

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	11
Авторский коллектив	12
Глава 1. История развития хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (К.А. Пашков).	13
Тестовые задания	40
Ответы к тестовым заданиям	42
Список литературы	42
Глава 2. Организация работы и оборудование хирургического стоматологического кабинета (Ю.В. Лебедева)	43
2.1. Структура государственной стоматологической помощи населению в Российской Федерации	43
2.2. Требования, предъявляемые к хирургическому стоматологическому кабинету	44
2.3. Требования к хирургическому отделению стоматологической поликлиники (центра)	45
2.4. Оснащение и оборудование хирургического стоматологического кабинета.	46
2.5. Стоматологические инструменты	47
2.6. Антисептика и асептика в хирургической стоматологии.	50
2.7. Организация работы врача — стоматолога-хирурга.	52
Тестовые задания	56
Ответы к тестовым заданиям	56
Список литературы	56
Глава 3. Особенности обследования больного на хирургическом стоматологическом приеме (В.В. Афанасьев, Ю.В. Лебедева).	58
3.1. Международная классификация болезней.	58
3.2. Опрос	59
3.3. Анамнез заболевания	62
3.4. Анамнез жизни	65
3.5. Физикальное обследование	67
3.6. Пальпация	72
3.7. Обследование полости рта	74
3.8. Осмотр преддверия полости рта.	74
3.9. Обследование собственно полости рта	76
3.10. Осмотр зубов	79
3.11. Перкуссия	81
3.12. Зондирование	81
3.13. Дополнительные исследования	84
Тестовые задания	98
Ответы к тестовым заданиям	100
Список литературы	100

Глава 4. Обезболивание в хирургической стоматологии (С.Т. Сохов)	101
4.1. Местное обезболивание.	101
4.1.1. Местные анестетики, применяемые в хирургической стоматологии	101
4.1.2. Поверхностная анестезия	111
4.1.3. Местная анестезия на верхней челюсти	114
4.1.4. Проводниковая анестезия на нижней челюсти	126
4.1.5. Стволовая (центральная) анестезия второй и третьей ветвей тройничного нерва у основания черепа	137
4.1.6. Анестезия подбородочного нерва и резцовой ветви нижнего луночкового нерва	139
4.1.7. Анестезия щечного нерва	141
4.1.8. Анестезия язычного нерва.	142
4.1.9. Пародонтальные способы местной анестезии	143
4.1.10. Премедикация	153
4.2. Общее обезболивание	156
Тестовые задания	160
Ответы к тестовым заданиям	164
Список литературы	164
Глава 5. Удаление зубов и их корней (В.В. Афанасьев, М.Р. Абдусаламов)	165
5.А. Классическое удаление зубов.	165
5.1. Показания и противопоказания к удалению зубов.	166
5.1.1. Показания к удалению временных (молочных) зубов	166
5.1.2. Противопоказания к удалению временных (молочных) зубов	166
5.1.3. Показания и противопоказания к удалению постоянных зубов	166
5.2. Методика удаления зуба	168
5.3. Обработка раны после удаления зуба	177
5.4. Течение раневого процесса после удаления зуба	177
5.5. Особенности удаления отдельных групп зубов	178
5.6. Осложнения операции удаления зуба	180
5.6.1. Местные осложнения, возникающие во время удаления зуба.	181
5.6.2. Местные осложнения, возникающие после удаления зуба	184
Тестовые задания	185
Ответы к тестовым заданиям	186
Список литературы	186
5.Б. Особенности операции удаления зуба у больных с патологией системы крови (Д.С. Шинкевич)	187
Тестовые задания	194
Ответы к тестовым заданиям	194
Список литературы	195

Глава 6. Болезни прорезывания зубов. Ретенция, дистопия зубов (<i>В.В. Афанасьев, М.Р. Абдусаламов</i>)	196
6.1. Затрудненное прорезывание нижнего зуба мудрости (перикоронит)	196
6.2. Позадимоларный периостит	199
6.3. Кисты прорезывания	199
6.4. Затрудненное прорезывание других зубов	200
6.5. Особенности удаления ретенированных и дистопированных зубов	200
Тестовые задания	203
Ответы к тестовым заданиям	204
Список литературы	204
Глава 7. Кисты челюстей (<i>С.Н. Лебедев, Ю.В. Лебедева</i>)	205
7.1. Воспалительные кисты челюстей	205
7.1.1. Радикулярные кисты	205
7.1.2. Парадентальные кисты	210
7.2. Кисты, обусловленные пороками развития	211
7.2.1. Одонтогенные кисты	211
7.2.2. Неодонтогенные кисты	214
7.3. Лечение кист челюстей	215
7.3.1. Методика цистотомии	216
7.3.2. Методика цистэктомии	218
7.3.3. Двухэтапная операция кисты челюстей	220
7.3.4. Особенности хирургического лечения кист челюстей	220
Тестовые задания	225
Ответы к тестовым заданиям	226
Список литературы	226
Глава 8. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (<i>А.М. Сипкин, В.В. Афанасьев</i>)	227
8.1. Одонтогенные воспалительные заболевания	227
8.1.1. Этиология и патогенез	227
8.1.2. Периодонтит	231
8.1.3. Периостит челюсти	247
8.1.4. Одонтогенный остеомиелит челюстей	257
8.1.5. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области и шеи	268
8.1.6. Лимфаденит	289
8.2. Неодонтогенные воспалительные заболевания	297
8.2.1. Фурункулы	297
8.2.2. Карбункулы	299
8.3. Специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (<i>В.В. Афанасьев</i>)	301
8.3.1. Актиномикоз	301
8.3.2. Туберкулез челюстно-лицевой области	308
8.3.3. Сифилис челюстно-лицевой области	312
8.3.4. Сибирская язва	314

8.4. Нома	316
8.4.1. Этиология	316
8.4.2. Клиническая картина	318
8.4.3. Лечение	321
8.4.4. Реабилитация	322
Тестовые задания	323
Ответы к тестовым заданиям	325
Список литературы	326
Глава 9. Одонтогенный верхнечелюстной синусит (А.В. Щипский)	327
9.1. Этиология	327
9.2. Патогенез	327
9.3. Патологическая анатомия	330
9.4. Клиническая картина	331
9.5. Диагностика	335
9.6. Дифференциальная диагностика	339
9.7. Лечение	340
9.7.1. Консервативное лечение	340
9.7.2. Хирургическое лечение	340
9.8. Осложнения	347
9.9. Прогноз	347
9.10. Профилактика	347
Тестовые задания	347
Ответы к тестовым заданиям	350
Список литературы	350
Глава 10. Заболевания и повреждения слюнных желез (В.В. Афанасьев)	351
10.1. Анатомия и физиология слюнных желез	351
10.2. Классификация заболеваний слюнных желез	352
10.3. Методы исследования слюнных желез	354
10.4. Пороки развития слюнных желез	355
10.5. Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез (сиаладенозы)	356
10.5.1. Этиология	356
10.5.2. Патогенез, патологическая анатомия	356
10.5.3. Клиническая картина	357
10.5.4. Лечение	357
10.5.5. Синдром Гужеро–Шегрена	358
10.5.6. Болезнь (синдром) Микулича	359
10.6. Воспаление слюнных желез (сиаладенит)	360
10.6.1. Острый сиаладенит	360
10.6.2. Хронический сиаладенит	362
10.7. Слюннокаменная болезнь (М.Р. Абдусаламов)	365
10.7.1. Общие сведения	365
10.7.2. Этиология и патогенез	365
10.7.3. Клиническая картина	366
10.7.4. Диагностика	367
10.7.5. Лечение	370
10.7.6. Осложнения после хирургического лечения	371

10.8. Повреждения слюнных желез	372
10.8.1. Слюнной свищ	373
10.8.2. Сужение (стриктура) протока	374
10.8.3. Заращение слюнного протока	374
10.8.4. Травматическая киста слюнной железы (слюнная опухоль)	375
10.8.5. Лечение повреждений слюнных желез	375
10.9. Кисты и опухоли слюнных желез	377
10.9.1. Этиология и патогенез	377
10.9.2. Кисты малых слюнных желез	377
10.9.3. Киста подъязычной слюнной железы (ранула)	378
10.9.4. Кисты околоушной и поднижнечелюстной желез	378
Тестовые задания	379
Ответы к тестовым заданиям	380
Список литературы	380

Глава 11. Неогнестрельные и огнестрельные повреждения лица.

Термические, химические и радиационные поражения

челюстно-лицевой области (<i>В.В. Афанасьев</i>)	382
11.1. Неогнестрельная травма лица	383
11.1.1. Переломы и вывихи зубов	383
11.1.2. Перелом альвеолярного отростка	394
11.1.3. Переломы нижней челюсти	397
11.1.4. Переломы верхней челюсти	405
11.1.5. Переломы скуловой кости	415
11.1.6. Переломы скуловой дуги	417
11.1.7. Переломы костей носа	417
11.1.8. Лечение больных с переломами челюстей	419
11.1.9. Лечение больных с переломами скуловой кости и дуги	442
11.1.10. Лечение больных с переломами костей носа	445
11.1.11. Медикаментозное лечение и физиотерапия у больных с переломами челюстей	446
11.1.12. Осложнения, возникающие при переломах челюстей	453
11.1.13. Вывих нижней челюсти	460
11.1.14. Повреждения мягких тканей лица	464
11.2. Огнестрельная травма лица	472
11.2.1. Общая характеристика огнестрельных ранений лица	472
11.2.2. Особенности огнестрельных ранений лица	477
11.2.3. Исходы ранений лица и челюстей	483
11.2.4. Огнестрельные переломы верхней челюсти, альвеолярного отростка, зубов, скуловой кости и дуги	483
11.2.5. Огнестрельные переломы нижней челюсти	490
11.3. Комбинированные поражения лица	495
11.3.1. Комбинированные радиационные поражения	495
11.3.2. Комбинированные химические поражения	502
11.3.3. Комбинированные термомеханические поражения	505

11.4. Термические поражения	508
11.4.1. Ожоги	508
11.4.2. Электроожоги	520
11.4.3. Отморожения	524
11.5. Химические ожоги	526
11.6. Оказание помощи раненым в лицо на этапах медицинской эвакуации.	528
11.6.1. Первая помощь.	530
11.6.2. Доврачебная помощь.	531
11.6.3. Первая врачебная помощь	532
11.6.4. Квалифицированная медицинская помощь	536
11.6.5. Специализированная медицинская помощь	540
11.7. Первичная хирургическая обработка ран лица	544
Тестовые задания	553
Ответы к тестовым заданиям	555
Список литературы	555
Глава 12. Заболевания и повреждения нервов лица (А.С. Панкратов)	556
12.1. Методы обследования пациента со стоматоневрологической патологией	556
12.2. Дополнительные методы обследования	561
12.3. Поражения тройничного нерва.	562
12.3.1. Невралгия тройничного нерва.	562
12.3.2. Постгерпетическая невралгия тройничного нерва	566
12.3.3. Невропатия тройничного нерва	566
12.3.4. Гемимастикационный спазм	570
12.4. Поражения других черепных нервов	571
12.4.1. Невралгия языкоглоточного нерва (синдром Сикара–Робино)	571
12.4.2. Поражения блуждающего нерва	572
12.4.3. Шилоподъязычный синдром (синдром Игла, удлинённого шиловидного отростка)	573
12.5. Вегеталгии	573
12.5.1. Тригеминальные вегетативные цефалгии	573
12.5.2. Ангионевралгии	575
12.6. Ганглиониты	576
12.7. Синдром жжения полости рта	578
12.8. Поражения лицевого нерва.	579
12.9. Клонический гемифациальный спазм	581
Тестовые задания	581
Ответы к тестовым заданиям	583
Список литературы	583
Глава 13. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (В.В. Бекреев)	585
13.1. Анатомия височно-нижнечелюстного сустава.	585
13.2. Методы обследования пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава	590
13.2.1. Клинические методы обследования	590
13.2.2. Дополнительные методы исследования.	592

13.3. Классификация заболеваний височно-нижнечелюстного сустава	593
13.4. Артикулярные заболевания височно-нижнечелюстного сустава . . .	594
13.4.1. Воспалительные заболевания (артриты)	594
13.4.2. Невоспалительные заболевания	598
13.5. Неартикулярные заболевания височно-нижнечелюстного сустава	609
Тестовые задания	611
Ответы к тестовым заданиям	614
Список литературы	614
Глава 14. Основы онкостоматологии. Вопросы этиопатогенеза, клинико-морфологической диагностики и лечения предраковых заболеваний челюстно-лицевой области (С.Н. Лебедев)	615
14.1. Происхождение злокачественных новообразований и предрака челюстно-лицевой области	615
14.2. Предраковые заболевания слизистой оболочки рта и губ	618
14.2.1. Классификация	619
14.2.2. Облигатные предраковые заболевания	620
14.3. Особенности клинической и морфологической диагностики предраковых заболеваний	625
14.4. Онконастороженность врача-стоматолога при выявлении, лечении предопухольных заболеваний и предрака слизистой оболочки рта и губ	630
Тестовые задания	633
Ответы к тестовым заданиям	634
Список литературы	634
Глава 15. Хирургическая подготовка полости рта к ортопедическому лечению (А.В. Щипский, С.Н. Лебедев)	635
15.1. Хирургические методы подготовки к ортопедическому лечению зубов и костной ткани в области протезного ложа	636
15.1.1. Зубосохраняющие операции, применяемые на обеих челюстях	636
15.1.2. Зубосохраняющие операции, проводимые только на нижней или верхней челюсти	636
15.1.3. Альвеолэктомия и удаление острых краев альвеолы	638
15.1.4. Коррекция в области бугра верхней челюсти	639
15.1.5. Удаление нёбного турса	639
15.1.6. Удаление турса нижней челюсти	639
15.1.7. Коррекция межальвеолярного пространства	641
15.1.8. Коррекция окклюзии при деформации зубных рядов	641
15.2. Хирургические методы увеличения альвеолярного отростка и альвеолярной части челюстей при их атрофии (аугментация) . . .	642
15.3. Хирургические методы коррекции мягких тканей протезного ложа	645
15.3.1. Коррекция десны в области корня зуба	646
15.3.2. Иссечение избытка десны в области альвеолярного гребня . . .	646

15.4. Устранение короткой уздечки губы, складок слизистой оболочки и соединительнотканых тяжей в области преддверия полости рта (френулэктомия, френулопластика)	647
15.5. Устранение рубцовых стяжений слизистой оболочки сводов преддверия полости рта и щек	649
15.6. Вестибулопластика с помощью силиконового комплекса	651
15.7. Подслизистая вестибулопластика по Обвегезеру (Obwegeser)	652
15.8. Вестибулопластика с использованием перемещенного лоскута слизистой оболочки губы (методика Lip Switch)	653
15.9. Вестибулопластика с использованием аутотрансплантатов и аллотрансплантатов	654
15.10. Коррекция уровня дна полости рта	655
Тестовые задания	656
Ответы к тестовым заданиям	658
Список литературы	658
Глава 16. Дентальная имплантация (А.В. Шипский)	660
Тестовые задания	693
Ответы к тестовым заданиям	696
Список литературы	696
Глава 17. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта (С.Н. Лебедев)	698
17.1. Кюретаж	699
17.1.1. Закрытый кюретаж	699
17.1.2. Открытый кюретаж	700
17.2. Гингивотомия	701
17.3. Гингивэктомия	701
17.4. Лоскутная операция	702
Тестовые задания	706
Ответы к тестовым заданиям	708
Список литературы	708
Предметный указатель	709

Глава 7

КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ

С.Н. Лебедев, Ю.В. Лебедева

Киста — полостное образование доброкачественного характера, локализуемое в костных или мягких тканях, имеющее жидкое или полужидкое содержимое, стенка которого выстлана эпителием. Псевдокиста лишена эпителиальной выстилки. Этиопатогенез кист челюстей различен.

В Международной классификации стоматологических болезней Всемирной организации здравоохранения приведена следующая классификация эпителиальных кист челюстей.

- ▶ Кисты, обусловленные пороками развития.
 - Одонтогенные:
 - десневая киста детей (жемчужины Эпстайна);
 - одонтогенная кератокиста (примордиальная);
 - зубосодержащая (фолликулярная) киста;
 - киста прорезывания;
 - боковая периодонтальная киста;
 - десневая киста взрослых;
 - железистая одонтогенная киста;
 - сиалоодонтогенная киста.
 - Неодонтогенные:
 - киста носонёбного протока (резцового канала);
 - носогубная (носоальвеолярная) киста;
 - глобуломаксиллярная (шаровидно-верхнечелюстная) киста.
- ▶ Воспалительные кисты.
 - Радикулярная киста:
 - верхушечная и боковая;
 - резидуальная.
 - Парадентальная (воспалительная коллатеральная, нижнечелюстная, инфицированная щечная) киста.

7.1. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ

7.1.1. Радикулярные кисты

Радикулярные кисты челюстей встречаются наиболее часто. Они возникают при развитии хронического воспалительного процесса вокруг корня зуба. В зависимости от локализации кисты по отношению к корню причинного зуба различают верхушечную и боковую радикулярную кисту (**рис. 7.1**).

Одинаково часто их обнаруживают как у мужчин, так и у женщин, несколько чаще на верхней, чем на нижней челюсти. Наибольшее количество кист обнаруживают в возрасте от 20 до 45 лет. Это связывают в основном с тем, что в данном возрастном периоде зубы наиболее часто поражаются кариозным процессом, осложненным воспалительными изменениями в периапикальных тканях. Радикулярные кисты возникают в результате хронического воспалительного процесса в периодонте.

Известно, что Маляссе (1885) и Н.А. Астахов (1908) на внутренней поверхности периодонта почти в каждом зубе обнаружили эпителиальные клеточные островки, которые сохраняются в течение всей жизни. В результате раздражающего воздействия воспалительного процесса в некоторых случаях происходит пролиферация эпителиальных клеток, которые могут выстлать полость околокорневой гранулемы с последующим образованием кисты. В других же случаях под влиянием химических веществ, образующихся при воспалении, эпителиальные клетки размножаются и разрастаются, формируя микроскопические полости. Эти полости постепенно наполняются кистозным содержимым, увеличиваются в размерах, лопаются и сливаются в единое кистозное образование (рис. 7.2).

Рост кисты происходит медленно за счет увеличения объема кистозного содержимого, что вызывает давление на окружающую кость и приводит к атрофии последней. В челюсти может образоваться костный дефект, и киста продолжает свой рост под надкостницей (субпериостальная киста). Киста растет за счет более высокого, чем в кости, давления кистозной жидкости.

Оболочка кисты представлена соединительной тканью, которая непосредственно прилежит к окружающей кости, а изнутри она выстлана эпителием. Эпителиальная выстилка наиболее часто построена по типу многослойного плоского эпителия полости рта без полного его ороговения. В редких случаях кисты могут быть выстланы цилиндрическим, кубическим или мерцательным эпителием. В оболочке радикулярной кисты микроскопически всегда можно выявить воспалительные изменения, выраженные в той или иной степени. Воспалительные явления приводят к эрозии эпителия с последующим некрозом части или всей оболочки. При морфологическом изучении оболочки

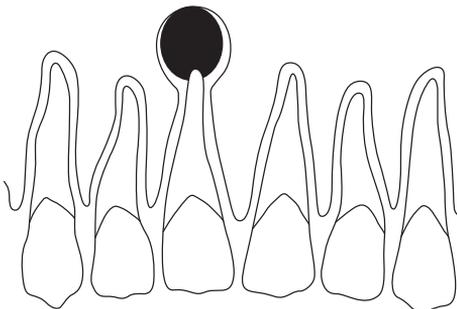


Рис. 7.1. Расположение радикулярной кисты (схема)



Рис. 7.2. Вид костной полости радикулярной кисты верхней челюсти

кисты в некоторых случаях удается обнаружить эпителиальную выстилку лишь на отдельных участках. К характерным особенностям строения радикулярных кист следует отнести наличие в их содержимом и стенках холестерина. Его появление связывают с распадом клеточных структур, богатых липидами. При повторных обострениях (нагноении) кист в окружающей кистозную оболочку кости наблюдают воспалительные изменения (рис. 7.3).



Рис. 7.3. Радикулярная киста верхней челюсти

Жалобы больных при радикулярных кистах могут отсутствовать, так как они протекают бессимптомно, а ее обнаружение — нередко случайная находка при рентгенографии зубов во время их лечения. В других случаях жалобы сводятся к наличию деформации челюсти или свищей на альвеолярном отростке. При нагноении кист ухудшается общее состояние, возникают симптомы интоксикации и другие признаки воспалительного процесса (боли и др.). В связи с этим кисты нередко выявляют при нагноении. Сдавление сосудисто-нервного пучка на нижней челюсти может вызвать симптом Венсана (парестезию нижней губы). Кисты челюстей редко вызывают деформацию лица, во многом это зависит от их локализации. Чаще асимметрия лица может возникнуть при наличии кист во фронтальных отделах верхней и нижней челюсти. При прорастании кисты, развивающейся от центральных резцов верхней челюсти в сторону носовой полости, можно обнаружить валик Гербера — выпячивание в нижнем носовом ходу, выявляемое при риноскопии.

При осмотре полости рта определяют сглаженность или выбухание округлой формы вестибулярной стенки челюсти в области переходной складки. Пальпация области деформации безболезненная, границы выбухания четкие. При развитии кисты от зуба, корень которого обращен в сторону нёба (боковой резец, 2 премоляр, 1 моляр), наблюдают истончение, а иногда и рассасывание нёбной пластинки верхней челюсти. На нёбе пальпируется ограниченное полушаровидное выбухание. Кисты в области больших коренных зубов часто растут в сторону верхнечелюстной пазухи, не вызывая видимой деформации челюсти. При локализации кист в области угла и ветви нижней челюсти деформацию последней отмечают лишь при очень больших размерах опухолеподобного образования. Если киста исходит от корней 2 или 3 моляра нижней челюсти, она может располагаться ближе к язычной поверхности, так как с другой стороны имеется мощный слой компактной и губчатой кости. Сосудисто-нервный пучок на нижней челюсти отесняется кистой по мере ее роста и в патологический процесс не вовлекается.

При пальпации костная ткань над кистой может прогибаться и потрескивать при надавливании — возникает пергаментный хруст (симптом Дюпюитрена). Обязательное условие его появления — наличие костного дефекта

с противоположной стороны по отношению к надавливаемому участку кости. Симптом Дюпюитрена возможен при прорастании кисты в верхнечелюстную пазуху (полость носа). Жидкость, заполняющая кистозную полость, при этом симптоме должна изменить свой объем внутри костной ткани, что возможно только при ее смещении. Симптом пергаментного хруста описан Дюпюитреном как один из признаков костной саркомы и встречается не только при кистах, но и при кистозных формах доброкачественных опухолей челюстей. При дефекте кости челюсти под слизистой оболочкой пальпируется костное окно, а в его центре определяется флюктуация. Слизистая оболочка в области перфорированного участка кости в цвете не изменена. Причинный зуб обычно имеет кариозную полость и погибшую пульпу. Можно наблюдать конвергенцию (схождение, сближение) коронок рядом расположенных зубов. Другие зубы, находящиеся в зоне кисты, имеют пониженную электровозбудимость или могут вообще не реагировать на электрический стимул, что обусловлено давлением кисты на сосудисто-нервный пучок. Во время лечения зуба пульпэкстрактор может проникнуть за пределы верхушки корня, и через корневой канал выделяется прозрачная, соломенно-желтого цвета жидкость. При удалении зуба эта жидкость выделяется через лунку.

Нагноение радикулярной кисты сопровождается признаками воспаления: повышением температуры тела, болью, припухлостью, гиперемией слизистой оболочки в области кисты и другими симптомами. Могут возникать периоститы, остеомиелиты, регионарные лимфадениты, свищи, гнойно-воспалительные процессы в мягких тканях, гайморит.



Рис. 7.4. Рентгенологическая картина радикулярной кисты верхней челюсти

Рентгенологическая картина кисты характеризуется наличием гомогенного участка разрежения костной ткани округлой формы с четкими границами — ободком кортикальной костной ткани. Границы кисты менее четкие при наличии в анамнезе периодических обострений воспалительных явлений в области кисты. В кистозную полость обращен корень причинного зуба, периодонтальная щель его со стороны кисты не контурируется (отсутствует). Корни соседних зубов могут дивергировать — расходиться (**рис. 7.4**).

Довольно часто пневматизация верхнечелюстной пазухи может на рентгенограмме симулировать кисту верхней челюсти. В этом случае вначале следует выявить клинические признаки субпериостальной кисты, а при их отсутствии — уточнить состояние периодонта зубов,

проецирующихся на верхнечелюстную пазуху. При отсутствии радикулярной кисты периодонт этих зубов не изменен. Следует помнить, что на рентгенограмме границы верхнечелюстной пазухи всегда интенсивны и представлены в виде бухт.

При прорастании радикулярной кисты в верхнечелюстную пазуху или полость носа клиническая симптоматика изменяется. Появляется чувство тяжести в области соответствующей верхнечелюстной кости, заложенность носа, снижение обоняния или затруднение носового дыхания на стороне поражения. Последний симптом возникает только при прорастании кисты в полость носа. Киста может расти со стороны твердого нёба, при этом выпячивание можно обнаружить со стороны дна правого или левого носового прохода.

На рентгенограмме околоносовых пазух можно увидеть куполообразное выпячивание, которое проецируется на область верхнечелюстной пазухи, имеется смещение костного дна пазухи. Для уточнения диагноза проводят рентгенографию верхнечелюстной пазухи с введением рентгеноконтрастных веществ [йодолипол[®], верографин[®], натрия амидотризоат (Урографин[▲]) и др.] или выполняют КТ верхнечелюстной кости.

У детей радикулярные кисты чаще всего локализуются на нижней челюсти. Клиническая симптоматика их типичная, но проявляется раньше, чем у взрослых. Наиболее частая причина развития кист — молочные моляры нижней челюсти. Кисты, исходящие от этих зубов, в процессе роста в толще челюсти «обхватывают» зачатки постоянных премоляров, фолликулы которых закладываются уже в 2–3-летнем возрасте ребенка. Таким образом, на рентгенограмме нижней челюсти можно увидеть, как оболочка кисты «обхватывает» коронковую часть или весь зачаток зуба (в некоторых случаях — два зачатка зуба), то есть фолликул находится как бы в кистозной полости. Зачатки постоянных премоляров по мере роста кисты смещаются в сторону (оттесняются к периферии челюсти) за счет давления, имеющегося в кистозной полости. Все это напоминает симптоматику фолликулярной кисты. Окончательно диагноз «радикулярная киста» устанавливают во время ее удаления. При вскрытии полости кисты коронку зуба в ней не обнаруживают, а видны лишь рельефы зачатков постоянных зубов, которые покрыты кистозной оболочкой. Описанная клиническая и рентгенологическая картина позволяет отличить зубосодержащую радикулярную кисту временных зубов от истинной фолликулярной кисты.

Фолликулярные кисты не связаны с периодонтитными зубами. На рентгенограмме полость кисты содержит коронку ретенированного сформированного или несформированного постоянного зуба. В зубной дуге постоянный зуб отсутствует либо его место занято молочным. При удалении кистозной оболочки обнаруживают, что она прикреплена строго по шейке непрорезавшегося и атипично расположенного зуба.

Радикулярная киста у детей может также образоваться от постоянного (разрушенного) зуба. Клинические признаки — общие для детей и взрослых.

В пожилом возрасте у людей, пользующихся съемными зубными протезами, в аспирате радикулярной кисты можно обнаружить не прозрачную жидкость, а содержимое бурого цвета. Бурый цвет кистозной жидкости обусловлен кристаллами гемосидерина, который образуется из-за повторных

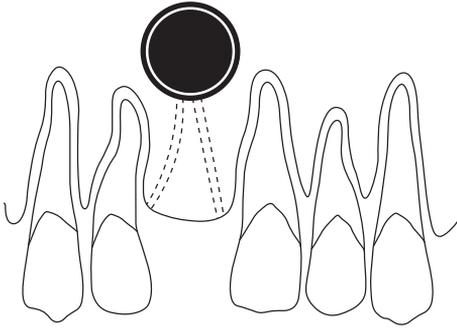


Рис. 7.5. Расположение резидуальной радикулярной кисты (схема)

кровоизлияний в полость кисты. При нагноении кисты в аспирате появляется гной, а кристаллы холестерина растворяются.

Резидуальная радикулярная киста.

Если после удаления причинного зуба радикулярная киста остается в челюстной кости и не исчезает, то ее называют резидуальной (остаточной). Рентгенологическая картина отличается от таковой при радикулярной кисте отсутствием верхушки корня зуба (рис. 7.5).

7.1.2. Парадентальные кисты

Патогенез парадентальной кисты (воспалительной коллатеральной, нижнечелюстной, инфицированной щечной, ретромолярной) связывают с патологией прорезывания нижних зубов мудрости. При затрудненном прорезывании позади зуба возникает костный карман, выполненный фиброзной тканью, с наличием в нем эпителиальных клеток. В результате воспалительных явлений эпителиальные клетки размножаются и превращаются в небольшие полости. Со временем костный карман, ранее сообщающийся с полостью рта, закрывается, а эпителиальные полости изолируются. По мере роста они сливаются в единую полость с образованием кисты.

Патоморфология парадентальных кист аналогична радикулярным кистам, их оболочка выстлана многослойным плоским эпителием. В стенке кисты определяют признаки воспаления. Оболочка кисты фиброзными тяжами соединяется с периодонтом непрорезавшегося зуба. Макроскопически оболочка кисты и ее содержимое ничем не отличаются от радикулярных и фолликулярных кист.

Клиническая картина парадентальных кист не имеет характерных признаков, кроме того, что она развивается в области непрорезавшегося нижнего зуба мудрости. Киста растет бессимптомно, поэтому обнаружить ее в начальной стадии развития крайне сложно. По мере роста она проявляется в виде небольшой, ограниченной и малоблезненной припухлости в области причинного зуба (рис. 7.6).

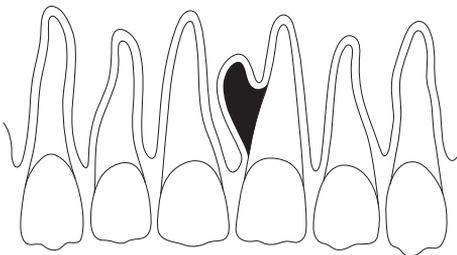


Рис. 7.6. Расположение парадентальных кист (схема)

Диагноз устанавливают только на основании рентгенологического исследования: разрежение костной ткани позади непрорезавшегося нижнего зуба мудрости (ретромолярно) в виде серповидного (шелевидного) полулуния (полулуния Вассмунда), сообщается с округлой или овальной гомогенной полостью с довольно четкими границами, расположенной в области угла или ветви нижней челюсти.

Парадентальная киста не охватывает всю коронку непрорезавшегося зуба, часть коронки находится вне кисты. Диагностика усложняется, когда парадентальная киста является резидуальной.

Дифференциальную диагностику проводят с другими кистами челюстей и кистозными формами опухолей челюстных костей.

7.2. КИСТЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

7.2.1. Одонтогенные кисты

Зубосодержащая (фолликулярная) киста. Происхождение кисты связывают с нарушением развития зубного зачатка — обособленного тканевого образования, из которого в эмбриогенезе формируется зуб. Фолликулярные кисты развиваются вокруг коронки непрорезавшегося зуба, могут наблюдаться в любом возрасте, но чаще их обнаруживают в молодом возрасте; выявляют как на верхней, так и на нижней челюсти. У детей фолликулярные кисты чаще локализируются в области нижних больших коренных зубов или верхних клыков, у взрослых — в области нижних зубов мудрости, верхних клыков и сверхкомплектных зубов (рис. 7.7).

Фолликулярные кисты могут возникать в различные периоды развития зуба, что обуславливает своеобразное их клиническое проявление. В одних случаях кисты образуются до формирования зуба в результате нарушений в зубном зачатке. Эти фолликулярные кисты называют зубонесодержащими. В других случаях киста развивается до окончания формирования корня зуба (в этом случае коронковая часть зуба сформирована, а корень — нет). Чаще всего фолликулярная киста возникает после окончания развития зуба (содержит полностью сформировавшийся зуб).

Макроскопически фолликулярная киста представлена однокамерной полостью, содержащей прозрачную жидкость желтого цвета с кристаллами холестерина. В полость обращена коронка непрорезавшегося зуба. Оболочка кисты прикрепляется строго по шейке причинного зуба.

Микроскопическое строение оболочки фолликулярной кисты следующее: снаружи она представлена соединительной тканью (капсулой), а изнутри выстлана многослойным плоским эпителием. В фолликулярных кистах значительно чаще, чем в радикулярных, отмечают ороговение эпителия. Редко обнаруживают признаки хронического воспаления в оболочке фолликулярных кист.

Рост кисты часто бессимптомный. При осмотре больного можно обнаружить сохранившийся молочный зуб и отсутствие постоянного зуба в зубном ряду (исключением будет развитие кисты из сверхкомплектного зуба). Фолликулярные кисты редко нагнаиваются. Чаще они одиночные, редко — множественные.

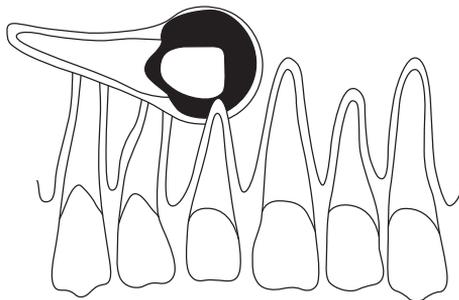


Рис. 7.7. Расположение фолликулярной кисты (схема)

На рентгеновском снимке определяют гомогенное разрежение костной ткани округлой или овальной формы с четкими, ровными границами. В полость фолликулярной кисты обращена коронковая часть непрорезавшегося зуба. Корень зуба всегда находится за пределами кисты. Если фолликулярная киста развивается до формирования зуба, то есть является зубонесодержащей, то рентгенологически отличить ее от других кист невозможно. Окончательный диагноз устанавливают после патогистологического исследования (**рис. 7.8**).

Дифференциальную диагностику следует проводить с другими кистами челюстей и кистозными формами опухолей челюстных костей.

Одонтогенная кератокиста (примордиальная, первичная киста, эпидермоид челюсти, холестеатома) получила свое название ввиду способности эпителия оболочки к ороговению. Она может рецидивировать и озлокачествляться, встречаются редко. Развивается в основном в нижней челюсти соответственно 3 большому коренному зубу и распространяется в тело, угол и ветвь челюсти, вызывая большие разрушения кости (**рис. 7.9**).

Первичную кератокисту наблюдают у людей разного возраста, одинаково часто у мужчин и женщин. Заболевание начинается незаметно и длительное время не проявляется. Затем отмечают безболезненное выбухание участка челюсти в области одного из больших коренных зубов. У части больных кисту выявляют вследствие присоединения воспалительного процесса, иногда находят случайно при рентгенологическом исследовании по поводу других заболеваний. В анамнезе не удается отметить связи возникновения кисты с патологией зубов.

При своем росте кератокиста имеет характерную особенность — распространяется по длине челюсти и не вызывает резко выраженной деформации кости, что отличает ее течение от амелобластомы.

По клиническим симптомам первичная одонтогенная киста не отличается от других кист челюстей.

Рентгенологическая картина представлена в виде обширного разрежения костной ткани с четкими полициклическими контурами, при этом неравномерное рассасывание кости создает впечатление многокамерности образования. Нередко в процесс вовлечены отростки (венечный и мышцелковый). Деформация челюсти выражена слабо.

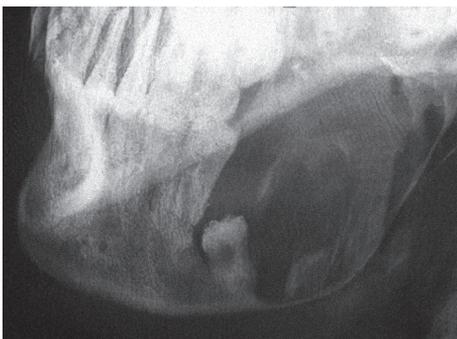


Рис. 7.8. Рентгенологическая картина фолликулярной кисты нижней челюсти

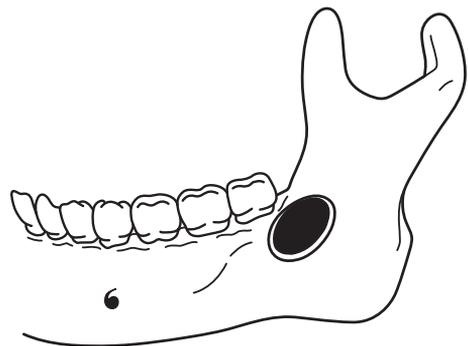


Рис. 7.9. Расположение примордиальной кисты (схема)

Кортикальная пластинка истончается и даже иногда на некоторых участках отсутствует. На рентгенограмме обычно определяют периодонтальную щель корней зубов, проецирующихся на область кисты (рис. 7.10).

Первичную одонтогенную кисту диагностируют на основе клинико-рентгенологических проявлений. Однако эти симптомы встречаются также при амелобластоме, хотя последняя, в отличие от кератокисты, приводит к выраженному вздутию челюсти. Именно поэтому окончательный диагноз устанавливают после морфологического исследования биопсийного материала. При подозрении на кисту проводят открытую биопсию с обязательным иссечением костной ткани и ее оболочки по типу цистотомии. В случае подтверждения диагноза кисты биопсия одновременно служит первым этапом хирургического лечения.

Десневая киста детей (жемчужины, или бусинки Эпстайна, узлы Борна, перинатальная киста) значительного размера, развивается на слизистой оболочке, покрывающей челюстные кости. Бусинки Эпстайна локализируются в области перехода твердого неба в мягкое. Узлы Борна располагаются по средней линии неба.

Клиническая картина. Белесовато-желтоватые, величиной с булавочную головку новообразования, локализующиеся на слизистой оболочке альвеолярного гребня. Считают, что они часто встречаются, но их редко диагностируют. Течение бессимптомное, без лечения исчезают через несколько месяцев. При гистологическом исследовании почти всегда во взятом материале обнаруживают кератин.

Десневая киста взрослых. Аналогичное патологическое состояние, с той лишь разницей, что наблюдают во взрослом возрасте. Лечение данных образований хирургическое (удаление кисты).

Киста прорезывания. Киста, как правило, возникает над прорезывающимися молочными зубами. Описаны случаи появления над постоянными зубами припухлостей синюшного цвета. Как правило, пациенты жалоб не предъявляют. Некоторые авторы считают их разновидностью коронковых (фолликулярных) кист.

Боковая периодонтальная киста. Встречают редко, локализуется у латеральной стенки корня здорового зуба. Предполагают, что развивается она из остатков сверхкомплектных зубов, так как наиболее характерная локализация — место между клыками и премолярами, где наиболее часто встречаются сверхкомплектные зубы. Микроскопически подтверждают наличие многослойного плоского эпителия, редко — с признаками кератоза. При многокамерном строении эти кисты называют *botrioid*. Их описали в 1973 г. Weathers и Waldrom. Склонность к рецидивам таких кист очень велика.

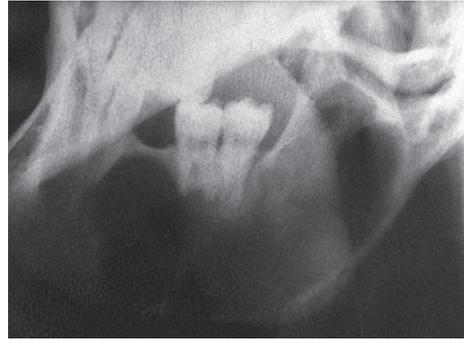


Рис. 7.10. Рентгенологическая картина одонтогенной кератокисты

7.2.2. Неодонтогенные кисты

Патогенетически неодонтогенные кисты челюстей не связаны ни с зубами, ни с нарушением развития зубообразовательного эпителия. Возникновение их связывают с нарушением эмбриогенеза лица (эмбриональные дисплазии). Это так называемые фиссуральные (щелевые) кисты. Развиваются в эмбриональном периоде на границе эмбриональных лицевых отростков. Локализуются на верхней челюсти, встречаются редко.

В зависимости от локализации различают следующие фиссуральные кисты: носонёбные, глобуломаксиллярные и носоальвеолярные.

Носонёбные кисты (кисты резцового канала) развиваются из эмбриональных остатков эпителия носонёбного канала. Последний представляет собой эпителизованную трубку, находящуюся в костном резцовом канале. Последний связывает дно носовой полости и полость рта. Кисты могут возникать в любом участке этого канала, но значительно чаще они образуются в нижних его отделах. От места развития кисты зависит ее патоморфологическое строение. В верхнем отделе канала (ближе к носовой полости) кисты выстланы цилиндрическим или мерцательным эпителием, в нижних отделах — многослойным плоским. Располагаются носонёбные кисты между центральными резцами. Рост кисты медленный, безболезненный. После разрушения кости в переднем отделе нёба, позади интактных центральных резцов, формируется полушаровидное выпячивание с четкими границами. При пункции можно получить прозрачную жидкость с кристаллами холестерина. Кисты могут нагнаиваться.

Диагноз устанавливают на основании рентгенологического исследования. В области того участка, где должно находиться резцовое отверстие, имеется очаг гомогенного разрежения костной ткани с четкими границами. Этот очаг имеет округлую форму и расположен строго по средней линии. На него проецируются интактные корни зубов с сохранением периодонтальной щели. Ошибки в установлении диагноза возникают при наличии разрушенных верхних центральных резцов. На рентгенограмме необходимо определить, присутствует ли разрушение периодонтальной щели зуба, который проецируется на кисту. Последнее указывает на имеющуюся радикулярную кисту (**рис. 7.11**). Окончательный диагноз устанавливают после патогистологического исследования.



Рис. 7.11. Рентгенологическая картина кисты резцового канала

Глобуломаксиллярные кисты (интрамаксиллярные, шаровидно-верхнечелюстные) располагаются между боковым резцом и клыком на верхней челюсти. Образуются из эпителия в месте сращения двух эмбриональных лицевых отростков: лобного (*processus globularis*) и верхнечелюстного (*processus maxillaris*). Оболочка их тонкая и выстлана плоским, кубическим или цилиндрическим эпителием.

Кисты растут медленно, безболезненно. Нередко их обнаруживают

случайно. Клинически они проявляются в виде безболезненного выпячивания в преддверии полости рта или нёба. Могут прорасти в полость носа или верхнечелюстную пазуху. Расположена киста в области интактных зубов. Нагноение бывает редко. При пункции можно получить прозрачную жидкость с кристаллами холестерина. На внутриротовой рентгенограмме имеется участок гомогенного разрежения костной ткани округлой формы с четкими границами между интактным боковым резцом и клыком. Отмечают дивергенцию (расхождение) корней этих зубов, периодонтальная щель сохранена. Диагноз усложняется, если боковой резец или клык разрушен.

Носоальвеолярные кисты (носогубные кисты преддверия носа) развиваются из остатков эмбрионального эпителия на границе трех эмбриональных отростков: лобного, наружного носового и верхнечелюстного. Киста выстлана оболочкой, покрытой плоским, кубическим, переходным или мерцательным эпителием. Носоальвеолярные кисты находятся на передней стенке верхнечелюстной кости в преддверии полости рта, в проекции корней бокового резца и клыка. Вызывают деформацию (вдавление) наружной кортикальной пластинки. В области носогубной борозды, под основанием крыла носа имеется малоподвижное эластичное выпячивание округлой формы, с четкими границами и не спаянное с окружающими тканями. Возможно сужение входа в нос. Данные кисты, локализуясь на верхнечелюстной кости, расположены в толще мягких тканей. При пункции можно получить прозрачную, желтоватую, несколько вязкую жидкость с кристаллами холестерина. Рентгенологически киста ничем не проявляется, в некоторых случаях может быть небольшое округлое просветление (за счет углубления) костной ткани в месте нахождения кисты. Зубы, расположенные в зоне кисты, интактные. Диагноз уточняют при оперативном вмешательстве.

Некоторые авторы в группе фиссуральных кист выделяют также **нёбную срединную кисту** и **срединную кисту нижней челюсти**, диагностируемые крайне редко.

7.3. ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Кисты челюстей лечат хирургическим способом. Известны два основных оперативных метода — цистотомия и цистэктомия.

Цистотомия — метод оперативного лечения, при котором удаляют наружную (переднюю) стенку кисты вместе с прилегающей к ней костью и имеющуюся внутрикостную полость сообщают с преддверием рта, то есть кистозную полость превращают в добавочную бухту полости рта. Была описана Partsch в 1892 г. как операция цистотомии по 1-му типу. В английской литературе имеет название marsupialization.

Показания к цистотомии:

- ▶ большие кисты верхней челюсти, которые прорастают в верхнечелюстную пазуху с разрушением костного дна полости носа и нёбной пластинки;
- ▶ обширные кисты нижней челюсти со значительным истончением костных стенок челюсти (в том случае, если полное удаление оболочки кисты может значительно ослабить прочность челюсти и способствовать возникновению патологического перелома, то есть при толщине кости менее 0,5 см);