
SUMMARY

This article presents current information about the regeneration of bone tissue. The main directions of research and an analysis of the work to replace bone tissue defects in oral and maxillofacial surgery. The characteristics of the osteoplastic materials emphasize their positive and negative characteristics in different clinical situations. principles for the use of various forms of biomaterials. The main provisions, which shall be guided by the doctor when choosing a replacement of the bone defect.

УДК: 616.316-006-073.48

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

А.Д. Дадамов, Д.У. Арипова, Х.К. Садикова, М.П. Мирзаев

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкентский областной
онкологический диспансер, Диагностический центр “Andromed&Horev”

Опухоли слюнных желез являются тем разделом клинической онкологии, в котором остается много нерешенных вопросов, в том числе и тех, которые касаются диагностики [1]. В настоящее время хорошо разработаны критерии диагностики неопухолевых заболеваний слюнных желез, описана ультразвуковая семиотика опухолевых заболеваний, но нет четких дифференциально-диагностических признаков злокачественных и доброкачественных опухолей, не достаточно изучены возможности соноэластографии (СЭГ) [2-4]. В последнее время одну из ведущих позиций в диагностике новообразований заняла ультразвуковая диагностика (УЗД). Но, несмотря на общеизвестные достоинства, УЗД присущи некоторые сложности, обусловленные неспецифичностью получаемых изображений в стандартном В-сканировании. Сравнительно новым методом является соноэластография (СЭГ). При СЭГ эластичность тканей отображается определенными цветами на экране сканера. Наиболее плотные и твердые ткани картируются оттенками синего, легко сжимаемые, нормальной эластичности участки маркируются оттенками красного соответствующей цветовой шкалы. Помимо различий в цветовой окраске, значения плотности тестируемых тканей программа выдает и в цифровом выражении. Согласно проведенным нами исследованиям с использованием СЭГ, очаги опухолевого процесса в слюнной железе распознаются чаще и с большей достоверностью, чем при В-сканировании [5-7].

Цель исследования

Показать высокую информативность соноэластографии в диагностике опухолей слюнных желез и целесообразность ее применения, наряду с традиционными цитоморфологическими исследованиями.

Материал и методы

Обследованы 30 пациентов с предварительным диагнозом опухоли слюнной железы, находившихся на обследовании и лечении в Ташкентском областном онкологическом диспансере на базе хирургического отдела опухолей головы и шеи и на базе поликлиники хирургической стоматологии 3-й клиники Ташкентской медицинской академии в 2013-2014 гг. Большинство пациентов получали стационарное лечение, амбулаторно обследованы 10 больных. Больные были в возрасте от 35 до 70 лет. Мужчин было 18, женщин 12.

СЭГ осуществлялась на аппарате HI Vision Prairies (Hitachi Medical Corporation) со встроенной программой эластографии с помощью датчика с частотой 5-13 мГц (L74M, Hitachi). Область интереса заключалась в окно опроса. Для достоверности трактовки различий плотности образования и окружающих тканей в окно опроса включались также ткани без патологических изменений. Эластографическое изображение получалось путем

компрессии и декомпрессии с постоянной скоростью в направлении, перпендикулярном исследуемой зоне. Выбирались оптимальные параметры давления на исследуемую зону в пределах стандартизированной шкалы, заложенной в программе сканера. Эластическое изображение исследуемой области отображалось в виде наложения цветовой карты на изображение в В-режиме. Для удобства восприятия одновременно использовали две секции экрана – стандартный В-режим и СЭГ-картину. Эластичность тканей в зависимости от степени плотности отображалась различными цветами – более плотные структуры имели оттенки синего, в то время как легко сжимаемые участки маркировались оттенками зелено-красной цветовой шкалы. Результаты эластографии оценивались по коэффициенту деформации тканей в режиме реального времени. Результаты записывались в виде клипов или статических изображений на жесткий диск аппарата с целью сбора информации и ее оценки.

При статистической обработке результатов исследования учитывались чувствительность, специфичность, прогностичность полученных результатов, точность метода.

Результаты исследования

Соноэластографическое исследование опухолей слюнных желез показало, что 18 из 30 пациентов коэффициент деформации (КД) не превысил 2,0, собственно ткани окрашивались в красно-зеленый паттерн. Этот показатель доказывает доброкачественную природу опухолей, больные были прооперированы в клинике челюстно-лицевой хирургии. У 4 пациентов КД колебался от 2,0 до 8,0, а ткани окрашивались в сине-зеленый паттерн. После хирургического вмешательства был поставлен диагноз плеоморфная аденома. Этот цветовой показатель характерен для «переходящих» тканей. У 8 пациентов КД превышал 8,0, и окружающие ткани окрасились в синий паттерн. Эти пациенты лечились в онкологическом диспансере с диагнозами аденокарцинома, мукоэпидермоидный рак околоушных слюнных желез. Они получали комбинированное лечение, которое включало химиотерапию и операцию паротидэктомия, в ходе которой произвели экстирпацию околоушной слюнной железы по методу Ковтуновича.

На рисунках 1, 2 представлены ультразвуковые снимки больного А. 1964 года рождения в стандартном В-режиме. Больной обратился с жалобой на припухлость на правой стороне лица. Предварительный клинический диагноз – плеоморфная аденома. Было назначено стандартное ультразвуковое исследование правой околоушной слюнной железы. Эхо-признаки соответствовали клиническому диагнозу.

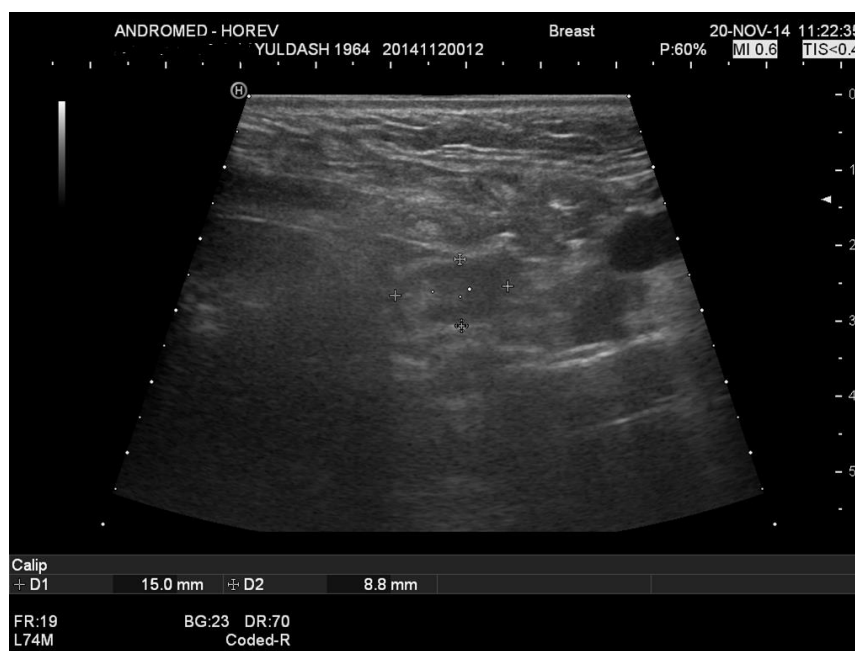


Рис. 1. Ультразвуковое исследование в стандартном В-режиме правой околоушной слюнной железы.

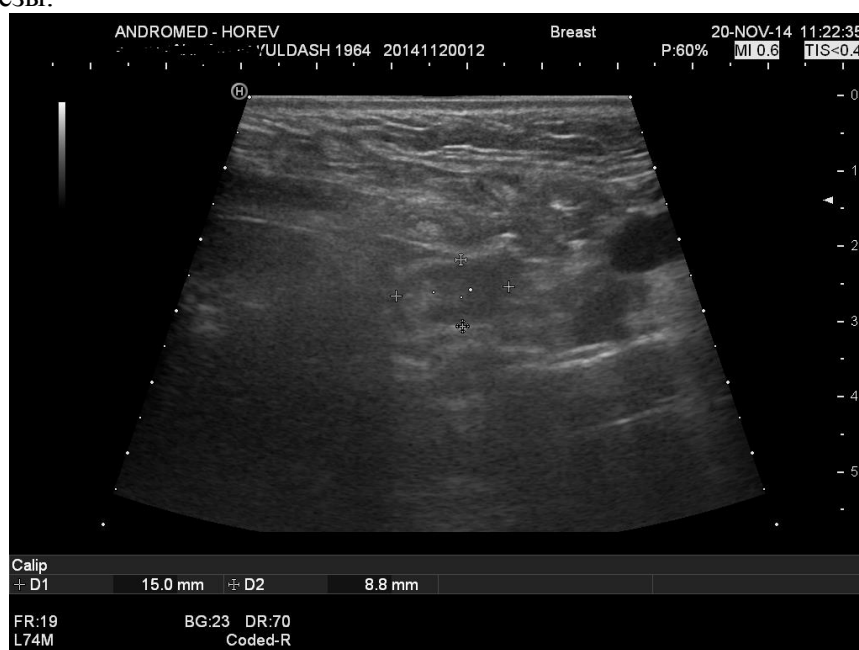


Рис. 2. Ультразвуковое исследование правой околоушной слюнной железы в В-режиме.

У этого же больного была проведена соноэластография. Были определены ранние признаки малигнизации. О малигнизированных участках свидетельствовали области железы, окрашенные в синий паттерн (рис. 3,4) Увеличение показателя коэффициента деформации более чем на 8,0 также доказывает повышенную вероятность озлокачествленности участка железы. Клинически у больного отмечалось ускорение роста опухоли в течение 1 месяца, появилась боль в железе.

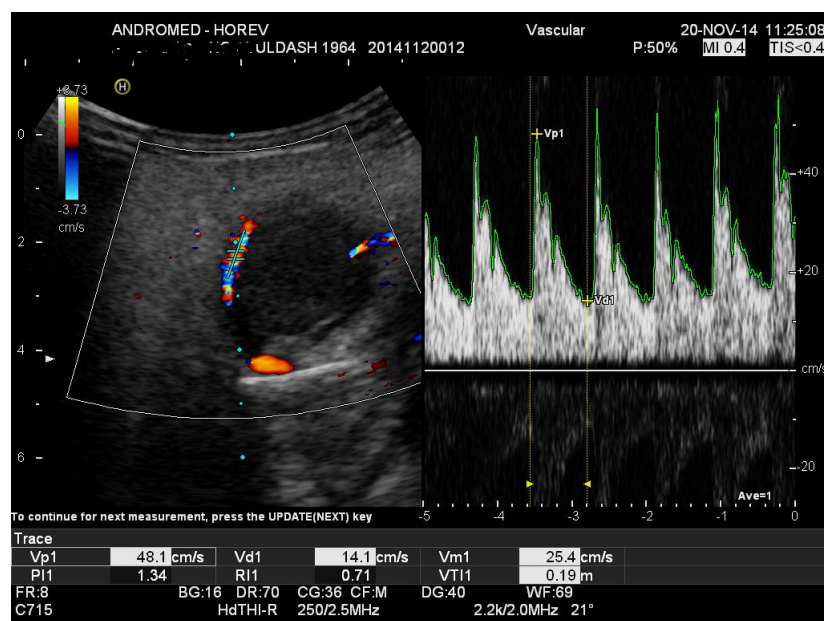


Рис. 3. Соноэластография правой околоушной слюнной железы. Участки с признаками малигнизации окрашены в синий паттерн.

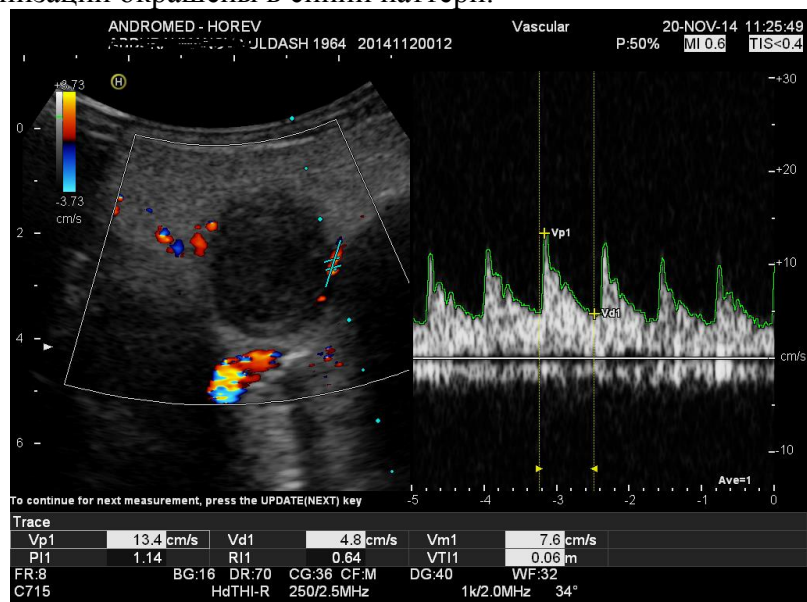


Рис. 4. Соноэластография правой околоушной слюнной железы. Участки с признаками малигнизации окрашены в синий паттерн. Определен коэффициент деформации.

Как показало проведенное нами исследование, использование соноэластографии значительно повышает диагностическую эффективность метода. Завершая изложение результатов нашего исследования, отметим, что комплексная ультразвуковая диагностика с использованием эластографии является высокоинформативным методом исследования для определения опухолевого поражения слюнных желез, для оценки распространенности опухоли и ее метастазирования, дающим полные и наглядные сведения для определения прогноза заболевания и тактики лечения. Эхография пока не может сравниться с цитоморфологическим заключением, однако уже сегодня предпринимаются попытки приблизить эхоанатомию новообразований к их морфологической структуре. Широкое внедрение и постоянное совершенствование лучевой диагностики позволяет обоснованно сузить группу риска больных с подозрением на злокачественную патологию, ограничить применение необоснованных инвазивных исследований.

Литература

1. Дадамов А.Д., Жилонов А.А., Каюмова Р.Р. Соноэластография в ранней диагностике новообразований челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2013. – №3-4. – С. 75-81.
2. Пачес А.И., Таболиновская Т.Д. Опухоли слюнных желез. – М: Практическая медицина, 2009. – 469 с.
3. Biaek E.J., Jakubowski W. et al. US of the Major Salivary Glands: Anatomy and Spatial Relationships, Pathologic Conditions, and Pitfalls // Radio Graphics. – 2006. – Vol. 26. – P. 745-763.
4. Biak E.J., Jakubowski W., Karpiska G. et al. Role of ultrasonography in detection of salivary gland tumors // Oncology. – 2009. – Vol. 29. – P. 886-892/
5. Chidzonga M.M. Acinic cell carcinoma of the submandibular salivary gland presenting as a large cyst // Oral. Maxillofacial. Surg. – 2007. – Vol. 36. –P. 1215-1217.
6. Dun E.J., Kent T., Hines J. Parotid neoplasm: a report of 250 cases and review of literature // Materials conference of American Surgey Association. – 1996. – P. 500-505.
7. Licitra L., Grandi C., Prott F. J. Major and minor salivary glands tumours. Critical Reviews in Oncology // Hematology. – 2003. – Vol. 10, №45. – P. 215-225.

РЕЗЮМЕ

Методика соноэластографии использована при обследовании больных с опухолями слюнных желез. Показана высокая информативность метода при дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез благодаря различному окрашиванию ткани в зависимости от степени малигнизации и коэффициента деформации.

SUMMARY

Methodic of sonoelastography in the time of examination in patients with new formations in salivary glands used in this work. Also, we can see his high informative method in time of differentiated detecting of benign, pre-cancer and malignant tumors, because of different staining of salivary gland tissue depending on degree of its malignancy and deformation coefficient.

УДК: 616.716.4-018.2-089.844-071

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Х.К. Садикова, Ш.Ш. Кудратов, М.Ш. Мирзамухамедова
Ташкентский государственный стоматологический институт

В амбулаторно-поликлинической практике хирургической стоматологии радикулярные кисты составляют 78-96% от всего количества кист и 7-12% от общего числа заболеваний челюстей. Эти цифры свидетельствуют об актуальности данной патологии. Приоритетными задачами хирургического лечения больных с радикулярными кистами, являются восстановление структуры костной ткани и сохранение функции зубов. Основным методом оперативного лечения остаётся цистэктомия с резекцией верхушки корня. К недостаткам методики цистэктомии по Parch II можно отнести снижение функции зубов, находящихся в области кисты, реинфекцию и остаточные костные полости, которые снижают прочность кости. Нарушение целостности кости в области хирургического вмешательства нередко сопряжено с длительным заживлением, исходом которого становится неполное или неполноценное восстановление костной ткани [12].

Согласно Международной гистологической классификации опухолей (№4, 1974, серия №6), все опухоли и опухолеподобные образования, развитие которых связано с зубной системой, отнесены к группе одонтогенных опухолей и опухолеподобных образований, а радикулярные кисты в соответствии с пересмотренной Международной классификацией (1995-X) болезней, травм и причин смерти включены в раздел болезней