

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
1. Учебные цели.....	6
2. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения темы. . . .	7
3. Классификация одонтогенных кист челюстей	8
4. Этиология и патогенез развития одонтогенных кист челюстей . . .	10
5. Методы диагностики и дифференциальная диагностика одонтогенных кист челюстей	17
6. Хирургические методы лечения одонтогенных кист челюстей . . .	41
7. Применение хирургических лазерных технологий для лечения одонтогенных кист челюстей	60
8. Ошибки и осложнения оперативного лечения и методы их профилактики	62
9. Контроль усвоения темы.....	64
9.1. Вопросы для повторения и самоконтроля	64
9.2. Тестовые вопросы для контроля усвоения материала	64
9.3. Примеры ситуационных задач по теме занятия.....	69
Ответы на тестовые задания и ситуационные задачи	73
Список литературы	76
Предметный указатель.....	77

3. КЛАССИФИКАЦИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

В основе классификации одонтогенных кист челюстей могут лежать различные признаки. По клиническим и морфологическим признакам, лежащим в основе классификации И.И. Ермолаева (1975), выделяют следующие виды кист.

- Эпителиальные кисты
 - Одонтогенные кисты:
 - ✧ первичная киста (примордиальная кератокиста);
 - ✧ киста прорезывания;
 - ✧ парадентальная (периодонтальная);
 - ✧ десневая;
 - ✧ зубосодержащая;
 - ✧ фолликулярная;
 - ✧ корневая (радикулярная).
 - Неодонтогенные кисты:
 - ✧ киста резцового канала (носонёбного протока);
 - ✧ глобуломаксиллярная киста (фиссуральная);
 - ✧ киста носогубная (носоальвеолярная, преддверия полости рта);
 - ✧ холестеатома.
- Неэпителиальные кисты
 - Костные кисты:
 - ✧ аневризматическая;
 - ✧ травматическая;
 - ✧ геморрагическая.

По совокупности морфологических и патогенетических признаков, а также по локализации принято выделять следующие виды одонтогенных кист.

- **Кисты, развивающиеся из эмалевого органа или фолликула**
 - **Фолликулярные кисты:**
 - ✧ **Дентальная киста** — одонтогенная киста, окружающая не-прорезавшийся зуб, обычно содержащая коронку нормально сформированного зуба.

- ✧ **Киста прорезывания** — фолликулярная киста, представленная расширением пространства около коронки прорезывающегося (молочного или постоянного) зуба.
- **Гингивальная киста** — одонтогенная киста свободной или прикрепленной десны, представленная небольшой оформленной припухлостью, иногда напоминающая мукоцеле.
- **Примордиальная киста** — сравнительно редко встречаемый вид одонтогенной кисты, развившейся в результате кистозной дегенерации или разрушения звездчатого эпителия эмалевого органа до кальцификации эмали и дентина, поэтому стенки кисты выстланы многослойным неороговевающим эпителием.
- **Кератокиста** — киста с тонким однородным эпителием из 3–5 слоев клеток с морщинистой поверхностью, окруженных базальным слоем клеток, содержащая кератиновые массы, образованные за счет слущивания ороговевающих чешуек в просвет кисты.
- **Кисты, развивающиеся из эпителия зубообразующей пластинки**
 - **Радикулярные (околокорневые) кисты:**
 - ✧ **Апикальная киста** — периодонтальная киста, охватывающая верхушку корня зуба.
 - ✧ **Латеральная периодонтальная киста**, прилежащая или охватывающая боковую поверхность корня прорезавшегося зуба.
 - ✧ **Резидуальная киста**, оставшаяся или возникшая после удаления зуба.

По Международной классификации болезней (МКБ-10) одонтогенные кисты включены в раздел XI «Болезни органов пищеварения», подраздел K00–K14 «Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей».

- K04 Болезни пульпы и периапикальных тканей.
 - K04.8 Корневая киста — апикальная (периодонтальная), периапикальная, остаточная корневая.
- K09 Кисты области рта, не классифицированные в других рубриках.
 - K09.0 Кисты, образовавшиеся в процессе формирования зубов, содержащие зубы, образовавшиеся при прорезывании зубов, фолликулярные, десневые, боковые периодонтальные, рудиментарные, роговые.

4. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РАЗВИТИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Одонтогенные кисты — полостные образования, локализуемые внутри кости, имеющие соединительнотканную капсулу, выстланную изнутри многослойным плоским эпителием, и заполненные жидким или полужидким содержимым с кристаллами холестерина.

Полость одонтогенной кисты обычно заполнена жидкостью желтого цвета, опалесцирующей вследствие наличия в ней кристаллов холестерина, которые хорошо заметны в виде блесток при абсорбции их на поверхности марлевого тампона. Иногда полость кисты заполнена творожистой серо-белой массой.

Эпителий, выстилающий полость кисты, происходит из остатков зубообразующей эпителиальной пластинки — эпителиальных островков Малассе или из эпителия зубного фолликула.

Островки Малассе представляют собой остатки эпителиального (гертвиговского) корневого влагалища и определяются вблизи цемента корня зуба, чаще в пришеечной и периапикальной областях. Они состоят из клеток, содержащих большое темное ядро, окруженное узким ободком цитоплазмы (**рис. 4.1**).

Одонтогенные кисты могут быть дизонтогенетическими и воспалительными. Спонтанная пролиферация одонтогенных эпителиальных островков, сохранившихся внутри челюстей, приводит к развитию дизонтогенетических одонтогенных кист. При образовании воспалительных кист пролиферация эпителиальных островков происходит в ответ на воспалительный процесс в периапикальных тканях.

В основе этиологии и патогенеза одонтогенных кист челюстей лежат различные факторы. Хронические воспалительные процессы в периапикальных тканях могут приводить к развитию радикулярных кист челюстей, поскольку такие образования находятся в прикорневой зоне.

В патогенезе развития радикулярной кисты выделяют три стадии — инициации, формирования кисты и ее роста. На стадии инициации происходят стимуляция и пролиферация эпителиальных клеток островков Малассе (**рис. 4.2**).

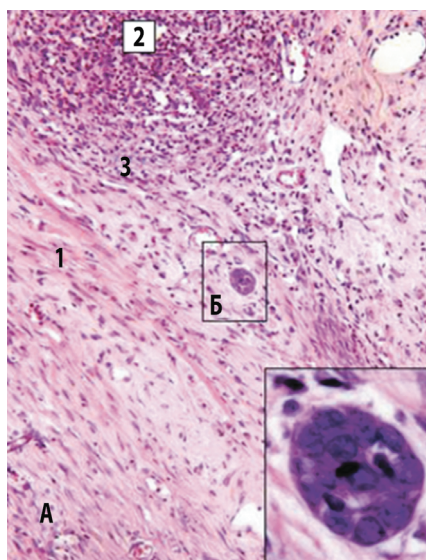


Рис. 4.1. А — общий вид ($\times 200$). Б — эпителиальный островок Малассе ($\times 1000$): 1 — периодонтальная связка; 2 — периапикальная гранулема; 3 — фиброзная капсула

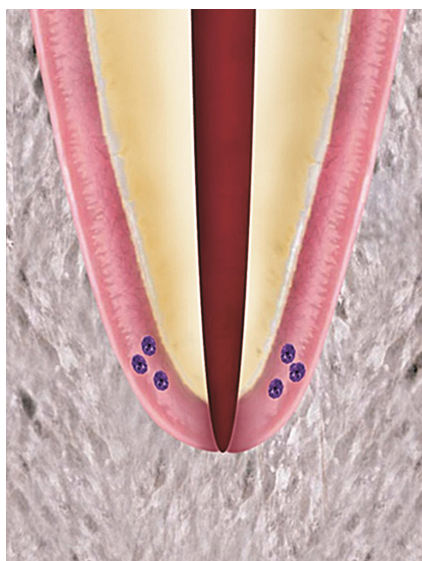


Рис. 4.2. Схематичное изображение стадии инициации развития радикулярной кисты

Формирование кисты сопряжено с накоплением кистозной жидкости. Эта жидкость образуется из капиллярной сети гранулемы путем трансудации и экссудации жидкой части крови вследствие распада форменных элементов оболочки кисты. При этом воспалительные клетки выделяют кофакторы, лимфоциты — лимфокины, происходят активация остеокластиндуцирующего фактора и выделение моноцитами интерлейкина-1 (рис. 4.3).

Увеличение объема кисты в дальнейшем происходит за счет повышения внутреннего гидростатического давления при росте онкотического давления в полости кисты в связи с наличием в ней таких белковых макромолекул, как альбумин, глобулин, фибриноген. Десквамация клеток эпителиальной выстилки приводит к их аутолизу, а следовательно, к выбросу большого количества низкомолекулярных соединений, также способствующих росту в полости кисты осмотического давления. Жидкость проникает в полость кисты за счет разности давления между содержимым кисты и плазмой крови. Внутри кисты жидкость задер-