips, Голландия).

Результаты и их обсуждение. Среди группы пациентов с травматическим остеомиелитом чаще всего встречались двойные переломы нижней челюсти (в зоне приложения силы и отраженные) – 22 случая, остальные локализации составили 3 случая.

Отмечено, что вне зависимости от локализации поражения развитие остеомиелита проходило в три фазы: острую, подострую и хроническую.

В острую фазу клинически отмечались боль, общевоспалительные симптомы, наличие ран с сукровично-серозным отделяемым. На данной стадии изменения, выявляемые при ортопантомографии и МСКТ, оказались не специфичными. Данных за деструкцию получено не было, отмечались линия перелома, увеличение в объеме мягких тканей и снижение их дифференцировки на фоне отека.

В подострой фазе на первый план выходили рентгенопозитивные изменения: воспалительная деструкция, некротизация и секвестрация кости, периостальные наслоения. Данные признаки с достоверностью можно определить при ортопантомографии.

Для уточнения распространенности и выраженности воспалительного процесса в кости и окружающих тканях в 76 % случаев выполнялась МСКТ. На компьютерных томограммах визуализировались мелкие осколки и секвестры (размером до 5 мм, которые были плохо различимы на ортопантомограммах),

локализующиеся в толще челюстей, тонкие периостальные наслоения, определялась связь секвестральных полостей с окружающими структурами (пазухами, каналом нижнечелюстного нерва и т.п.).

При хронизации процесса отмечалось уменьшение размеров зоны деструкции, ассимилированные периостальные наслоения и выраженный остеосклероз, а также рубцовая перестройка мягких тканей, гнойные полости и свищи (без проведения фистулографии), которые плохо визуализировались на ортопантомограмме. Для диагностики этих изменений наиболее информативными была МСКТ.

Двум пациентам с хроническим травматическим остеомиелитом была проведена МСКТ-фистулография: контрастный препарат вводили через свищевые ходы, открывающиеся на коже в проекции угла нижней челюсти и в поднижнечелюстной области. Данная методика позволила определить размеры воспалительных полостей в мягких тканях, их связь с областью переломов нижней челюсти.

Выводы:

1. Диагностика травматического остеомиелита челюстно-лицевой области должна осуществляться в соответствии с предполагаемой фазой течения заболевания, и включать не только традиционные рентгенологические методики, но и МСКТ.

2. В острую фазу травматического остеомиелита наиболее информативны данные клинического обследования.

3. При подостром и хроническом течении целесообразно использование ортопантомографии, в качестве уточняющей методики – МСКТ, в том числе с проведением КТ-фистулографии (по показаниям).