

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии ИПО

Одонтогенные воспалительные кисты челюстей у детей. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

Выполнил ординатор 2-го года обучения кафедры-
клиники стоматологии ИПО по специальности
«стоматология детская» Иванова А.К.

рецензент к.м.н., доцент Соколова Ольга Романовна

Красноярск, 2020

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра стоматологии ИПО

Одонтогенные воспалительные кисты челюстей у детей. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

*Презентация выполнена
в соответствии с СРСР по
специальной «стоматологии
детской». Тема раскрыта.
Работа хорошо иллюстрирована.
Заслуживает: 1. формулировки
цели работы 2. Два источника
литературы.
Оценка «хорошо» И Соколовой
09.12.2020*

Выполнил ординатор 2-го года обучения кафедр
клиники стоматологии ИПО по специальности
«стоматология детская» Иванова

рецензент к.м.н., доцент Соколова Ольга Романс

Красноярск, 2020

Цель:

- Данная работа поможет молодым врачам-стоматологам детского возраста понять этиологию, клиническое течение этих процессов и спрогнозировать последующее лечение.
- Целью работы является научить и научиться диагностировать одонтогенные воспалительные кисты челюстей у детей, проводить дифференциальную диагностику, а также назначать правильное лечение согласно диагнозу и возрасту.

Задачи:

- Определить этиологию и патогенез, клинические проявления и методы диагностики одонтогенных воспалительных кист челюстей
- Знать тактику врача-стоматолога при лечении одонтогенных воспалительных кист у детей.



Определение

Среди множества опухолеподобных образований особое место занимают одонтогенные кисты челюстных костей. **Киста** — это полостное образование округлой формы, имеющее соединительнотканную оболочку, заполненное серозной жидкостью с кристаллами холестерина. Кисты челюстей разделяются на эпителиальные, неэпителиальные и кисты воспалительного генеза (рис. 8а, б).

Как и опухоли других частей тела, опухоли органов полости рта и лица подразделяются на 3 основные группы:

- **Доброкачественные**
- злокачественные
- промежуточные

Диагностика доброкачественных образований

Признак	Доброкачественные	Злокачественные
1. Темпы роста	Медленный	Быстрый
2. Характер роста	Ограниченный, имеют оболочку	Разлитой, прорастающий в окружающие ткани
3. Гистологический	Типичное строение, но атипичное расположение	Атипичный рост, клетки недифференцированные.
4. Рецидивы	Если нерадикально произведена операция	Рецидивы и метастазы

Классификация по ВОЗ, 1971

Упорядочить в едином все кисты, попыталась классификация кист челюстей ВОЗ (1971). Эта классификация разделила кисты на одонтогенные и неодонтогенные:

А. Эпителиальные эволюционные

1. Одонтогенные кисты:

- а) первичная (примордиальная) киста
- б) десневая киста
- в) киста прорезывания
- г) фолликулярная киста

2. Неодонтогенные кисты:

- а) киста носо-нёбного канала
- б) глобуломасиллярная киста
- в) носогубная киста

В. Эпителиальные воспалительные

корневые кисты

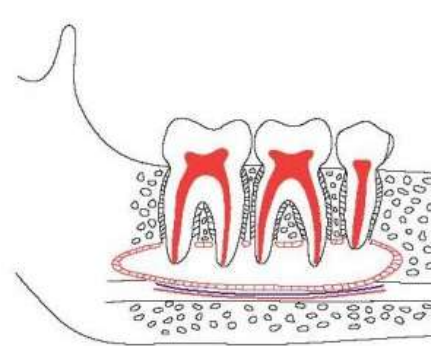


Рис. 4.6. Направление роста кисты в области моляров нижней челюсти

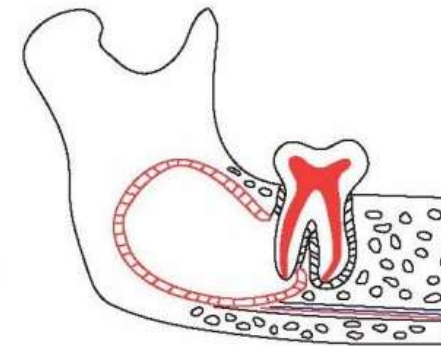
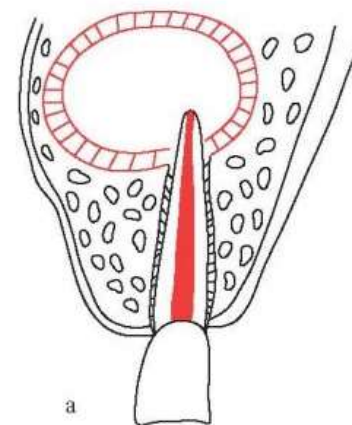
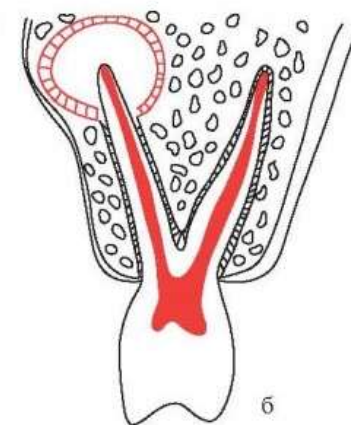


Рис. 4.7. Направление роста кисты в области моляров нижней челюсти



а



б

Рис. 4.8. Направление роста кисты в области резцов (а) и щечных корней моляров верхней челюсти (б)

Классификация по Ермолаеву, 1964г

I. Одонтогенные образования эпителиальной природы.

1. Одонтогенные кисты воспалительного происхождения:

- радикулярные
- зубосодержащие
- парадентальные

2. Одонтогенные кисты, являющиеся пороком развития зубообразовательного эпителия:

- первичные
- фолликулярные
- кисты прорезывания
- десневые

3. Адамантиномы:

4. Одонтогенные раки.

II. Одонтогенные образования соединительно-тканной природы.

1. Одонтогенные фибромы.
2. Цементомы.
3. Одонтогенные саркомы.

III. Одонтогенные образования (смешанной) эпителиальной и соединительно-тканной природы.

1. Мягкие одонтомы.
2. Твёрдые одонтомы.

Классификация

Кисты челюстей(доброкачественные)

Одонтогенные

Воспалительного
происхождения

- Корневая (радикулярная)
- Парадентальная (ретромолярная)

Являющиеся пороком развития
зубообразовательного эпителия

- Первичная
- Зубосодержащая (Фолликулярная)
- Киста прорезывания

Неодонтогенные

- Глобуломаксиллярные
- Киста резцового канала
- Десневая киста
- Носогубная киста

1. Радикулярная киста. Этиология, патогенез

Встречаются в 95% случаев всех кистозных образований челюстей.

Одонтогенные

Воспалительного
происхождения

- **Корневая (радикулярная)**
- Парадентальная
- Парадентальная



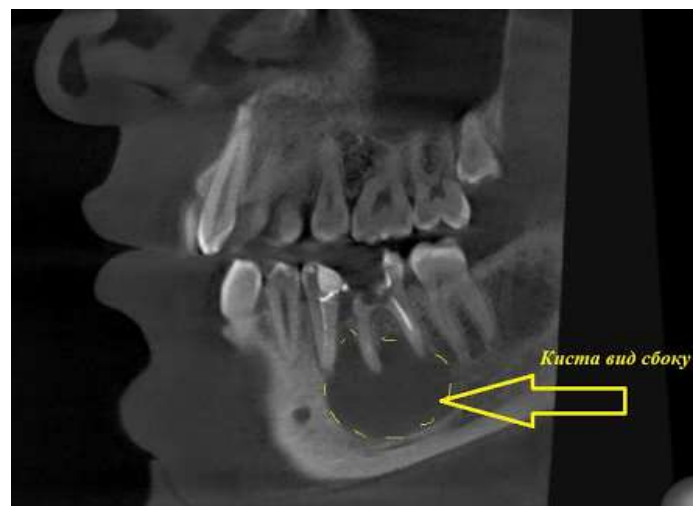
- Кистообразование происходит из эпителиальных элементов, как осложнение хронического периодонтита молочных и постоянных зубов
- Механизм образования радикулярной кисты из эпителиальных клеток:
под влиянием химического и механического раздражения продуктов воспаления эпителиальные элементы в периодонте разрастаются и размножаются, образуя микроскопические полости, которые постепенно наполняются транссудатом, благодаря чему в них повышается давление. Это приводит к увеличению объема кисты.

1. Радикулярная киста. Клиника

Одонтогенные

↓
Воспалительного
происхождения

- ↓
- **Корневая (радикулярная)**
 - Парадентальная



- Заболевание обычно протекает **бессимптомно**
- Киста обнаруживается случайно при Rg-исследовании
- **Иногда:** жалобы на «вздутие» костной ткани альвеолярного отростка
- Пальпация этого образования б/б
- **Над образованием:** симптом крепитации, «пергаментного хруста» (редко у детей), или флюктуация кистозной жидкости при истончении кортикальной пластинки
- **Локализация:** в периапикальных тканях
- ***Особенность для кист молочных зубов:** связь оболочки кисты с зачатками постоянных зубов
- Рост корневой кисты происходит в сторону наименьшего сопротивления (если киста на верхней челюсти, то она растет к верхнечелюстной пазухе)
- **Ведущий клинический признак** одонтогенных кист- медленное и б/б увеличение кости в объеме
- При нагноении кисты- развитие острого гнойного периостита

1. Радикулярная киста. Исследования

Одонтогенные



Воспалительного
происхождения



- **Корневая (радикулярная)**
- Парадентальная

- **На Rg-грамме:** у верхушки временного зуба участок просветления округлой формы с четкими границами, и нарушенной структурой челюстной кости, по периферии склероз костной ткани. Кортикальный слой в ходе деструкции истончается и деформируется
- **При пункции** кистозной полости (толстой иглой) получают янтарно-светлую жидкость с примесью холестерина зерен – блесков.

1. Радикулярная киста. Лечение

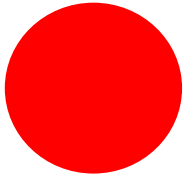
Лечение одонтогенных кист хирургическое.: цистотомия и цистэктомия

Одонтогенные

Воспалительного
происхождения

- **Корневая (радикулярная)**
- Парадентальная

- В молочном и сменном прикусах лечение должно быть щадящим
- **Задачи на операции:** быстро создать условия для быстрой регенерации костной ткани, предупредить возможность рецидива, не повредить зачатки постоянных зубов
- **Цистэктомия** –проводится в случае, если кисты не воспалялись и оболочка кисты легко отделяется от костной ткани (у детей в любом возрасте)
- **Цистотомия**- проводится, когда есть хроническое воспаление, и оболочка кисты сращена с костной тканью



Операция цистэктомия (Парч I)

Предусматривает удаление всей оболочки кисты

Показания:

- 1. Киста, являющаяся пороком развития одонтогенного эпителия.
- 2. Киста небольших размеров в пределах 1-2 зубов.
- 3. Киста в области верхней челюсти, прилегающая в верхнечелюстной пазухе или оттесняющая ее, без признаков воспаления.
- 4. Киста челюсти в области участков, не имеющих зубов, при сохранении костных стенок в области края нижней челюсти, дна полости носа.

Подготовка к операции: необходимо депульпировать и запломбировать фосфат-цементом каналы корней зубов, находящихся в полости кисты. Судьба зубов решается с помощью электроодонтометрии. Пломбируются каналы корней с некротизированной пульпой, а также «живые» зубы, корни которых проецируются в полость кисты.

Обезболивание: проводниковая анестезия в сочетании с нейрорептаналгезией. По показаниям - общее обезболивание.

Операция цистэктомия (Парч I)

Предусматривает удаление всей оболочки кисты

Техника операции:

1. Выкраивание слизисто-надкостничного лоскута трапециевидной или полулунной формы, обращенного в сторону переходной складки. Края разреза должны перекрывать на 0,5-1 см границы костных краев отверстия.
2. Отслоение слизисто-надкостничного лоскута.
3. Трепанация кости до полного обнажения стенки и кисты.
4. Удаление оболочки кисты.
5. Резекция верхушек корней зубов, локализующихся в пределах кисты, до уровня костных стенок полости или их удаление.
6. Промывание костной полости антисептическими растворами, гемостаз.
7. Укладывание слизисто-надкостничного лоскута, фиксация его швами.

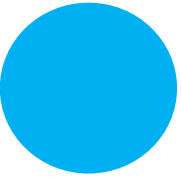
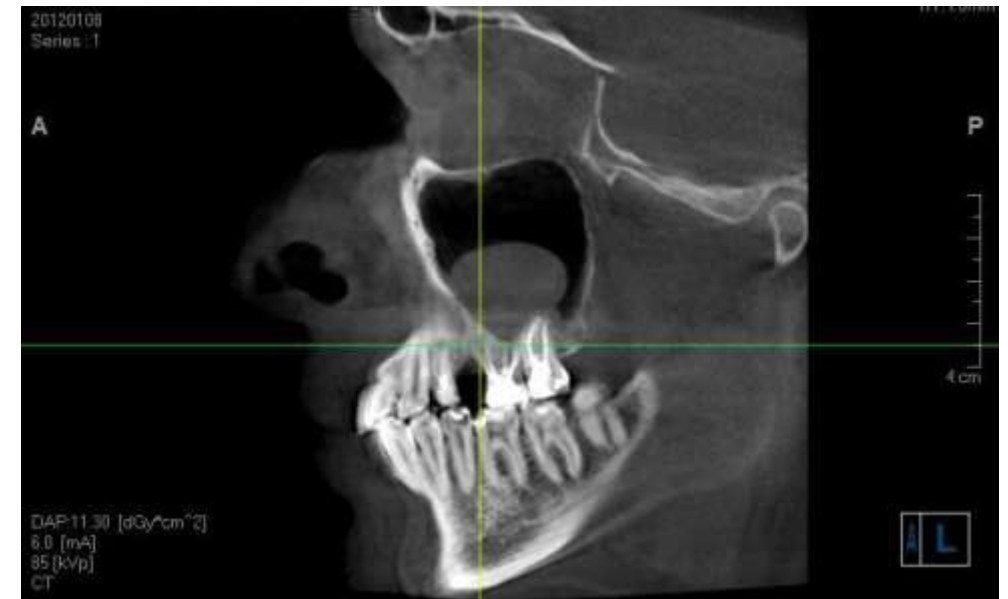
Гистологическое исследование каждой удаленной кистозной оболочки строго обязательно.



Операция цистотомия

Предусматривает удаление только передней стенки кисты. При этом киста превращается в полость, сообщающуюся с полостью рта.

- **Показания:**
- Киста, локализуемая в области 3 и более интактных зубов.
- Киста значительных размеров при разрушенных костных стенках верхнечелюстной пазухи, дна носового хода.
- Корневая киста у детей, при которой операция позволяет сохранить зачатки постоянных зубов.
- **Подготовка:** пломбирование канала только причинного зуба.

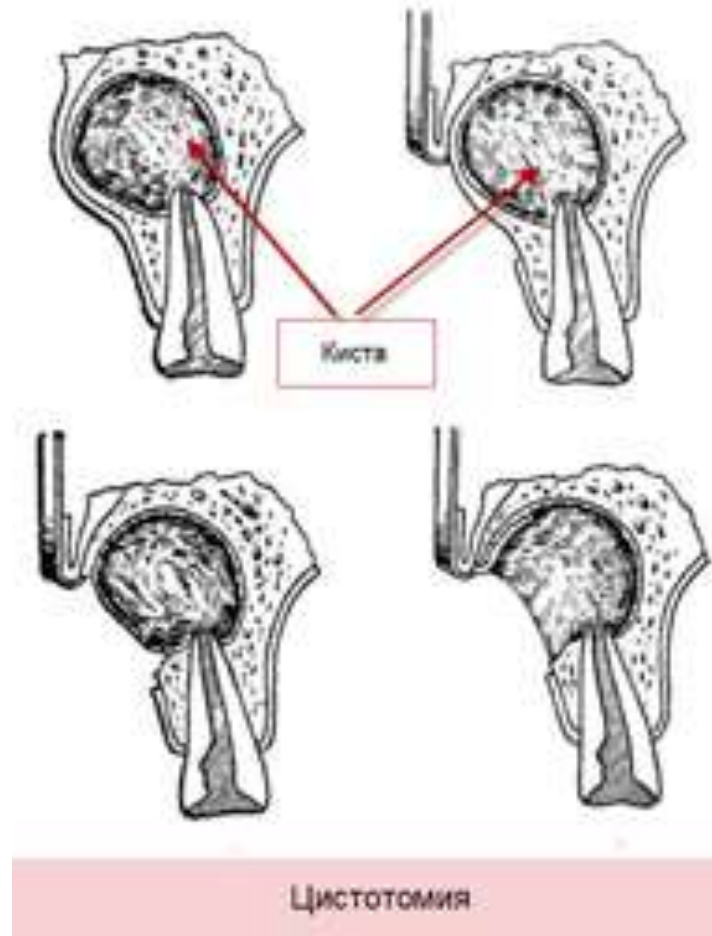


Операция цистотомия

Техника операции:

- **1.** Выкраивание слизисто-надкостничного лоскута трапециевидной или полулунной формы, обращенного в сторону переходной складки. Края разреза не должны перекрывать границы костных краев отверстия.
- **2.** Отслоение слизисто-надкостничного лоскута.
- **3.** Трепанация кости до обнажения передней стенки кисты.
- **4.** Удаление передней стенки оболочки кисты.
- **5.** Резекция верхушек корней или удаление «причинного» зуба.
- **6.** Промывание костной полости антисептическими растворами, гемостаз.
- **7.** Укладывание слизисто-надкостничного лоскута в полость кисты и фиксация к оставшейся ее оболочке путем плотного заполнения образовавшейся полости иодоформенной турундой.

В послеоперационном периоде костная полость постепенно уменьшается. Необходимо 1-2 раза в неделю промывать костную полость и менять турунды.



Реабилитация детей после цистэктомии и ЦИСТОТОМИИ

- Цель: заполнение образовавшегося костного дефекта
- 1. Пересадка брешфарохряща (Сунцува Т.В.,1994)
- 3. Восстановление биокостными препаратами (Biooss)
- 2. Имплантация (с 18 лет)

2. Парадентальная киста. Этиология, Патогенез

К ретромоларным кистам относятся такие кистозные «новообразования», которые локализуются обычно в области угла нижней челюсти, сразу же позади нижнего зуба мудрости.

Одонтогенные



Воспалительного
происхождения



- Корневая (радикулярная)
- **Парадентальная (ретромоларная)**

- **Этиология:** вследствие хронического воспалительного процесса в околозубных тканях, который возникает в связи с затрудненным прорезыванием зуба мудрости.

Это приводит к кистозному превращению воспалительных разрастаний покровного эпителия под навесом (капюшоном) мягких тканей над прорезывающимся зубом.

- **Рентгенологически** определяется участок разрежения полулунной формы, расположенный в области непрорезавшегося зуба.
- **Лечение хирургическое:** удаление ретинированного зуба, цистэктомия.



3. Первичная киста. Этиология, патогенез, клиника

- У этой группы одонтогенных кистозных образований отсутствует прямая анатомо-топографическая связь с прорезавшимися зубами или зубными зачатками.
- **Это порок развития одонтогенного эпителия** сверхкомплектного зачатка, так как эпителий и другие ткани зачатка зуба расходятся на формирование собственно кисты. В этой кисте зуба нет.
- Окончательный диагноз можно ставить, основываясь на данные гистологического исследования материала биопсии.
- **Rg- логически:** определяется очаг деструкции овальной формы с четкими фестончатыми краями.
- **Лечение первичных кист должно быть радикальным** – проведение цистэктомии.



Одонтогенные

Являющиеся пороком развития зубообразовательного эпителия

- **Первичная (кератокиста)**
- Фолликулярная
- Киста прорезывания

4. Зубосодержащая киста. Этиология, патогенез. Клиника

Одонтогенные



Воспалительного происхождения



- Корневая (радикулярная)
- **Зубосодержащая (фолликулярная)**
- Парадентальная

- **Зубосодержащая киста (фолликулярная)** – корневая киста от молочного зуба, содержащая зачаток постоянного зуба, возникает вследствие порока развития зубообразовательного эпителия
- **Механизм возникновения** сначала: не отличается от патогенеза корневой кисты. Однако далее, при постепенном росте кисты оболочка ее охватывает и смещает зачаток постоянного зуба.
- Зубосодержащие кисты бывают только у детей, только от молочных зубов и не дистальнее 5 молочного зуба.
- Диагностируются чаще в возрасте 7-10 лет.
- **Клинически** проявляется деформацией челюсти, задержкой прорезывания зуба.
- Полость кисты заполнена жидкостью янтарного цвета с кристаллами холестерина
- **В кистозной полости**- зачатки постоянных зубов/сверхкомплектные зубы

4.Зубосодержащая киста.Диагностика, Лечение

Одонтогенные



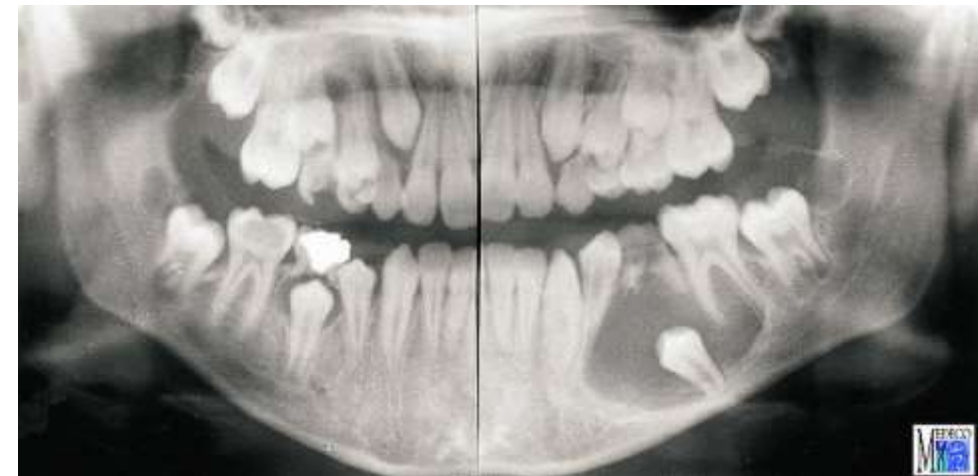
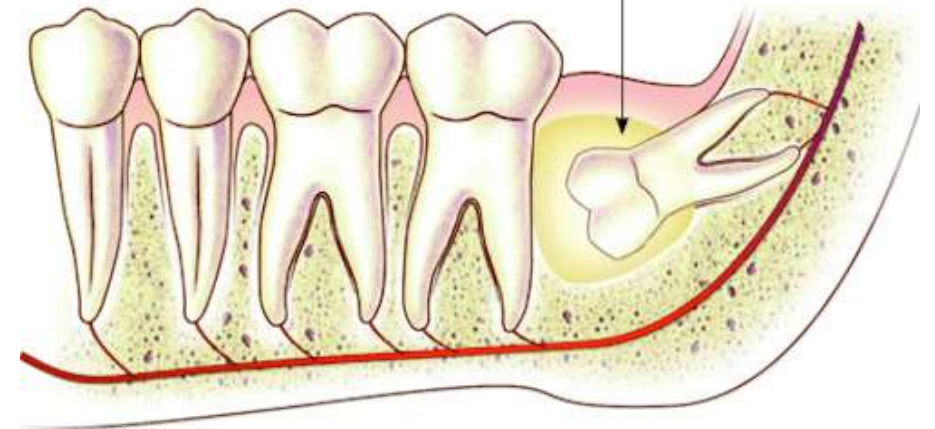
Воспалительного
происхождения



- Корневая (радикулярная)
- **Зубосодержащая (фолликулярная)**
- Парадентальная

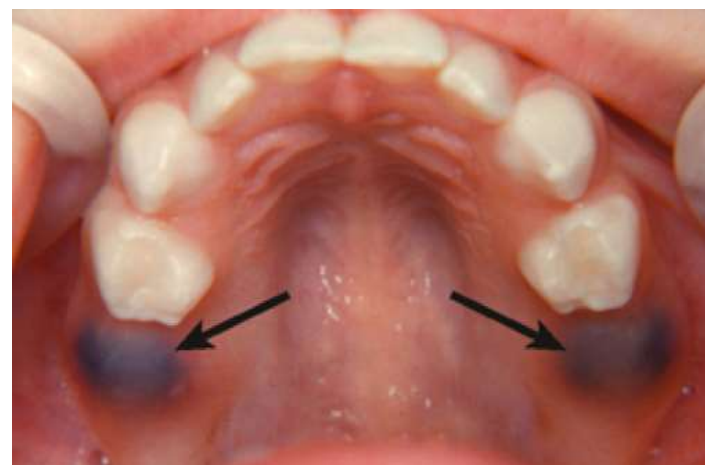
- **На Rg-грамме:** киста представлена участком разрежения костной ткани округлой формы с четкими границами и фолликулом постоянного зуба внутри
- **Лечение:** полное их удаление(цистэктомия)
- Кистозная жидкость подлежит гистологическому исследованию
- **Диф.диагностика:** с амелобластомой, кальцифицирующей одонтогенной кистой.

Зуб мудрости с фолликулярной кистой



5. Киста прорезывания. Этиология, патогенез, клиника

- Появление кисты связано с прорезыванием зуба. Встречается в детском возрасте.
- **Жалобы:** на наличие образования на альвеолярном отростке на месте отсутствующего постоянного или молочного зуба.
- **Клинически:** образование округлой формы, мягкое, безболезненное, синюшного цвета, покрытое неизменной слизистой оболочкой. Может пальпироваться прорезывающийся зуб.
- **Рентгенологически** определяется очаг деструкции костной ткани с четкими границами вокруг коронки прорезывающегося зуба.
- **Лечение:** цистотомия



Одонтогенные

Являющиеся пороком развития зубообразовательного эпителия

- Первичная (кератокиста)
- Фолликулярная
- **Киста прорезывания**

Список литературы

- 1. Авазматова Л.К. Клинико-морфологическая характеристика одонтогенных кист челюстей у детей: Дис. к.мед.н./ М. 1971. — 298 с.
- 2. Алимйрзоев Ф.А. Экспериментально-клиническое обоснование применения препаратов группы коллапол при одонтогенных кистах и сложном удалении зубов у детей в условиях поликлиники: Автореф. дис. к.мед.н./М. 1998. - 15 с.
- 3. Бакиев Б.А. Хирургическое лечение одонтогенных кист челюстей: Автореф. дис к.мед.н./Пермский Государственный медицинский институт. 1986. —17 с.
- 4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. I том. - М.: Медицина, 2000. - 385 с.
- 5. Ермолаев И.И. Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования: Дис. д.мед.н./ Московский медицинский стоматологический институт им. Н. Семашко. 1964. - 648 с.
- 6. Ефимов Ю.В. Хирургическое лечение околокорневых кист челюстей // Стоматология. - 1993. -№3. С. 26-27.

Список литературы

1. Иванов И.В. и др. Кисты челюстей и их лечение // Новое в стоматологии. Сб. научных трудов Юга России. 2000. - С. 152-157.
2. Карапетян И.С., Губайлуллина Е.Л., Цегельник Л.Н. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи. — М.: МИА, 2004. - 232 с.
3. Соловьев М.М., Семенов Г.М., Галецкий Д.В. Оперативное лечение одонтогенных кист. - С.-П., 2004. -127 с.
4. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия. – К.: ВСИ Медицина, 2010. – С.57-61.
5. Аржанцев А.П. Рентгенологические исследования в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: атлас. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2016. 320 с.
6. Герасимова Л.П., Зарипова Н.Р., Верзакова И.Н., Раянова Р.А. Рентгенодиагностика в терапевтической стоматологии. Москва, МИГ Медицинская книга, 2011. 196 с.
7. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальные руководства. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2010. 928 с.
8. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в стоматологии. Москва, Медицинское информационное агентство, 2003. 452 с.
9. Робустова Т.Г. Одонтогенные воспалительные заболевания. Москва, Медицина, 2006. 661 с.
10. Ружило-Калиновка И., Ружило Т.К. Трехмерная томография в стоматологической практике. Львов, ГалДент, 2012. 584 с.

Спасибо за внимание!

