

Современные технологии лучевой диагностики кистовидных образований челюстей (клинический случай)

С. А. Аснина*, А. Ю. Дробышев, Б. Я. Аснин, Н. С. Резникова, Н. Б. Кокота

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

Modern technology of radiation diagnosis kistovidnyh formations of jaw (clinical case)

S. A. Asnina, A. J. Drobyshev, B. J. Asnin, N. S. Reznikova, N. B. Kokota

Реферат

Использование мультиспиральной компьютерной томографии при кистах челюстей больших размеров позволяет определить точные размеры образования, уточнить наличие и величину деструкции костной ткани, а следовательно, выбрать метод оперативного вмешательства в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: мультиспиральная компьютерная томография, кисты больших размеров, цистотомия.

Abstract

The application of a multispiral computed tomography in the diagnosis of large jaw cysts, determine the actual size of the neoplasm, clarify the presence and sizes of a bone tissue destruction, anatomical features of a neoplasm and as a result give an opportunity to choose a way of surgical interventions.

Key words: multispiral computed tomography, large jaw cysts, cystotomy.

Актуальность

Выбор метода лечения одонтогенных кист челюстных костей больших размеров зависит от точного определения степени распространения образования, положения полости кисты по отношению к верхнечелюстной пазухе, основанию полости носа, а на нижней челюсти к нижнечелюстному каналу. В оценке результатов лечения чрезвычайно важен

контроль регенерации костной ткани в области послеоперационного дефекта.

Развитие рентгеновской и компьютерной техники в течение последних десятилетий позволяет использовать при обследовании больных одонтогенными кистами современные методы лучевой диагностики. Таким пациентам, кроме ортопантомографии, панорамной

* Аснина Светлана Александровна, доцент кафедры госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ.
Тел.: +7 (903) 772-08-96
Электронная почта: Asnina-s@yandex.ru

рентгенографии, необходимо проводить мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) или дентальную объемную томографию (ДОТ).

В настоящее время основным методом исследования процессов регенерации костной ткани в хирургической стоматологии является рентгенологическое исследование (Аснина С. А., Шишкова Н. В., Смешко Н. В., 2008). Стандартным обследованием пациента в амбулаторной стоматологической практике является внутривидовая, панорамная рентгенография и ортопантомография. Следует отметить, что данные виды рентгенологического обследования дают неполный спектр необходимых данных для решения вопроса о виде оперативного вмешательства. До настоящего времени лишь некоторые авторы отмечают несоответствие рентгенологической картины и истинных размеров патологического очага, выявляемого во время операции.

С. Коэн и Р. Берис в книге «Эндодонтия» (2001) отмечают: «К тому, что очевидно на рентгенограмме, относиться осторожно, но обязательно недоверчиво». На современном этапе данное высказывание становится несостоятельным, так как МСКТ — это послонное рентгенологическое исследование, обеспечивающее компьютерную реконструкцию изображения, позволяющее проследить и измерить все параметры имеющегося в челюсти дефекта.

Еще одним достоинством данного метода лучевой диагностики является возможность на основе МСКТ изготовить стереолитографическую модель.

Клинический случай

Пациент Т., 30 лет, обратился в Центр хирургической стоматологии и челюстно-

лицевой хирургии с жалобами на деформацию левой половины лица. В результате клинорентгенологического обследования выявлено кистовидное образование в области угла и тела нижней челюсти слева, ретенция и дистопия зуба 3.8 (рис. 1). Учитывая отсутствие кортикальной пластинки, больному проведены пункция образования, цитологическое исследование. Данные цитологического исследования не позволили поставить окончательный диагноз.



Рис. 1. Ортопантомограмма больного до операции. На уровне корня зуба 3.7 определяется дистопированный зуб 3.8 (стрелка), контуры челюсти в области угла и тела не прослеживаются

В данном конкретном случае ортопантомограмма не дает клиницисту представления о состоянии костной ткани, размерах кистозного образования, положении третьего моляра и нижнеальвеолярного нерва, а следовательно, не позволяет составить план лечения. По данным МСКТ с 3D-реконструкцией изображения в разных проекциях изготовлены литографические модели. Составлен план лечения (рис. 2).

Выбран метод оперативного вмешательства, необходимый для гистологической верификации кистозного образо-

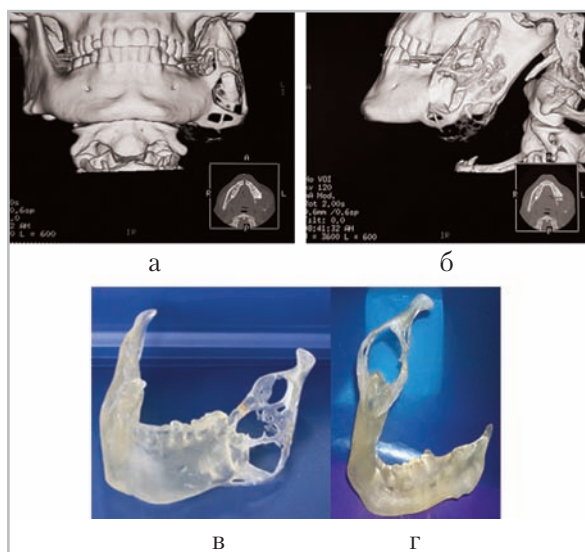


Рис. 2. Компьютерные томограммы нижней челюсти с 3D-реконструкцией изображений: а, б — фронтальная и сагитальная проекции; в, г — стереолитографические модели, выполненные на основании данных МСКТ больного Т. до операции

вания, — расширенная биопсия по типу цистотомии.

В результате гистологического исследования установлен окончательный диагноз: амелобластома.

При гистологическом подтверждении диагноза «амелобластома» пациенту показана резекция нижней челюсти. С учетом наличия зуба 3.8 в полости кистозного образования следует рассмотреть вопрос о причине возникновения амелобластомы. В клинической практике встречаются случаи гистологической верификации одновременно зубосодержащей кисты и амелобластомы. При этом отмечается инвазивный рост оболочки не в сторону кости, а в полость новообразования. Течение данного вида амелобластомы доброкачественное и не требует резекции челюсти.

Через год пациенту Т. проведено плановое контрольное обследование (рис. 3,

а, б; 4). Полученные данные позволяют утверждать, что одним из методов лечения пациентов с амелобластомами нижней челюсти, имеющими в полости кистозного образования ретенированный зуб, следует считать двухэтапную операцию.

Заключение

Учитывая положительный результат лечения больного Т. и для подтверждения эффективности данной технологии лечения, клинически обследовано и про-

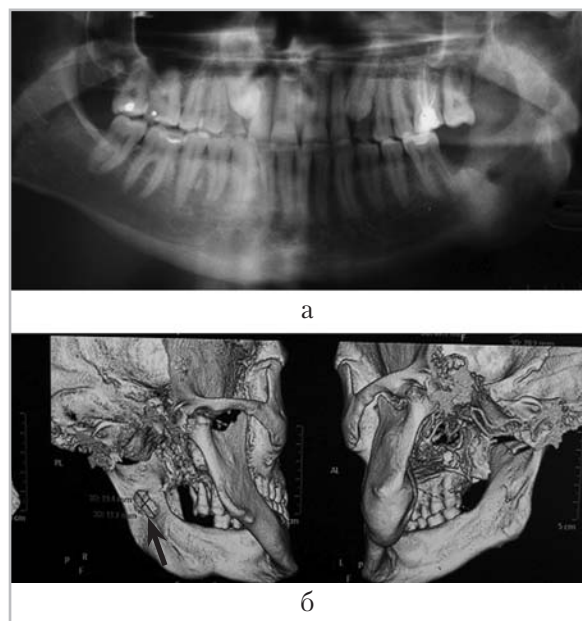


Рис. 3. Ортопантомограмма (а) и компьютерные томограммы лицевого скелета с 3D-реконструкцией изображений (б) больного Т. через 12 мес после операции. На ортопантомограмме определяется восстановление костной ткани, прослеживаются контуры нижнечелюстного канала. Данные МСКТ с построением 3D-реконструкции через год после операции у пациента Т. позволили установить характер остеорепаративных процессов в челюстной кости. Сохраняется дефект на внутренней поверхности нижней челюсти (стрелка), увеличение объема нижней челюсти на уровне образования за счет вздутия сохраняется



Рис. 4. Стереолитографическая модель нижней челюсти больного Т. через год после операции

оперировано еще 12 пациентов с зубосодержащими кистами нижней челюсти, которым в результате гистологического исследования поставлен окончательный диагноз «амелобластома». Все пациенты оперированы в 2 этапа.

Первый этап — расширенная биопсия по типу цистотомии. Через год после обследования второй этап — цистэктомия.

Наблюдение за пациентами в течение 5 лет позволило судить о доброкачественном течении процесса, восстановлении костной ткани в области очага поражения, отсутствии рецидива.

Установлено, что данное хирургическое вмешательство не только позволяет установить окончательный диагноз, но и является методом лечения. Декомпрессия, создаваемая в результате удаления участка оболочки новообразования, способствует восстановлению костной ткани. Наблюдение за пациентами в течение 1–2 лет дает возможность, при необходимости, провести второй этап — цистэктомию.

В случае, когда приходится решать вопрос о резекции челюсти, длительная декомпрессия позволяет уменьшить величину резецируемого фрагмента, а иногда и сохранить край челюсти.

Больные с кистами челюстей больших размеров должны находиться на

учете в течение 5 лет. Рентгенологическое обследование следует проводить через 6, 12 мес, а затем один раз в год, для контроля за регенерацией костной ткани и отсутствием возможного рецидива, в особенности при зубосодержащих, кератокистах и амелобластомах челюстных костей.

Выводы

1. МСКТ при кистах челюстей больших размеров является наиболее информативным методом лучевой диагностики по сравнению с другими методами рентгенологического исследования. Для гистологической верификации кистозного образования следует проводить расширенную биопсию по типу цистотомии.
2. При кистах больших размеров на нижней челюсти следует проводить операцию в 2 этапа, а методом гистологической верификации должна являться расширенная биопсия по типу цистотомии.

Список литературы

1. Аснина С. А., Шишкова Н. В. Использование компьютерной томографии при хирургическом лечении радикулярных кист больших размеров // Институт стоматологии. 2006. № 1 (30). Апр., С. 60, 61.
2. Васильев А. Ю., Воробьев Ю. И., Трутень В. П. Лучевая диагностика в стоматологии. М.: Медика, 2007.
3. Васильев А. Ю. Лучевая диагностика в стоматологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
4. Карапетян И. С., Губайдулина Е. Я., Цегельник Л. Н. Опухоли и опухолеподобные поражения рта, челюстей, лица и шеи. М., 2004.