

В. В. Верина

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Научный руководитель ассист. А. П. Лукашевич

Кафедра челюстно-лицевой хирургии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В ходе исследования был проведен анализ лечения больных с радикулярными кистами верхней челюсти. Для выявления частоты диагностических ошибок проведен анализ 197 историй болезни с радикулярными кистами и 84 - с доброкачественными опухолями челюстей.

Ключевые слова: киста, доброкачественная опухоль, дифференциальная диагностика.

Resume. During research the analysis of treatment of patients with radikular cysts of the upper jaw was carried out. For identification of frequency of diagnostic mistakes the analysis of 197 clinical records with radikular cysts and 84 - with benign tumors of jaws was carried out.

Keywords: cyst, benign tumor, differential diagnosis.

Актуальность. В вопросе о природе одонтогенных кист в настоящее время определилась единая точка зрения: их считают следствием хронического воспалительного процесса. Данные литературы и опыт клиники челюстно-лицевой хирургии показывают, что нередко допускаются ошибки в дифференциальной

диагностике кист и новообразований. Это приводит к неправильному выбору метода лечения.

Цель: уточнение рекомендаций в отношении объема и порядка обследования больных.

Задачи:

1 Выявить отличительные особенности одонтогенных кист при дифференциальной диагностике.

2 По результатам дифференциальной диагностики определить правильную методику лечения.

Материалы и методы. В ходе исследования был проведен анализ лечения больных с радикулярными кистами верхней челюсти из архивного материала 1-го отделения челюстно-лицевой хирургии УЗ «11 клиническая больница» г. Минска. У обследованных кисты локализовались в основном в участках верхней челюсти прилегающих к верхнечелюстной пазухе. Для выявления частоты диагностических ошибок проведен анализ 197 историй болезни с радикулярными кистами и 84 - с доброкачественными опухолями челюстей.

Обследование больных следует начинать с анализа жалоб и истории развития заболевания. Для кист характерно медленное бессимптомное развитие. При клиническом обследовании может наблюдаться деформация лица, в зависимости от локализации процесса, при осмотре полости рта часто обнаруживается конвергенция зубов и возможна их подвижность. Из дополнительных методов исследования можно использовать цитологическое обследование, УЗИ, рентгенологическое исследование. Рентгенологическое исследование включает ОПТГ, внутриротовую рентгенографию и компьютерную томографию. При рентгенологическом исследовании кисты дают однотипную теневую картину просветления, четко отграниченного от нормальной костной ткани, с кортикальным ободком по периферии.[1]

Наличие полости, содержащей жидкость, которая равномерно давит на все стенки, обуславливает геометрически правильную округлую форму большинства радикулярных кист.

Увеличиваясь, они теряют правильность формы в соответствии с сопротивлением костной ткани на пути их роста. При больших кистах прозрачность полости может становиться неоднородной вследствие разной глубины дефекта в костной ткани. Рентгенологическая картина в этих случаях мало характерна, и радикулярную кисту приходится дифференцировать с амелобластомой, фиброзной дислазией, внутрикостной гемангиомой, как с наиболее часто встречающимися патологическими состояниями верхней челюсти, имеющие некоторые сходства в клинических проявлениях с одонтогенными кистами. [2]

Результаты и их обсуждение. В результате анализа историй болезней средний процент ошибок при дифференциальной диагностике между радикулярными

кистами и доброкачественными опухолями челюстей составил 12,3 %.

При этом процент ошибок при неполном сборе жалоб, анамнеза составил 7,8 %. Ошибки при недостаточно тщательно проведенном внешнем и внутриротовом осмотре составили 2,2%. Наибольший процент выявился при неправильной трактовке результатов дополнительных исследований: при проведении рентгенологического обследования -28%, при УЗИ – 44%, при цитологическом исследовании 18% (таблица 1).

Таблица 1. Частота выявленных ошибок.

Вид обследования	Ошибки, %
Неполный сбор жалоб, анамнеза	7,8
Недостаточно тщательно проведенный внешний и внутриротовой осмотр	2,2
Проведение рентгенологического обследования	28
УЗИ	44
Цитологическое исследование	18

Выводы:

1 Систематическое обследование больных с учетом всех признаков, отличающих одонтогенные кисты от доброкачественных опухолей челюсти позволяют избежать диагностических ошибок.

2 Точная постановка диагноза позволяет определить правильную методику лечения, объем и характер хирургического вмешательства.

V. V. Verina

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CYSTS OF THE JAWS

Tutor Assistant A. P. Lukashevich

Department of maxillofacial surgery

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Хирургическая стоматология : учебник (Афанасьев В. В. и др.); под общ. ред. В. В. Афанасьева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010
2. Воробьев Ю.И. Рентгенологическая картина кист и некоторых кистоподобных новообразований нижней челюсти. / Воробьев Ю.И., Трутень В.П. // Стоматология. 1994. - №4. - С.21-24.