

ВЫБОР МЕТОДИКИ ЦИСТОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С КИСТОЗНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗОРБЦИИ ОКРУЖАЮЩИХ АНАТОМИЧЕСКИХ СТРУКТУР

Щипский А.В.¹, Годунова И.В.¹, Серова Н.С.²

В данной работе авторы обсуждают алгоритм планирования хирургического лечения у пациентов с кистозными образованиями во фронтальном отделе верхней челюсти.

Материалы и методы.

У 28 пациентов выполнили 29 цистотомий различных модификаций. Информативность лучевых методов сравнили с информацией, полученной во время операции.

Результаты исследования.

Данные компьютерной томографии о состоянии стенок носа, синуса, альвеолярного отростка совпали с ревизией во всех 100% случаев, ортопантомографии – только в 67% случаев. При резорбции синуса во всех 100% провели ороназальную цистотомию. При резорбции носа сообщение в 45% случаев формировали в сторону синуса, в 36% случаев – в вестибулярную сторону, в 18% случаев – в небную сторону. При резорбции вестибулярной стенки соответственно: в 33%, 38%, 30%, небной стенки – 26%, 26%, 47%.

Заключение.

Резорбция стенки синуса, носа и неба исключает применение вестибулярной цистэктомии. При резорбции синуса показана ороназальная цистотомия, неба – небная цистотомия, носа – любая из представленных модификаций в зависимости от резорбции синуса или неба. При отсутствии резорбции синуса и неба показана вестибулярная цистотомия. Применение компьютерной томографии и представленный алгоритм позволяют исключить осложнения и оптимизировать процесс реабилитации пациентов с кистозными образованиями челюстей.

Ключевые слова: кистозные образования челюстей, цистэктомия, цистотомия.

1 – ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Кафедра травматологии челюстно-лицевой области.

2 – ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова. Научно-образовательный клинический центр «Гибридных технологий лучевой медицины». г. Москва, Россия

CYSTOTOMY TECHNIQUES IN PATIENTS WITH CYSTIC LESIONS OF ANTERIOR MAXILLA ACCORDING TO THE RESORPTION OF SURROUNDING ANATOMICAL STRUCTURES

Shchipskiy A.V.¹, Godunova I.V.¹, Serova N.S.²

The authors discuss an algorithm of surgical treatment in patients with cystic lesions of the anterior maxilla.

Material and methods.

29 cystotomy procedures of various modifications were performed in 28 patients. The diagnostic value of radiological methods was compared with the surgical findings.

Results.

Computed tomography data on the state of the nose dorsum, sinus, alveolar process coincided with the revision results in 100% of cases, orthopantomography data was proved only in 67% of cases. Oronasal cystotomy was performed in 100% of sinus resorption cases. In 45% of nose resorption cases fenestration was formed towards sinus, in 36% - towards the vestibular side, in 18% - towards the palatal side. In the cases of vestibular wall resorption the interrelation was respectively as follows: 33%, 38% and 30%, in the cases of palatine wall resorption – 26%, 26% and 47%.

1 - A.I. Evdokimov Moscow State Medical and Dental University.

Chair of maxillo-facial traumatology.

2 - I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. Chair of radiology.

Moscow, Russia

Conclusion.

Sinus wall, nose and palate resorption excludes the use of vestibular cystectomy. Oronasal cystotomy is indicated in case of sinus resorption, palatal cystotomy – in case of palate resorption; and in case of nose resorption any of the presented modifications is possible depending on the resorption of sinus or palate. When sinus or palate resorption is absent, vestibular cystotomy is indicated. Computed tomography and the presented algorithm help to exclude the complications and optimize the rehabilitation process of patients with cystic lesions of the jaws.

Keywords: cystic lesions of the jaws, cystectomy, cystotomy.

Кистозные образования различной природы занимают значительную часть стоматологического приема. В структуре других одонтогенных заболеваний они могут составлять до 17%. Об актуальности проблемы свидетельствуют частые рецидивы после проведенных операций. Цифры сильно отличаются в зависимости от источника, однако по некоторым данным могут достигать до 18% [9]. Такое количество рецидивов для заболеваний, которые хорошо изучены и имеют давно апробированные методики хирургического лечения, объяснить сложно. В основе хирургического лечения кистозных образований челюстей находятся два принципа: удаление оболочки кисты (цистэктомия, (Parsch II)) и декомпрессия (цистотомия, (Parsch I)). Цистэктомия, несмотря на очевидные преимущества, не всегда может гарантировать результат при кистозных образованиях большего размера, в области важных анатомических структур, что наряду с рецидивом основного заболевания может сопровождаться рядом других осложнений [6, 7]. В таких случаях цистотомия остается практически безальтернативной методикой хирургического лечения кистозного образования [2, 8, 9]. Тем не менее, сложилось мнение, что цистотомия не всегда может рассматриваться в качестве самостоятельной методики, а лишь в качестве первого этапа перед проведением цистэктомии [1, 3]. В некоторых случаях с этим можно согласиться, в остальных случаях причину рецидивов после цистотомии следует искать не в природе кистозных образований, а в особенностях хирургической методики. В частности методика цистотомии может различаться в зависимости от взаимоотношения кисты и граничащих с ней анатомических структур. Информация об этом должна быть известна врачу и находиться в основе планирования операции [2, 4]. Целью данного исследования являлось создание клинико-диагностического алгоритма, позволяющего осуществлять оптимальный выбор методики цистотомии в зависимости от состояния анатомических структур в области кистозного образования.

Материал и методика.

Кистозные образования значительных

размеров во фронтальном отделе верхней челюсти были обнаружены у 28 пациентов. Всего имелось 29 кистозных образований (примечание: у одного пациента обнаружили 2 кисты). Выбор модификации цистотомии носил дифференцированный характер. У 10 пациентов (10 ороназальных цистотомий) сообщение сформировали в сторону верхнечелюстного синуса (Рис. 1), у 9 пациентов (10 вестибулярных цистотомий) – в вестибулярную сторону, у 9 пациентов (9 небных цистотомий) – в небную сторону.

Все операции выполнили под проводниковой и инфльтрационной анестезией с использованием: Sol. Ubistesini, Sol. Ultracaini, Sol. Septanesti. После формирования сообщения полость кисты тампонируют йодоформной турундой, которую после ороназальной цистотомии извлекали на 2-3 день через нос, а после вестибулярной и небной цистотомии через 2 недели со стороны полости рта. Затем лабораторным методом изготавливали пластмассовый obturator, который пациенты использовали до максимального уменьшения полости кисты.

Для формирования показаний в пользу определенной модификации цистотомии провели сравнительный анализ информативности дополнительных лучевых методов исследования, выполненных перед операцией. В качестве сравнительного эталона использовали информацию, полученную при внутриоперационной ревизии.

Достоверность результатов и обоснованность выводов данного исследования основана на статистическом анализе с использованием критерия Стьюдента и экспертной оценке.

Результаты исследования и обсуждение.

Сопоставив данные различных лучевых методов исследования с эталонной информацией, полученной во время проведения операции, мы смогли обосновать выбор в пользу той или иной модификации цистотомии и уточнили показания для их применения. Данный выбор не был произвольным, а учитывал состояние анатомических структур по периферии кистозного образования, а именно: резорбцию стенки верхнечелюстного синуса, стенки носа, наличие

Таблица № 1. Состояние стенки носа в области кистозного образования по данным операционной ревизии.

	Оронозальная цистотомия		Вестибулярная цистотомия		Небная цистотомия		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нет информации	0	-	0	-	0	-	0	-
Сохранена	5	17	6	21	7	24	18	62%
Резорбирована	5	17	4	14	2	7	11	38%

Примечание: % во всех случаях исчисляли от общего количества кистозных образований (n=29).

Таблица № 2. Состояние стенки носа в области кистозного образования по данным ортопантомографии.

	Оронозальная цистотомия		Вестибулярная цистотомия		Небная цистотомия		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нет информации	9	33	6	22	6	22	21	78
Сохранена	0	-	1	4	2	7	3	11
Резорбирована	0	-	3	11	0	-	3	11

Примечание: % во всех случаях исчисляли от общего количества выполненных ортопантомографий (n=27).

Таблица № 3. Состояние стенки носа в области кистозного образования по данным обзорной рентгенографии.

	Оронозальная цистотомия		Вестибулярная цистотомия		Небная цистотомия		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нет информации	1	20	3	60	1	20	5	100
Сохранена	-	-	-	-	-	-	-	-
Резорбирована	-	-	-	-	-	-	-	-

Примечание: % во всех случаях исчисляли от общего количества выполненных обзорных рентгенографий (n=5).



Рис. 1.



Рис. 2.

Рис. 1. Фотография внешнего вида верхней челюсти при осмотре

Пациент К., 41 год. Диагноз: радикулярная киста верхней челюсти справа, оттеснившая дно верхнечелюстного синуса и носа. При осмотре выбухание с вестибулярной и небной стороны альвеолярного отростка.

Рис. 2. Ортопантомограмма.

Округлый дефект альвеолярного отростка в области 14 13 12 11, корни 13 12 в полости кисты, данные о состоянии стенки синуса и носа недостоверные.

узуры с вестибулярной или с небной стороны альвеолярного отростка. Проведенные нами операции показали, что без учета данной информации могли возникнуть осложнения или рецидив кистозного образования.

Состояние стенки носа.

Из 29 случаев кистозных образований во фронтальном отделе верхней челюсти стенка носа по данным внутриоперационной ревизии была резорбирована в 11 случаях (38%). Из них, в 5 случаях (17%) выполнили ороназальную цистотомию (Рис. 1), в 4 случаях (14%) – вестибулярную цистотомию, в 2 случаях (7%) – небную цистотомию (Табл. № 1).

Достоверное различие между данными показателями не выявили, что при отсутствии осложнений и рецидивов позволяет утверждать, что резорбция стенки носа не имеет прямого влияния на выбор методики цистотомии. В данных случаях не столь важно, в какую сторону сформировать сообщение с кистой, главное при этом не повредить слизистую оболочку носа. Именно по этой причине резорбция стенки носа является противопоказанием для проведения цистэктомии. Во время удаления оболочки кисты часть оболочки может быть оставлена с последующим рецидивом или может возникнуть трудноустраняемый свищ в сторону полости носа.

Перед операцией обнаружить резорбцию стенки носа не всегда просто. Как показал анализ ортопантограмм, при использовании только данного метода исследования велика вероятность диагностической ошибки (Рис. 2).

Из 27 ортопантограмм нам удалось получить достоверную информацию о состоянии стенки носа только в 6 случаях (22%) случаев (Табл. № 2).

Таким образом, отсутствие достоверной информации на 21 ортопантограмме (78%) не позволяет рекомендовать данный метод исследования в качестве объективного источника информации для изучения состояния стенки носа перед проведением хирургического лечения кистозных образований. Данное исследование должно выполняться в качестве базисного только для диагностики кистозного образования и изучения его основных характеристик: расположения, размера, соотношения с корнями зубов. По данным ортопантомографии можно предположить резорбцию стенки носа и назначить в таком случае более информативный метод исследования.

Информативность обзорной рентгенографии черепа по данному признаку была отрицательной во всех 5 случаях (Табл. № 3), а внутриротовой (прицельной) рентгенографии – во всех 8 случаях их применения (Табл. № 4), что выводит данные дополнительные исследования за рамки обсуждаемого диагностического алгоритма.

Уровень информативности при изучении

состояния стенки носа, сравнимый с внутриоперационным эталоном, продемонстрировала компьютерная томография (100%) (Рис. 3 – Рис. 5; Табл. № 5).

Таким образом, компьютерную томографию можно рекомендовать у пациентов с обширными кистозными образованиями во фронтальном отделе верхней челюсти перед операцией в качестве объективного источника информации о состоянии стенки носа. С ее помощью можно заранее принять решение в пользу цистэктомии или цистотомии. А данные операции, как известно, предполагают различные варианты разрезов и формирования лоскутов. Эта информация может быть важной для пациента, так как предполагает различные варианты реабилитации, которые пациенту следует знать при принятии решения и информированного согласия.

Состояние стенки верхнечелюстного синуса.

Из 29 случаев кистозных образований ревизия во время операции показала резорбцию стенки верхнечелюстного синуса в 6 случаях (21%). Во всех 6 случаях мы провели ороназальную цистотомию (Рис. 1, Табл. № 6).

Резорбция стенки синуса является показанием для создания сообщения в сторону верхнечелюстного синуса. Попытка в данном случае выполнить цистэктомию приведет к повреждению слизистой оболочки синуса. Выполнение в данном случае вестибулярной или небной цистотомии возможно, но менее предпочтительно, так как при этом может быть нарушен характер аппозиционного роста и результат регенерации.

Исходя из установленного во время операции факта резорбции стенки верхнечелюстного синуса, данную информацию сопоставили с информацией, которую получили перед операцией с помощью ортопантомографии. Результат обнадежил, так как из 27 случаев информацию о состоянии стенки синуса можно было считать достоверной при анализе 19 ортопантограмм (70%) (Табл. № 7).

Это достаточно высокий уровень информативности, однако возможная ошибка в 8 случаях (30%) (Рис. 2) тоже является слишком большой, чтобы однозначно рекомендовать ортопантомографию в качестве основного источника информации о состоянии стенки верхнечелюстного синуса. При отсутствии на ортопантограмме достоверной информации о состоянии стенки верхнечелюстного синуса мы рекомендуем выполнить компьютерную томографию (Рис. 3 – Рис. 5).

Обзорная (Табл. № 8) и внутриротовая (прицельная) (Табл. № 9) рентгенография альвеолярного отростка не являются источником достоверной информации о состоянии стенки верхнечелюстного синуса.

Они могут быть использованы в ком-

Таблица № 4. Состояние стенки носа в области кистозного образования по данным внутриворотовой рентгенографии.

	Ороназальная цистотомия		Вестибулярная цистотомия		Небная цистотомия		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нет информации	2	25	4	50		25	8	100
Сохранена	-	-	-	-	-	-	-	-
Резорбирована	-	-	-	-	-	-	-	-

Примечание: % во всех случаях исчисляли от общего количества выполненных внутриворотовых рентгенографий (n=8).

Таблица № 5. Состояние стенки носа в области кистозного образования по данным компьютерной томографии

	Ороназальная цистотомия		Вестибулярная цистотомия		Небная цистотомия		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нет информации	0	-	0	-	0	-	0	-
Сохранена	1	4	3	14	4	18	8	36
Резорбирована	5	23	6	27	3	14	14	64

Примечание: % во всех случаях исчисляли от общего количества выполненных компьютерных томографий (n=22).

Таблица № 6. Состояние стенки верхнечелюстного синуса в области кистозного образования по данным операционной ревизии.

	Ороназальная цистотомия		Вестибулярная цистотомия		Небная цистотомия		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нет информации	0	-	0	-	0	-	0	-
Сохранена	4	14	10	4	9	31	23	79
Резорбирована	6	21	0	-	0	-	6	21

Примечание: % во всех случаях исчисляли от общего количества кистозных образований (n=29).

Таблица № 7. Состояние стенки верхнечелюстного синуса в области кистозного образования по данным ортопантомографии.

	Ороназальная цистотомия		Вестибулярная цистотомия		Небная цистотомия		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нет информации	3	11	4	15	1	4	8	30
Сохранена	2	7	6	22	7	26	15	55
Резорбирована	4	15	0	-	0	-	4	15

Примечание: % во всех случаях исчисляли от общего количества проведенных ортопантомографий (n=27).

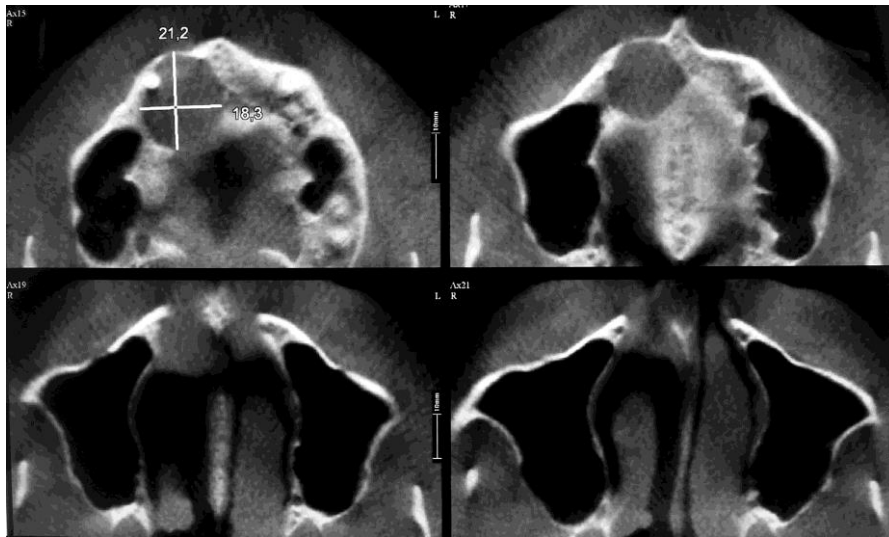


Рис. 3.

Рис. 3. КТ верхней челюсти. Аксиальная реконструкция.

Достоверная информация о состоянии анатомических структур по периферии кистозного образования.

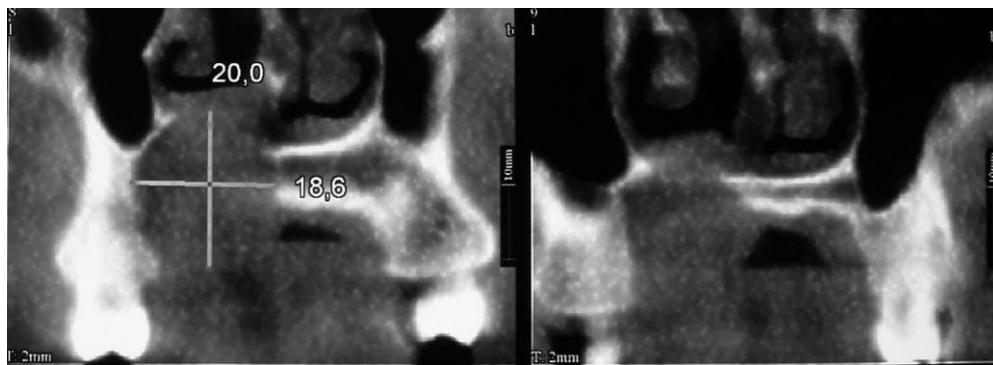


Рис. 4.

Рис. 4. КТ верхней челюсти. Фронтальная реконструкция .

Достоверная информация о состоянии анатомических структур по периферии кистозного образования.

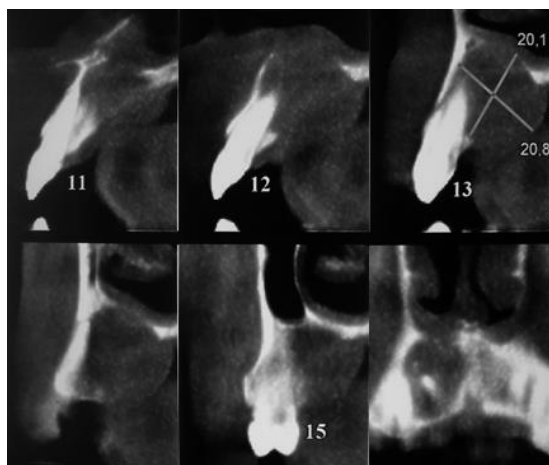


Рис. 5,а.

Рис. 5,а. КТ верхней челюсти. Боковая реконструкция.

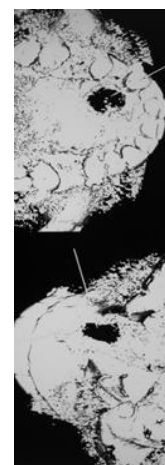


Рис. 5,б.

Рис. 5,б. КТ верхней челюсти. 3D-реконструкции.

Достоверная информация о состоянии анатомических структур по периферии кистозного образования.

Таблица № 8. Состояние стенки верхнечелюстного синуса в области кистозного образования по данным обзорной рентгенографии.

	Ороназальная цистотомия		Вестибулярная цистотомия		Небная цистотомия		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нет информации	1	20	3	60	1	20	5	100
Сохранена	-	-	-	-	-	-	-	-
Резорбирована	-	-	-	-	-	-	-	-

Примечание: % во всех случаях исчисляли от общего количества проведенных обзорных рентгенографий (n=5).

Таблица № 9. Состояние стенки верхнечелюстного синуса в области кистозного образования по данным внутриротовой рентгенографии.

	Ороназальная цистотомия		Вестибулярная цистотомия		Небная цистотомия		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нет информации	2	25	4	50	2	25	8	100
Сохранена	-	-	-	-	-	-	-	-
Резорбирована	-	-	-	-	-	-	-	-

Примечание: % во всех случаях исчисляли от общего количества проведенных внутриротовых рентгенографий (n=8).

Таблица № 10. Состояние стенки верхнечелюстного синуса в области кистозного образования по данным компьютерной томографии.

	Ороназальная цистотомия		Вестибулярная цистотомия		Небная цистотомия		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нет информации	0	-	0	-	0	-	0	-
Сохранена	4	18	8	36	7	32	19	86
Резорбирована	2	9	1	5	0	-	3	14

Примечание: % во всех случаях исчисляли от общего количества проведенных компьютерных томографий (n=22).

Таблица № 11. Состояние вестибулярной стенки альвеолярного отростка в области кистозного образования по операционной ревизии.

	Ороназальная цистотомия		Вестибулярная цистотомия		Небная цистотомия		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нет информации	0	-	0	-	0	-	0	-
Сохранена	2	7	1	3	2	7	5	17
Резорбирована	8	28	9	31	7	24	24	83

Примечание: % во всех случаях исчисляли от общего количества проведенных цистотомий (n=29).

плексном обследовании для получения дополнительной информации о наличии верхнечелюстного синусита и состоянии зубов в проекции кистозного образования.

Достоверным источником предоперационной информации о состоянии стенки верхнечелюстного синуса рядом с кистозным образованием по нашим данным является только компьютерная томография (Рис. 3 – Рис. 5; Табл. № 10).

В таком качестве с ее помощью можно получить и другую вспомогательную информацию, для получения которой обычно назначают другие методы лучевой диагностики.

Состояние вестибулярной стенки альвеолярного отростка.

После отслаивания слизисто-надкостничного лоскута резорбцию вестибулярной стенки обнаружили в 24 случаях, что составило 83% от всех 29 случаев кистозных образований, которые располагались во фронтальном отделе верхней челюсти. При наличии узур в 8 случаях (28%) цистотомию выполнили по методике ороназальной цистотомии, в 7 случаях (24%) – небной цистотомии и в 9 случаях (31%) – вестибулярной цистотомии (Табл. № 11).

Как видно из статистического анализа, наличие резорбции вестибулярной стенки альвеолярного отростка не являлось практически значимой информацией при выборе методики цистотомии. Однако, при отсутствии резорбции стенки синуса или неба, вестибулярный вариант формирования орокистозного сообщения можно считать наиболее обоснованным.

2D-формат ортопантомографии, обзорной рентгенографии и внутриротовой рентгенографии не позволяет обнаружить резорбцию вестибулярной стенки альвеолярного отростка (Рис. 2).

Достоверную информацию о наличии резорбции вестибулярной стенки альвеолярного отростка можно получить только с помощью компьютерной томографии (Рис. 3 – Рис. 5; Табл. № 12). И то, в тех случаях, когда с ее помощью можно оценить состояние и других анатомо-топографических структур.

Состояние небной стенки альвеолярного отростка.

При ревизии во время операции небной стенки альвеолярного отростка оказалось, что она была резорбирована в 19 случаях, что составило 65% от всех 29 случаев кистозных образований, которые располагались во фронтальном отделе верхней челюсти. При наличии небной резорбции в 5 случаях (17%) цистотомию выполнили по методике ороназальной цистотомии (Рис. 1), в 5 (17%) – вестибулярной цистотомии, в 9 (31%) – небной цистотомии (Табл. № 13).

Хотя достоверного статистического различия между группами не обнаружили, тем не менее, возникло понимание, что при наличии резорбции небной стенки лучше воспользоваться

ее наличием и формировать орокистозное сообщение в небную сторону. Выбор при наличии небной резорбции в пользу вестибулярной цистотомии также не будет ошибочным.

2D-формат ортопантомографии, обзорной рентгенографии и внутриротовой рентгенографии не позволяет обнаружить резорбцию небной стенки альвеолярного отростка (Рис. 2).

Во всех случаях достоверную информацию о состоянии небной стенки альвеолярного отростка можно получить с помощью компьютерной томографии (Рис. 3 – Рис. 5; Табл. № 14), которая, как показал анализ, может выступать в качестве универсального источника о состоянии анатомических структур по периметру кистозного образования.

Данные компьютерной томографии позволяют принимать правильные решения по выбору метода хирургического лечения кистозных образований, расположенных во фронтальном отделе верхней челюсти.

Алгоритм выбора методики цистотомии.

Основываясь на проведенном анализе, выбор методики цистотомии мы рекомендуем осуществлять исходя из особенностей резорбции анатомических структур по периферии кистозного образования (Рис. 6). Примерный алгоритм принятия врачебных решений нами представлен в таблице №15.

Заключение.

При наличии резорбции стенки верхнечелюстного синуса мы рекомендуем формировать сообщение в сторону верхнечелюстного синуса. Данная операция известна под названием ороназальная цистотомия. Этого правила следует придерживаться и в тех случаях, когда наряду с резорбцией верхнечелюстного синуса имеется резорбция какого-либо другого анатомического образования или даже всех образований одновременно.

При отсутствии резорбции верхнечелюстного синуса наличие резорбции стенки носа позволяет формировать орокистозное сообщение в вестибулярную или небную стороны. Причем в небную сторону только в тех случаях, когда резорбция стенки носа сочетается с резорбцией небной стенки альвеолярного отростка.

При отсутствии резорбции верхнечелюстного синуса наличие резорбции небной стенки альвеолярного отростка предполагает формирование орокистозного сообщения в небную сторону. Вестибулярный вариант цистотомии в данном случае тоже возможен, однако менее предпочтителен, так как из-за сращения оболочки кисты со слизистой оболочкой неба могут возникнуть определенные сложности с восстановлением кости.

При отсутствии резорбции верхнечелюстного синуса наличие резорбции вестибулярной стенки альвеолярного отростка является основанием для оформления имеющейся узур в

Таблица № 12. Состояние вестибулярной стенки альвеолярного отростка в области кистозного образования по данным компьютерной томографии.

	Ороназальная цистотомия		Вестибулярная цистотомия		Небная цистотомия		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нет информации	0	-	0	-	0	-	0	-
Сохранена	1	4	3	14	0	-	4	18
Резорбирована	5	23	6	27	7	32	18	82

Примечание: % во всех случаях исчисляли от общего количества проведенных компьютерных томографий (n=22).

Таблица № 13. Состояние небной стенки альвеолярного отростка в области кистозного образования по данным операционной ревизии.

	Ороназальная цистотомия		Вестибулярная цистотомия		Небная цистотомия		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нет информации	0	-	0	-	0	-	0	-
Сохранена	5	17	5	17	0	-	10	34
Резорбирована	5	17	5	17	9	31	19	65

Примечание: % во всех случаях исчисляли от общего количества проведенных цистотомий (n=29).

Таблица № 14. Состояние небной стенки альвеолярного отростка в области кистозного образования по данным компьютерной томографии.

	Ороназальная цистотомия		Вестибулярная цистотомия		Небная цистотомия		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нет информации	0	-	0	-	0	-	0	-
Сохранена	1	4	3	14	0	-	4	18
Резорбирована	5	23	6	27	7	32	18	82

Примечание: % во всех случаях исчисляли от общего количества проведенных компьютерных томографий (n=22).

Таблица № 15. Алгоритм выбора методики цистотомии в зависимости от состояния анатомических структур.

Резорбция...	...стенки верхнечелюстного синуса	... стенки носа	...вестибулярной стенки альвеолярного отростка	...небной стенки альвеолярного отростка
...стенки верхнечелюстного синуса	Ороназальная цистотомия	Ороназальная цистотомия	Ороназальная цистотомия	Ороназальная цистотомия
... стенки носа	Ороназальная цистотомия	Вестибулярная цистотомия	Вестибулярная цистотомия	Небная цистотомия
...вестибулярной стенки альвеолярного отростка	Ороназальная цистотомия	Вестибулярная цистотомия	Вестибулярная цистотомия	Небная цистотомия
... небной стенки альвеолярного отростка	Ороназальная цистотомия	Небная цистотомия	Небная цистотомия	Небная цистотомия

Примечание: данный алгоритм составлен в виде таблицы Пифагора, где врач может сопоставить различные варианты и осуществить выбор методики цистотомии.

качестве орокистозного сообщения. Если данная узора сочетается с резорбцией небной стенки альвеолярного отростка, то орокистозное сообщение лучше формировать в сторону неба.

И только при сохранности стенок синуса,

носа и небной стенки альвеолярного отростка можно рассматривать возможность применения цистэктомии, эффективность которой в таких случаях может быть обусловлена гарантированным удалением кистозной оболочки.

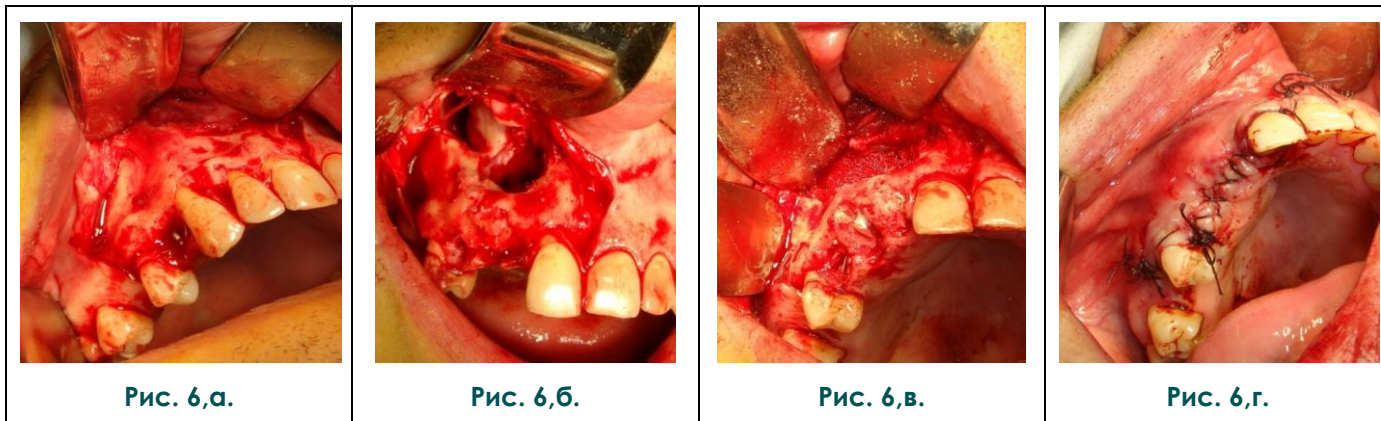


Рис. 6.а.

Рис. 6.б.

Рис. 6.в.

Рис. 6.г.

Рис. 6. Этапы ороназальной цистотомии.



Рис. 7.

Рис. 7. Ортопантомограмма после операции.

Дифференцируется сформированное соустье в сторону верхнечелюстного синуса.

Список литературы:

1. Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н., Лузина В.В. Опыт лечения больных с обширными кистами челюстей // *Стоматология* – 2007г.- №3 – с. 51-53.
2. Зарецкая А.С. Анализ результатов диагностики и амбулаторного лечения пациентов с обширными одонтогенными полостными образованиями в челюстных костях: автореф. дис. канд. мед. наук / ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»- 2010г.-18с.
3. Михайлова А.Б. Клинико-морфологическое обоснование выбора метода лечения кист челюстей и повышение его эффективности: автореф. дис. канд. мед. наук / ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»-2009г.-26с.
4. Рабухина Н.А., Григорьянц Л.А., Бадалян В.А., Григорян А.С. Периапикальные деструктивные процессы челюстных костей и динамика восстановления костной ткани после современных видов оперативного лечения // *Вестник рент-*

5. Чибисова М.А. Трехмерная дифференциальная диагностика кистозных образований челюстей. *Дентальная имплантология и хирургия* №2(7) 2012г.
6. Brandt Filho S.H., Marzola C., Toledo-Filho J.L., Cavaliere-Pereira L. Decompression technique to surgical treatment of the oral cavity cysts // *Academia Tiradentes de Odontologia*-2010-S.525-537.
7. Kruger E., Wortington P. Хирургическое лечение кист // *Квинтэссенция* – 1991г.,- т.1, №5/6,- с.381-395.
8. Stoelinga P.J.W. The treatment of odontogenic keratocysts by excision of the overlying, at-tached mucosa, enucleation, and treatment of the bony defect with Carnoy solution // *Oral. Surg. Med. Pathol. Oral. Radiol.* 2005 Oct; 94(4): 232- 44.
9. Zhao Y.F., Liu B., Jiang Z.G. Marsupialization or decompression of the cystic lesions of the jaws // *Shanghai Kou Qiang Yi Xue* - 2005 Aug;14(4):325-9.

