

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА, СКЛОННЫХ К РЕЦИДИВУ И АГРЕССИВНОМУ ИНФИЛЬТРАТИВНОМУ РОСТУ

Хирурги, рентгенологи и патологоанатомы совершенствуют классификации опухолей и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области на протяжении многих лет с целью разработать единый протокол лечения. Классификация опухолей на основе происхождения и гистологических критериев была международно признана. Тем не менее, проследить происхождение всех вариантов опухолей и опухолевидных процессов одонтогенных тканей не так просто. В основном это связано с особенностями некоторых поражений и недостатком времени для изучения и сравнения образцов.

Одонтогенные опухоли (ОТ) относятся к группе поражений, происходящих из тканей зубов или их остатков, неопухолевых пролифераций с переходом в доброкачественные и злокачественные новообразования с переменным агрессивным и метастатическим потенциалом [1, 2]. Одним из основных изменений является добавление одонтогенной кератокисты, как доброкачественной, но локально агрессивной эпителиальной одонтогенной опухоли, которая была переименована в кератокистозную одонтогенную опухоль (КСОТ). Кератокистозная одонтогенная опухоль моно- или мультикистозная, внутрикостная опухоль одонтогенного происхождения, с характерным паракератозом многослойного плоского эпителия, имеет потенциал для агрессивного, инфильтративного роста [3]. КСОТ являются одними из самых последовательных и общих черт канцероматозного синдрома базально-клеточного невуса (NBCCS). Они составляют 65-100% от общего количества пациентов с одонтогенными опухолями [4]. Клинически поражения характеризуются агрессивным ростом и склонностью к рецидиву после хирургического



Зыкин А.Г.

врач-стоматолог частной практики, клиника «Зубная студия» (Санкт-Петербург), член АМС, zykin-artem777@mail.ru

Резюме

Данная работа была посвящена повышению эффективности ранней диагностики и лечения больных с одонтогенными кистозными образованиями челюстей различного генеза, склонных к рецидиву и агрессивному инфильтративному росту. Из 110 проанализированных случаев наиболее распространенным типом кистозных образований были воспалительные радикулярные кисты (76,4%) и кисты с признаками ороговения эпителия (23,6%). Средний возраст – 35,2 лет. Пик заболеваемости (47,3%) был зарегистрирован в четвертой декаде в возрасте от 41 до 60 лет. Общее соотношение мужчин и женщин составило 1:1,3.

Ключевые слова: кератокистозная одонтогенная опухоль, цистостомия, цистэктомия, ортокератоз.

INTEGRATED APPROACH TO EARLY DIAGNOSIS ODONTOGENETIC CYSTIC JAWS VARIOUS ORIGINS, ARE PRONE TO RECURRENCE AND AGGRESSIVE INFILTRATIVE GROWTH

Zykin A.G.

The summary

This work was devoted to improve the effectiveness of early diagnosis and

treatment of patients with cystic odontogenic jaws of various origins, are prone to relapse and aggressive infiltrative growth. Of the 110 cases analyzed, the most common type of inflammatory cysts were radicular cysts (76.4%) and cysts with signs of keratinization of the epithelium (23.6%). Average age – 35.2 years. The peak incidence (47.3%) was recorded in the fourth decade in age from 41 to 60 years. The overall ratio of male to female ratio was 1:1.3.

Keywords: keratokistoznaya odontogenic tumor, cystostomy, cystectomy, ortokeratоз.

лечения. Эпителиальные клетки базального слоя показывают увеличение митотической активности и потенциал дочерних кист в стенке [4, 5]. Было изучено, что наличие дочерних кист [6] связано с рецидивом КСОТ. Нижняя челюсть поражается чаще, чем верхняя челюсть, а задние регионы являются наиболее редко вовлекаемыми в процесс [7].

Для постановки окончательного диагноза должно быть проведено гистопатологическое исследование удаленных опухолей [13]. Пациенты с установленным гистопатологически диагнозом КСОТ нуждаются в дальнейшем наблюдении. Для снижения риска возможного рецидива заболевания после проведенного оперативного вмешательства пациентам с КСОТ должно проводиться контрольное рентгенологическое исследование, особенно в течение первого года.

Есть два метода лечения КСОТ: консервативный и агрессивный. Консервативный метод заключается в энуклеации с или без выскабливания и марсупинализации. Агрессивные методы включают в себя периферическую остеотомию, химический кюретаж раствором Керни и резекцию челюсти [8]. На сегодняшний день нет четких представлений о ведении больных с КСОТ. По мнению некоторых авторов, простая энуклеация может быть наиболее подходящим методом лечения КСОТ [9], другие же считают успешной обработку больших кератокистозных одонтогенных опухолей с помощью марсупинализации, а затем энуклеации [11, 12]. Основным методом лечения одонтогенных кист челюстей является хирургический – цистэктомия. Вместе с тем некоторые особенности локализации кист и их тесная взаимосвязь с важными близлежащими анатомическими образованиями диктуют порой необходимость проведения операции цистостомии и ее модификаций [14].

Понимание наиболее распространенных и редких одонтогенных опухолей будет иметь большое применение в их исследовании и клиническом ведении. Оценка частоты возникновения опухолей в разных группах населения является ключом к предварительной диагностике и дальнейшему планированию биопсии на основании клинических и рентгенологических признаков. Это также поможет в консультации пациентов и планировании лечения. Знание гистологических особенностей различных одонтогенных опухолей, а также их клинико-патологических особенностей (описанных в различных пособиях по всему миру) позволит определить группы риска и возможные факторы, связанные с их биологически сложным строением [2].

Цель работы

Рассмотрение особенностей поведения одонтогенных кистозных образований челюстей; анализ серии гистологически и рентгенологически подтвержденных случаев для выбора тактики лечения больных.

Материалы и методы

Были использованы данные историй болезни и рентгеновские снимки пациентов с одонтогенными кистозными образованиями челюстей, находившихся на стационарном лечении в клинике челюстно-лицевой и пластической хирургии ПСПБГМУ имени И. П. Павлова. Сбор данных охватывал двухлетний период – с 2012-го по 2013-й. Возраст, пол, локализация, данные гистологического исследования и вид оперативного вмешательства были сведены в таблицы и проанализированы. За основу исследования были приняты гистологическая классификация опухолей ВОЗ от 2005 года, имеющая клинико-патогистологическую информацию, и классификация кист челюстей по происхождению, учитывающая их этиологию. В сомнительных случаях имена и адреса пациентов были дублированы, а сами пациенты отправлены на повторную явку для определения рецидива.

Результаты

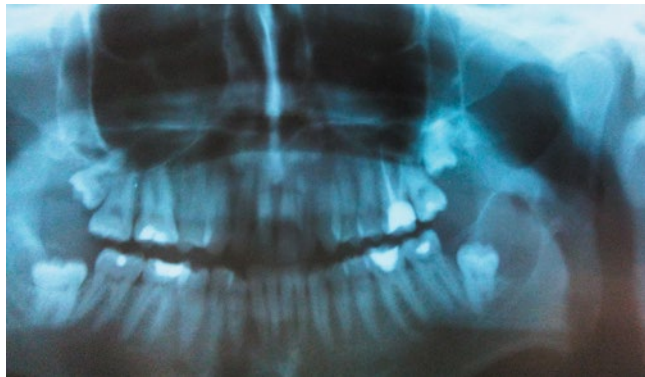
Из 110 проанализированных случаев наиболее распространенным типом кистозных образований были воспалительные радикулярные кисты (76,4%) и кисты с признаками ороговения эпителия (23,6%). В теле нижней челюсти локализовались 30,9% кист, чаще всего в области моляров и симфизарного отдела. 43,6% кист локализовались в области верхней челюсти, за редким исключением с локализацией в верхнечелюстном синусе – 4,5%, и 20,9% – в области ветвей и угла нижней челюсти. Амелобластома и кератокистозная одонтогенная опухоль чаще локализовалась в нижней челюсти. Средний возраст – 35,2 лет. Пик заболеваемости (47,3%) был зарегистрирован в четвертой декаде в возрасте от 41 до 60 лет. Общее соотношение мужчин и женщин составило 1:1,3. При гистологическом исследовании просвет кист содержал включения различной консистенции: от жидкости соломенного цвета до густой сметаноподобной массы, с включениями из гноя и холестерина, который составил 4,5%. Пара- и ортокератозные варианты кист, обладающие агрессивным ростом, встречались в 23,6% случаев. Превалирующий процент составили кисты без ороговения и включений – 71,8%. Оперативное

лечение в объеме иссечения стенки кисты было произведено в 52,7% случаев, а удаление всей кисты с капсулой – в 47,3% случаев.

Клинический случай 1

Пациентка Н. 27 лет.

Диагноз: фолликулярная киста нижней челюсти в области 3.8 зуба.



Выписка из карты патологоанатомического исследования

Описание материала, представленного в виде оболочки, и патологоанатомическое заключение.

Стенка кисты представлена фиброзной тканью с очаговым хроническим воспалением, островками грануляционной ткани с миксоматозом. Выстилка из уплощенного многослойного плоского эпителия.

Как показывает гистологическое исследование, диагноз не соответствует гистологической картине из-за разности эпителиального строения. Это меняет тактику ведения больных и прогноз в перспективе.

Клинический случай 2

Пациентка Н. 55 лет.

Диагноз: нагноившаяся киста нижней челюсти в области 4.5, 4.6 зубов.



Клинический случай 3

Пациентка Н. 50 лет.

Диагноз: нагноившаяся киста нижней челюсти в области 4.5, 4.6 зубов.



Таблица 1

Частота встречаемости одонтогенных кистозных образований по гендерному признаку

Мужчины	Женщины
47 (42,7%)	63 (57,3%)

Таблица 2

Распределение пациентов между возрастными группами (абс)

0-20	21-40	41-60	61 и старше
1	38	52	19

Таблица 3

Данные гистологического исследования оболочек кист (абс)

Эпителий с очагами воспаления, без орто- и паракератоза	Эпителий с очагами воспаления и ортокератозом	Эпителий с очагами воспаления и паракератозом	Эпителий с очагами воспаления и различными включениями
79	14	12	5

Таблица 4

Распределение кистозных образований по топическому признаку (абс/%)

Тело нижней челюсти	Угол и ветвь нижней челюсти	Тело верхней челюсти	Верхнечелюстной синус
34 (30,9%)	23 (20,9%)	48 (43,6%)	5 (4,5%)

Таблица 5

Распределение больных по виду оперативного лечения (абс/%)

Цистостомия	Цистэктомия
58 (52,7%)	52 (47,3%)

Выводы

Разработанный комплексный подход на основании сохранения имеющихся гистологических и рентгенологических данных дает возможность мониторинга больных на предмет атипичного развития и рецидива кистозных образований. Рекомендуется создание централизованного реестра опухолей для облегчения в постановке диагноза и лечении больных. Ретроспективный анализ относительной частоты встречаемости одонтогенных кистозных образований челюстей будет помощью в понимании нозологий для челюстно-лицевых хирургов, хирургов-стоматологов и патологоанатомов. В целом данная проблема требует дальнейшего изучения и сбора новых данных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Philipsen H., Reichart P.A. Revision of the 1992-edition of the WHO histological typing of odontogenic tumors. A suggestion. J Oral Pathol. 2002;31:253-8.
2. Mosqueda-Taylor A. New findings and controversies in odontogenic tumors. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008;13:E555-8.
3. Madras J., Lapointe H. (2008): Keratocystic odontogenic tumour: reclassification of the odontogenic keratocyst from cyst to tumour. J Can Dent Assoc 74:165-165h.
4. Sun L.S., Li X.F., Li T.J.: PTCH1 and SMO gene alterations in keratocystic odontogenic tumors. J Dent Res 2008, 87:575-9.5. Daley T.D., Multari J., Darling M.R. A case report of a solid keratocystic odontogenic tumor: is it the missing link? Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007, 103:512-5.
5. Kuroyanagi N., Sakuma H., Miyabe S., Machida J., Kaetsu A., Yokoi M., Maeda H., Warnakulasuriya S., Nagao T., Shimozato K. Prognostic factors for keratocystic odontogenic tumor (odontogenic keratocyst): analysis of clinico-pathologic and immunohistochemical findings in cysts treated by enucleation. J Oral Pathol Med 2009, 38:386-92.
6. González-Alva P., Tanaka A., Oku Y., Yoshizawa D., Itoh S., Sakashita H., Ide F., Tajima Y., Kusama K. Keratocystic odontogenic tumor: a retrospective study of 183 cases. J Oral Sci 2008, 50:205-12.
7. Kolokythas A., Fernandes R.P., Pazoki A., Ord R.A. Odontogenic keratocyst: To decompress or not to decompress? A comparative study of decompression and enucleation versus resection/peripheral ostectomy. J Oral Maxillofac Surg 2007, 65:640-44.
8. Tolstunov L., Treasure T. Surgical treatment algorithm for odontogenic keratocyst: combined treatment of odontogenic keratocyst and mandibular defect with marsupialization, enucleation, iliac crest bone graft, and dental implants. J Oral Maxillofac Surg 2008, 66:1025-36.
9. Shmidt B.L., Pogrel M.A. The use of enucleation and liquid nitrogen cryotherapy in management of odontogenic keratocysts. J Oral Maxillofac Surg 2001, 59:720-25.
10. Maurette P.E., Jorge J., De Moraes M. Conservative treatment protocol of odontogenic keratocyst: a preliminary study. J Oral Maxillofac Surg 2006,64:379-83.
11. Pogrel M.A. Treatment of Keratocysts: the case for decompression and marsupialization. J Oral Maxillofac Surg 2005, 63:667-73.
12. Marotto M.R., Porras J.L.B., Saez R.S., Rios M.H., Gonzales L.B. The role of the orthodontist in the diagnosis of Gorlin's syndrome. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1999, 115:89-98.
13. Галецкий Д.В. Оценка эффективности различных методов хирургического лечения одонтогенных кист челюстей: автореф. дис... к-та мед. наук / Д.В.Галецкий. – Санкт-Петербург, 2004. – 170 с.

Министерство здравоохранения Челябинской области, «Стоматологическая Ассоциация России»
НИИАМС, ЧОО «Ассоциация стоматологов», ЮУКВЦ «ЭКСПОЧЕЛ»

В рамках Российской научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии»

XII межрегиональная специализированная выставка

УРАЛСТОМАТОЛОГИЯ



- Стоматологическое оборудование и инструменты
- Оборудование и материалы для зуботехнических и литейных лабораторий
- Рентгеновские и стоматологические материалы
- Стоматологическая мебель, медицинская одежда
- Средства для анестезии, дезинфекции и стерилизации, клининг
- Фармацевтическая продукция, предметы гигиены для ухода за полостью рта
- Медицинские услуги

25-27 марта

ТРК «ГАГАРИН ПАРК»
Челябинск, Труда 183
вход со стороны ресторана «МАКСИМИЛИАНС»

Наши партнеры:



8 (351) 230-44-58
7@expochel.ru

