

Образование, организация, профилактика и новые технологии в стоматологии: сб. тр., посвящен. 50-летию стоматологического факультета БГМУ [Электрон.ресурс] / под общ. ред. И.О. Походенько-Чудаковой. – Минск: БГМУ, 2010. – с. 324-327. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

**ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННО ЭТАПЕ**

Н.А. Саврасова, Ю.В. Люцко, А.И. Алешкевич

БГМУ, МКДЦ, г. Минск

Активное развитие рентгеновской и компьютерной техники привело к внедрению высокотехнологичных методов лучевой диагностики в клинике стоматологии. Недавнее появление специализированной челюстно-лицевой компьютерной томографии (плоскосенсорной, с конусно-лучевым X-R-генератором) расширяет возможности метода за счет наличия (кроме стандартной мультипланарной реформации и панорамной реконструкции) интерактивной системы координат с включением таких инструментов, как произвольная кросс-секция и регулируемая толщина слоя (Д.В.Рогацкин, 2008; М.А.Чибисова, 2008). Вместе с тем, традиционные методы остаются наиболее распространенными в силу своей доступности, простоты, экономичности и информативности. Удельный вес исследований зубочелюстной системы среди всех рентгенодиагностических процедур в РБ составляет 24,5% и находится на 3 месте после исследований костно-суставного аппарата и органов грудной клетки (Г.В.Чиж, 2008). Однако частота расхождения поликлинических и стационарных диагнозов, достигающая 30-35%, даже в столичных учреждениях, требует осмысления причин и принятия мер по их устранению (М.Я.Яровинский, 1996).

Проанализированы материалы лучевых методов исследования пациентов, направленных на консультацию в МКДЦ и кафедру лучевой диагностики и лучевой терапии БГМУ (28 ортопантограмм (ОПТГ), 52 внутриротовые рентгенограммы, 74 панорамных зонограмм (ПЗГ), 18 результатов компьютерной томографии (КТ), 10 – магнитнорезонансной томографии (МРТ)). Всего изучены материалы 84 человек, у которых при направлении на консультацию пред-

полагались следующие заболевания: опухоль слюнной железы - 18 чел., кисты челюстных костей различного генеза (радикулярная, фолликулярная, кератокиста и др.) – у 32 чел., синдром болевой дисфункции ВНЧС – 34 чел.

Обращение в МКДЦ было обусловлено сложными клиническими ситуациями, требовавшими дифференциальной диагностики (46%) или для дообследования в связи с недостаточной технической оснащенностью поликлинического звена здравоохранения (54%). С учетом основного и сопутствующих заболеваний изучались обоснованность назначения лучевого исследования, информативность представленных изображений, оценивалась необходимость в проведении дополнительного высокотехнологичного метода обследования.

Установлено, что 96% материалов демонстрировали информацию, которая соответствовала показаниям к исследованию (например, ОПТГ – диагностика кист, посттравматических осложнений, воспалительных процессов и др., внутриротовая рентгенография – поражение тканей зуба, альвеолярного отростка, КТ – определение распространенности, характера инвазии объемных процессов, планирования оперативных вмешательств, особенно высокой сложности, МРТ – визуализация элементов ВНЧС, опухолей слюнных желез и других рентгенонегативных тканей ЧЛЮ). Исследованные данные обладали уровнем качества, достаточным для изучения структурной патологии.

Однако обращает внимание ограниченно консервативный подход к применяемым методикам. Так, для поиска поражений твердых тканей зубов и пародонта только в единичных случаях проводились интерпроксимальная и никогда длиннофокусная интраоральная рентгенография, которые в данном случае должны быть приоритетными (Рабухина Н.А. с соавт., 1999, 2001). ОПТГ в подавляющем большинстве случаев выполнялась по программе, предназначенной для визуализации нижней зоны лицевого черепа («DENT»), в то время как данный тип оборудования позволяет визуализировать и другие отделы лица – программы для изучения средней и верхней зон лица, ВНЧС, отдельных участков зубных рядов, смежных структур основания черепа в области глазниц, решетчатого лабиринта, пирамид височных костей, причем в различных

плоскостях и с регулируемой толщиной среза, а также линейные томограммы, телерентгенограммы (Трутень В.П., 2009; Брагин, Е.А с соавт., 2009, и др.).

При обследовании пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС (95% - в возрасте 14-26 лет) выполнялись *рентгенологические* методы визуализации (в лучшем случае – ПЗГ, у 0,5% пациентов – рентгенография, что недопустимо на современном уровне диагностики). Следует подчеркнуть, что изучение функции суставов требует выполнения 2 снимков, что двукратно увеличивает лучевую нагрузку (при рентгенографии суммарно 0,2 мЗв, при ПЗГ – 0,14 мЗв). Единичные случаи использования МРТ имело место у людей преимущественно старшей возрастной группы, в то время как этот метод является «золотым стандартом» при патологии ВНЧС, что особенно актуально для молодых пациентов, как с точки зрения радиационной безопасности, так и с точки зрения значительного уровня заболеваемости данного контингента - по данным некоторых авторов, до 30% (Безруков, 2002, В.В. Баданин, А.П. Дергилев, 2001; Т.В.Буланова, 2004, и др.).

При патологии слюнной железы рентгенодиагностика в поликлиниках не проводилась, при подозрении на наличие конкрементов не выполнялась даже обзорная рентгенография. Вызывает оптимизм положительная тенденция применения сонографии как способа первичной визуализации слюнных желез (у 5% больных), а также других рентгенонегативных органов – лимфоузлов, мягких тканей подчелюстной области и шеи (единичные наблюдения).

На наш взгляд, необоснованным является назначение КТ при патологии слюнной железы (26%), планировании оперативных вмешательств по поводу кист ЧЛЮ (у 42%), поскольку традиционные послойные методы достаточно достоверно визуализируют костные структуры и жидкостные образования на фоне воздуха или кости, позволяют оценить характеристики анатомических и патологических образований, т.е. установить окончательный диагноз. Лучевая же нагрузка при КТ значительно выше, чем при ОПТГ (0,4 и 0,07 мЗв соответственно). При диагностике кист шеи также следует опираться на УЗИ или МРТ, а не КТ.

Не выявлено сведений о применении радионуклидных методов, в то время как динамическая и статическая сцинтиграфия широко применяются в

дифференциальной диагностике воспалительных и опухолевых, выявлении системных процессов костно-суставного аппарата (В.Д.Завадовская, 2007; В.Е. Медведский с соавт., 1999, и др.). Не обнаружено данных об использовании УЗИ для диагностики внутренних нарушений ВНЧС – группы заболеваний, занимающих 1 место по распространенности среди патологии данного сочленения и встречающихся преимущественно у молодых субъектов (F.M.Elias, 2002,2006; S.Jank, 2005; В.В.Бекреев, 2008, и др.).

Проведенное исследование выявило определенные проблемы в применении лучевой диагностики в практике врача-стоматолога.

1. Первичное лучевое обследование пациента с патологией ЧЛО проводится методами, продиктованными коротким перечнем доступного оборудования, – чаще всего это внутриротовая рентгенография (радиовизиография) и ОПТГ. Однако даже при этих, давно ставших традиционными, методах не используется весь спектр возможностей имеющейся аппаратуры, что, на наш взгляд, обусловлено отсутствием знаний о сущности методов, о новых методиках и их модификациях, о показаниях к различным методам визуализации, об алгоритме обследования при диагностике и лечении различных видов патологии.

2. Лучевое обследование в некоторых диагностических ситуациях (патология рентгенонегативных структур, подозрение на новообразование и др.) в первичном звене здравоохранения иногда включает рутинные методы, связанные с инвазией, сопровождающиеся относительно бóльшим радиационным воздействием (контрастирование, рентгенография в специальных укладках, линейная томография) и, в конечном итоге, не всегда позволяющим установить окончательный диагноз. По нашему мнению, знание специфики различных методов, оптимальных алгоритмов уже на доклиническом этапе дает реальную возможность получить высокоинформативные изображения (УЗИ, КТ, МРТ, сцинтиграфия), что приведет к сокращению срока установки диагноза и начала лечения.

Таким образом, врачу-стоматологу необходимо следовать принципу «непрерывного повышения квалификации» не только в избранной специальности, но также и в области лучевой диагностики, с тем, чтобы при наименьшем радиационном воздействии кратчайшим путем получать высококаче-

ственную информацию. В то же время, специалистам лучевой диагностики необходимо осваивать и внедрять в практику новейшие специальные методы исследования ЧЛЮ, а также оказывать регулярную методическую помощь врачам смежных специальностей.