

## Содержание

---

Предисловие.....	5
1. Этиология и патогенез развития одонтогенных кист челюстей.....	6
2. Гистологические характеристики одонтогенных кист.....	12
3. Методы обследования и дифференциальная диагностика одонтогенных кист челюстей.....	16
4. Методы лечения одонтогенных кист челюстей.....	21
4.1. Особенности лечения кист челюстей.....	25
4.2. Особенности лечения кист больших размеров и нагноившихся кист челюстных костей.....	49
5. Осложнения и методы профилактики.....	53
6. Отечественные остеопластические материалы.....	55
7. Тестовые задания.....	61
8. Ситуационные задачи.....	66
9. Ответы на тестовые задания.....	68
10. Ответы на ситуационные задачи.....	68
11. Рекомендуемая литература.....	69

# 1. Этиология и патогенез развития одонтогенных кист челюстей

Одонтогенные кисты связаны с зубами, локализуются в кости, образуя выстланную эпителиальной тканью соединительнотканную капсулу, полость которой заполнена желтоватой жидкостью.

По Международной гистологической классификации опухолей Всемирной организации здравоохранения (2005 г.) кисты относятся к разделу «Одонтогенные опухоли», подразделу «Эпителиальные кисты». В группу одонтогенных кист включены:

1. Кисты, обусловленные пороками развития:
  - одонтогенные кисты;
  - «десневая киста» детей (жемчужина Эпштейна);
  - одонтогенная кератокиста (примордиальная киста);
  - зубосодержащая (фолликулярная) киста;
  - киста прорезывания;
  - боковые периодонтальные кисты;
  - десневая киста взрослых;
  - железистая одонтогенная киста;
  - сиало-одонтогенная киста.
2. Воспалительные кисты:
  - радикулярная киста;
  - верхушечная или боковая радикулярные кисты;
  - резидуальная радикулярная киста;
  - парадентальная (воспалительная коллатеральная, нижнечелюстная, инфицированная щечная) киста.

Одонтогенные кисты могут быть дизонтогенетическими и воспалительными. Дизонтогенетические

кисты образуются в результате спонтанной пролиферации одонтогенных эпителиальных остатков, сохранившихся внутри челюстей и десен. В образовании же воспалительных кист пролиферация эпителиальных остатков происходит в ответ на воспалительный процесс.

Учитывая большое разнообразие данных образований, следует остановиться на наиболее часто встречающихся в амбулаторной практике хирургической стоматологии кистах.

Зубосодержащая (фолликулярная) и одонтогенная кератокиста относятся к одонтогенным кистам, т. к. являются пороком развития одонтогенного эпителия.

**Одонтогенная кератокиста** возникает во время образования дентина из тканей зубного зачатка до разделения матрикса дентина и эмали. Выстлана многослойным плоским ороговевающим эпителием. Термин «одонтогенная кератокиста» впервые в 1956 г. предложил Philipsen, который описал клиническую и гистологическую картину кисты. Свое название кератокиста получила из-за способности эпителия оболочки к ороговению. В 1964 г. И.И. Ермолаев выделил ее из группы фолликулярных кист, а Р.Е. Мак-Дональд и соавт. в 2003 г. разделили кератокисту на два отдельных типа:

- примордиальную, фиброзные стенки которой выстланы многослойным плоским неороговевающим одонтогенным эпителием;
- собственно кератокисту, тонкая однородная эпителиальная выстилка которой состоит из 3–5 слоев клеток с морщинистой поверхностью, часто со сдуванием ороговевающих чешуек в просвет кисты, окруженных базальным слоем клеток.

Такое разделение выявлено только по данным гистологического исследования, поскольку клинически и рентгенологически они выглядят абсолютно одинаково и на метод лечения это разделение не влияет.

В процессе роста кератокиста имеет характерную особенность — распространяется по длине челюсти, не вызывая резко выраженную деформацию кости (рис. 1). Выявляют ее случайно в результате рентгенологического обследования при лечении других заболеваний полости рта. У части больных незначительные болевые ощущения в области угла или тела челюсти объясняются присоединением воспалительного процесса. По клиническим симптомам одонтогенная кератокиста не отличается от других кист челюстей.



**Рис. 1.** Фрагмент ортопантограммы. Кератокиста тела и ветви нижней челюсти

## 2. Гистологические характеристики одонтогенных кист

---

Макроскопически **кератокиста** представляет чаще единую полость с бухтообразными вдавлениями в окружающую кость, покрытую оболочкой, полость заполнена аморфной массой серого цвета с неприятным запахом.

Отдельные специалисты придерживаются мнения, что существует первичная киста (*cysta primordialis*) и кератокиста (*cysta keratoides*). Описаны случаи развития первичной кисты из остатков сверхкомплектных зубов, чаще расположенных в области угла нижней челюсти. Оболочка таких кист представлена многослойным плоским эпителием, однако наличие кератоза дает право называть такие кисты кератокистами.

Кератокисты являются пороком развития зубообразующего эпителия и развиваются в зубосодержащих участках челюсти, чаще всего в области третьего моляра нижней челюсти с распространением на угол и ветвь. Доброкачественная кератокистозная одонтогенная опухоль, или кератокиста, образуется из одонтогенного эпителия. Согласно последней Международной гистологической классификации опухолей (Женева, 2005 г.) кератокисты перенесены в разряд доброкачественных опухолей, для них рекомендован термин «доброкачественная кератокистозная одонтогенная опухоль», т. к. он якобы лучше отражает «неопластическую» природу этой «опухоли».

**Рис. 4.** Фрагмент стенки кератокисты с классическим видом эпителиальной выстилки: четко выражен базальный слой, покровные поверхностные клетки в состоянии паракератоза. Стенка кисты представлена рыхлой соединительной тканью с отеком подэпителиальных отделов без воспалительной инфильтрации. Окраска гематоксилином и эозином,  $\times 400$



Согласно Международной гистологической классификации Всемирной организации здравоохранения (1971 г.) одонтогенных опухолей, кист и других поражений челюстных костей, выделены два типа одонтогенных кератокист по характеру эпителия: паракератозный и ортокератозный, которые характеризуются различиями в гистологическом строении и поведении.

**Паракератозная одонтогенная кератокиста** обладает более «агрессивным» ростом и отличается высокой частотой рецидивов — до 62,5 %.

Микроскопическое исследование (рис. 4) при паракератозной одонтогенной кератокисте обнаруживает тонкую фиброзную капсулу, выстланную многослойным плоским ороговевающим эпителием толщиной в 5–8 клеток. Эпителий имеет хорошо развитый базальный слой из палисадно расположенных клеток кубовидной и цилиндрической формы с гиперхромными ядрами, на внутреннем поверхностном слое кисты — клетки с явлением паракератоза.

**Ортокератозный вариант кератокисты** гистологически отличается от паракератозной одонтогенной кисты. Клетки базального слоя эпителия имеют несколько уплощенную форму, поверхность эпителия с явлениями кератоза. Ортокератозные варианты кератокисты (рис. 5) менее «агрессивны», частота рецидивов низкая и встречается этот вариант значительно реже.

**Зубосодержащая (фолликулярная) киста** макроскопически представляет однокамерную полость, выстланную оболочкой, заполненной желтоватой, прозрачной жидкостью с кристаллами холестерина. В полости часто обнаруживают коронку «причинного» зуба.

### 3. Методы обследования и дифференциальная диагностика одонтогенных кист челюстей

---

Диагностика одонтогенных кист челюстей, выбор метода оперативного вмешательства зависят от точного определения степени распространения образования, а результаты лечения — от контроля за регенерацией костной ткани в области послеоперационного дефекта.

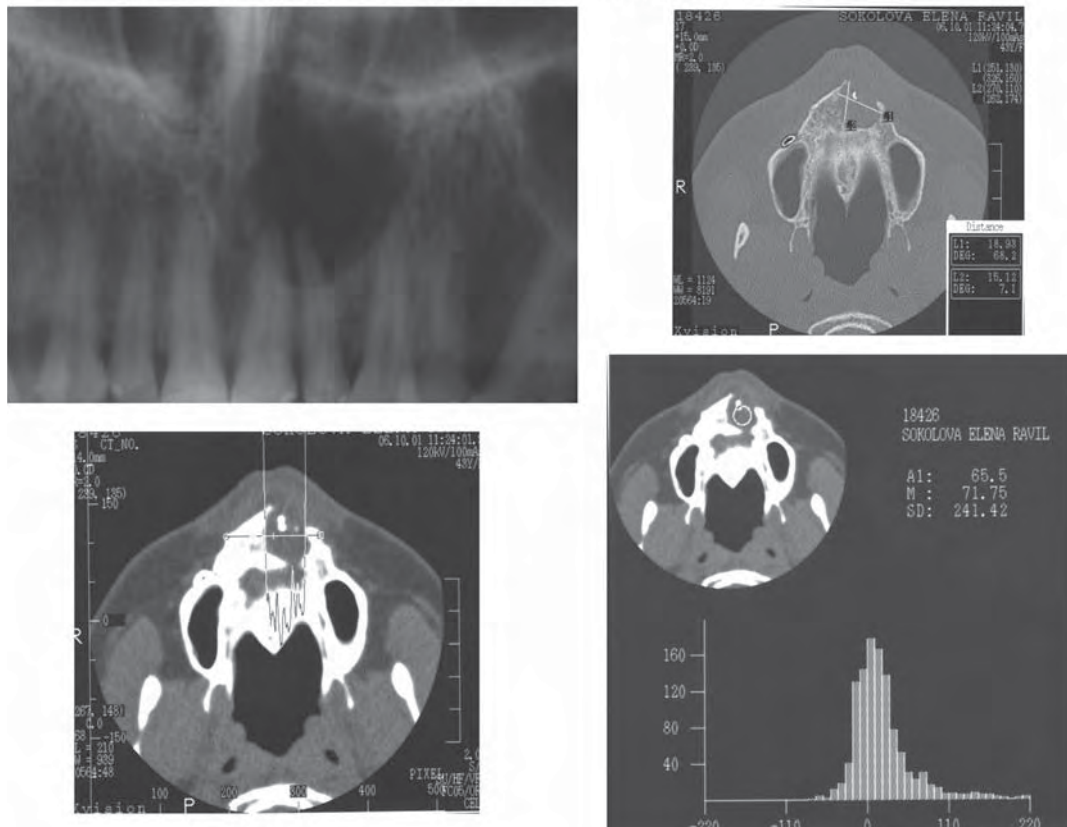
Сегодня основным методом исследования процессов регенерации костной ткани в хирургической стоматологии является рентгенологическое исследование. До настоящего времени лишь некоторые авторы отмечают несоответствие рентгенологической картины и истинных размеров патологического очага, выявляемого во время операции.

В книге «Эндодонтия» (2001 г.) С. Коэн и Р. Берис отмечают: «К тому, что очевидно на рентгенограмме, относитесь осторожно, но обязательно недоверчиво».

Значительный прогресс в развитии рентгеновской и компьютерной техники в течение последних десятилетий позволяет использовать при обследовании больных с кистами современные методы лучевой диагностики. Таким пациентам кроме стандартной рентгенографии (ортопантомография, панорамная рентгенография) необходимо проводить мульти-спиральную компьютерную томографию или дентальную объемную томографию.

На рентгенограмме определяется наличие кистозной полости на верхней челюсти в области зубов 2.1,

## Результаты предоперационного обследования больного А



**Рис. 8.** На фрагменте панорамной рентгенограммы верхней челюсти и компьютерной томографии больной в области зубов 2.1, 2.2, 2.3 определяется объемное образование размером 3,0 см в диаметре с признаками деструкции костной ткани в области дна полости носа

2.2, 2.3. На компьютерной томографии показан диаметр, глубина и направление кистозной полости, отсутствие костной ткани в области дна полости носа является показанием для проведения **цистотомии**.

С целью повышения достоверности методов контроля за процессами остеорепарации до и после **цистэктомии** больным следует проводить радиовизиографию с компьютерным анализом оптической плотности получаемого изображения в области костного дефекта.

Радиовизиографы типа «Trophy» — цифровая рентгеновская система прямого действия, миниатюрный датчик располагается во рту пациента. Датчик в виде силиконового чипа фиксирует поступающий сигнал и передает его на аналогово-цифровой преобразователь. Прошедшая через преобразователь информация представляет собой исходное цифровое изображение, которое обрабатывается с помощью специальной компьютерной программы, и в результате на экране монитора автоматически (по умолчанию) появляется преобразованное изображение, соответствующее понятию «цифровая рентгенограмма». Аппарат предназначен для интраоральной дигитальной рентгенографии зу-