

© И. В. ГОДУНОВА, А. В. ШИПСКИЙ, 2012
УДК 616.716.8-006.03-073.75-089

И. В. Годунова, А. В. Шипский

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОСНОВА ПЛАНИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОСОДЕРЖАЩИМИ (Фолликулярными) КИСТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Кафедра челюстно-лицевой травматологии Московского государственного медико-стоматологического университета (127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20/1)

Анализ результатов обследования и лечения 21 пациента с фолликулярными кистами позволил уточнить дифференциально-диагностический алгоритм. В статье обсуждается клинический случай кисты верхней челюсти с 20 ретинированными и сверхкомплектными зубами.

Ключевые слова: планирование хирургического лечения, кисты, лечение

THE DIAGNOSTIC BASIS FOR THE PLANNING OF THE SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENTS WITH DONTOGENOUS (FOLLICULAR) GNATHIC CYSTS

Godunova I.V., Shipsky A.V.

The results of the examination and treatment of 21 patients presenting with gnathic follicular cysts allowed specifying the algorithm for differential diagnostics of this pathology. A clinical case of the cyst in the maxilla with 20 impacted and supernumerary teeth is reported.

Key words: planning of the surgical treatment, cysts, treatment

Зубосодержащие (фолликулярные) кисты (ЗФК) (код 3.1.1.3), согласно Международной классификации одонтогенных опухолей (МКБ-С, приложение № 1), являются эпителиальными кистами (код 3) и интерпретируются как пороки развития (код 3.1) [3]. ЗФК развиваются после дифференцировки твердых тканей ретинированного зуба вследствие кистозной дегенерации эмалевого органа [5]. Чаще всего они располагаются в области 3 моляра нижней челюсти [2]. В отличие от околокорневой радикулярной кисты фолликулярную кисту называют околокоронковой кистой. Следовательно, в ЗФК полностью или частично всегда находятся ретинированные интактные или сверхкомплектные (рудиментарные) зубы [1]. Имеется сообщение о том, что на долю ЗФК приходится от 3 до 15% всех кист одонтогенного происхождения [5], однако приводятся данные об их 30% встречаемости [4]. Несмотря на достаточное количество устоявшейся информации о природе ЗФК и эффективности методов их диагностики, складывается впечатление о необходимости комплексной интерпретации диагностической информации, в том числе для планирования хирургического лечения без осложнений и рецидивов. Именно эта цель преследовалась нами при ретроспективном анализе результатов диагностики ЗФК с учетом данных, полученных во время хирургического лечения.

Материал и методы

Нами проведено обследование и хирургическое лечение 63 пациентов с различными одонтогенными кистами челюстей. В 21 (33,3%) случае из них была диагностирована ЗФК, что примерно совпадает с данными проф. В. А. Семкина [4]. Среди них было 11 (52,4%) мужчин и 10 (47,6%) женщин в возрасте от 20 до 77 лет (средний возраст 52 ± 16 лет). Согласно классификации ВОЗ преобладали взрослые пациенты (33,3%) и пациенты пожилого возраста (28,6%) (табл. 1).

Шипский Александр Васильевич — д-р мед. наук, проф., тел. 8(903)736-87-33, e-mail: avshchipskiy@yandex.ru

Информация о распределении пациентов в зависимости от расположения кисты, вида и количества ретинированных зубов представлена в табл. 2.

Данные о преобладании кистозных образований в области нижней челюсти, содержащих ретинированный 38 или 38 зуб [3], подтвердилась и в наших случаях.

Для диагностики и планирования хирургического лечения пациентов с ЗФК использовали информацию, полученную с помощью 32 рентгенологических исследований (20 ортопантомографий, 8 компьютерных томографий, 4 обзорные рентгенографии), которую сопоставили с операционной информацией и результатами патолого-гистологического исследования оболочки кисты. Для лечения пациентов с ЗФК использовали различные методики цистотомии, выбор которых зависел от расположения кистозного образования и анатомо-топографических соотношений очага деструкции костной ткани. Динамическое наблюдение за пациентами осуществляли в поликлинике челюстно-лицевого госпиталя вплоть до восстановления костной ткани челюстей.

Результаты и обсуждение

Диагностика ЗФК челюстей, как правило, не вызвала особых затруднений. На рентгенограммах обычно визуализировалось не только кистозное образование, но и ретинированный зуб в полости данного образования, что являлось важным диагностическим признаком ЗФК. Наличие во всех случаях ретинированного зуба служило подтверждением происхождения данной эпителиальной кисты как порока развития. Кроме того, у одной пациентки фолликулярные кисты были обнаружены одновременно с обеих сторон нижней челюсти. Однако особый интерес представляет случай ЗФК верхней челюсти у пациентки М., 39 лет. В процессе ороназальной цистотомии из полости кисты удалили 20 ретинированных и сверхкомплектных зубов, причем, только два из них — 13 и 12 были ретинированными и полностью сформированными зубами. Остальные зубы представляли собой фрагменты зубной ткани различных размера и формы (рис. 1, на 2-й полосе обложки). Думаем, что даже это количество сверхком-

Таблица 1

Распределение пациентов с зубосодержащими (фолликулярными) кистами челюстей по полу и возрасту

Возраст, годы										Пол			
юношеский (15—23)		взрослый (24—45)		средний (46—59)		пожилой (60—74)		старческий (75—89)		мужчины		женщины	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	4,5	7	33,3	4	19,0	6	28,6	3	14,3	11	52,4	10	47,6

Таблица 2

Распределение пациентов с зубосодержащими (фолликулярными) кистами челюстей по расположению кист, виду и количеству ретинированных зубов

Расположение кист	Количество пациентов	Количество кистозных образований	Количество ретинированных зубов	Вид ретинированных зубов				
				38 (48)	13 (23)	12 (22)	11 (21)	прочее
Нижняя челюсть	15	16	16	16				0
Верхняя челюсть	6	6	25		3	1	3	18
Всего...	21	22	41	16	3	1	3	18

Примечание. В столбце "прочее" представлены результаты одного наблюдения, в котором в кисте обнаружили 13 и 12 ретинированные зубы и еще 18 сверхкомплектных рудиментарных зубов.

плектных зубов не являлось окончательным, так как на микроскопическом уровне, по данным патолого-гистологического заключения, в стенке кисты имелись вкрапления гомогенизированной костной ткани.

По нашим данным, базисным диагностическим исследованием у пациентов с ЗФК следует считать ортопантомографию. Согласно проведенному анализу ортопантомограммы были информативными в 18 (90%) случаях. Стоит отметить, что при расположении кистозного образования в области ветви (и тела) нижней челюсти ортопантомография была информативной во всех 14 (100%) случаях. Более того, комплексный анализ показал, что данной информации было достаточно не только для диагностики, но и для планирования методики хирургического лечения. Единственным недостатком ортопантомографии как 2D-изображения являлся относительный характер информации о пространственном расположении ретинированного 38 или 48 зуба. Несколько иную информативность при определении рентгенологического симптомокомплекса ортопантомография показала при диагностике зубосодержащих кист во

фронтальном отделе (и в проекции синуса) верхней челюсти. По нашим данным, из 6 случаев кистозное образование и ретинированные зубы в полости кисты определялись достоверно на 4 (66,7%) ортопантомограммах. В остальных 2 (33,3%) случаях контуры кистозного образования просматривались, однако ретинированные зубы не определялись (рис. 2, а; рис. 3, а, на 2-й полосе обложки). В первом случае 21 зуб находился по средней линии, т. е. в участке проблемного для ортопантомографии качества изображения. Во втором случае 23 зуб находился в проекции синуса и располагался в медиодистальном направлении. В том и другом случае ретинированные зубы в полости кисты хорошо визуализировались на компьютерных томограммах (рис. 2, б; рис. 3, б, на 2-й полосе обложки). Изображение кистозных образований, расположенных во фронтальном отделе верхней челюсти, на ортопантомограммах имеет один существенный недостаток. Очень важная для выбора методики операции информация о состоянии стенки носа, верхне-челюстного синуса, небного отростка на ортопантомограмме недоступна для врача.

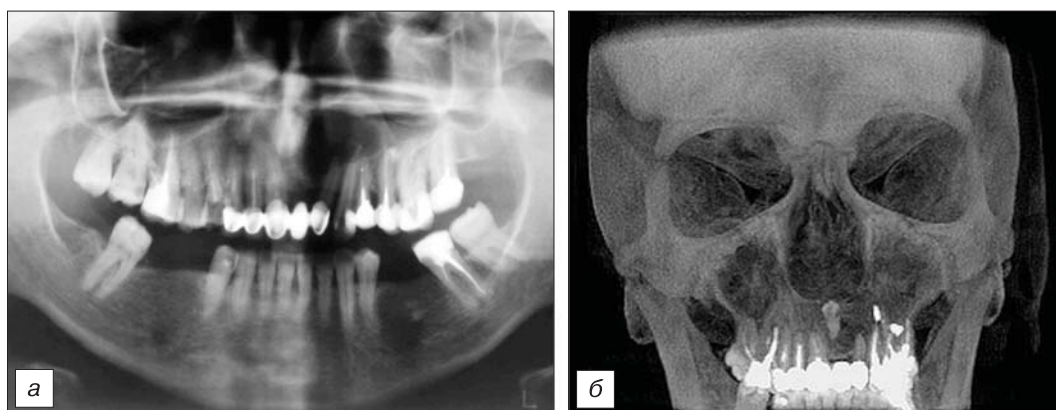


Рис. 2. Пациентка К., 45 лет. Диагноз: зубосодержащая (фолликулярная) киста верхней челюсти слева. Ретенция 21 зуба. Кистозное образование визуализируется на ортопантомограмме (а) и конусно-лучевой томограмме (б), в то время как ретинированный 21 зуб четко дифференцируется только на 3D-реконструкции (б).

Примерный дифференциально-диагностический алгоритм у пациентов с зубосодержащими (фолликулярными) кистами челюстей в зависимости от их расположения

Показатель	Компьютерная томография		Ортопантомография		Обзорная рентгенография	
	нижняя челюсть	верхняя челюсть	нижняя челюсть	верхняя челюсть	нижняя челюсть	верхняя челюсть
Интерпретация кисты	+++++	+++++	+++++	+++	++++	0+
Интерпретация ретинированного зуба (зубов)	+++++	+++++	+++++	+++	++++	0
Состояние "перифокальных" зубов	++++	++++	+++++	+++	+++	0
Состояние стенки носа		+++++		+		+
Состояние стенки синуса		+++++		+		+
Состояние небного отростка		+++++		+		0
Принятие лечебных решений	+++++	+++++	++++	+	+++	0+

Примечание. 0 — информация отсутствует; + — минимальный показатель; +++++ — максимальный показатель.

Примерно такую же информацию, как на ортопантомограмме, можно получить с помощью обзорной рентгенографии черепа. Следует отметить, что при расположении кисты в области ветви (и тела) нижней челюсти данное исследование было выполнено в боковой проекции, при расположении в центральном отделе верхней челюсти — во фронтальной проекции. В первых 3 случаях на обзорных рентгенограммах дифференцировалось кистозное образование и ретинированные "зубы мудрости", расположенные в полости кисты. На фронтальной рентгенограмме данная информация отсутствовала.

Наиболее информативным методом диагностики зубосодержащих кист челюстей является компьютерная томография. Во всех 8 (100%) случаях изучение томограмм позволило определить кистозное образование и его размеры, наличие ретинированных зубов, их количество и расположение, состояние стенки носа, синуса, небного отростка и т. п. Эта информация оказалась исключительно важной для планирования методики хирургического лечения. Так, при разрушенной стенке носа и/или небного отростка выбор цистэктомии как эффективной процедуры по понятным причинам невозможен. Деструкция стенки синуса предполагала применение методики ороназальной цистотомии, небного отростка верхней челюсти — небной цистотомии. Эта информация с учетом возраста и сопутствующих заболеваний может быть важной для выбора места хирургического лечения — в амбулаторных или стационарных условиях.

Таким образом, наш опыт позволяет утверждать, что при диагностике зубосодержащих кист в области нижней челюсти достаточную информацию можно получить с помощью ортопантомографии, тогда как при расположении кисты в области верхней челюсти следует по указанным выше причинам выполнить компьютерную томографию. Несмотря на высокую стоимость компьютерной томографии, такая рекомендация обоснована и с экономической точки зре-

ния, так как лечение рецидива или осложнений требует дополнительных времени и средств.

По итогам проведенного анализа нами составлен примерный дифференциально-диагностический алгоритм, который может быть формализованным источником информации при проведении диагностики и планирования хирургического лечения пациентов с ЗФК челюстей (табл. 3).

Заключение

Обнаружение ретинированного зуба (зубов) в полости кисты является не только важным диагностическим признаком, но и подтверждением происхождения ЗФК как порока развития. Для диагностики и планирования хирургического лечения фолликулярных кист в области нижней челюсти достаточна информация, получаемая с помощью ортопантомографии (при ее отсутствии — с помощью обзорной рентгенографии). Для диагностики и планирования хирургического лечения кист, расположенных во фронтальном отделе верхней челюсти, нужный объем информации можно получить только с помощью компьютерной томографии. Для выбора методики операции необходимо знать о состоянии костной стенки полости носа, верхнечелюстного синуса и небного отростка верхней челюсти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иорданишвили А. К. Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей. — СПб., 2000.
2. Колесов А. А., Воробьев Ю. И., Каспарова Н. Н. Новообразование мягких тканей и костей лица у детей и подростков. — М., 1989.
3. Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10. — 3-е изд. — М., 1997.
4. Семкин В. А., Зарецкая А. С. // Стоматология. — 2010. — № 3. — С. 34—36.
5. Соловьев М. М., Семенов Г. М., Галецкий Д. В. Оперативное лечение одонтогенных кист. — СПб., 2004.

Поступила 15.09.11