

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ

ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Ж.АСФЕНДИЯРОВА

## *Кафедра: Детская стоматология*

**Тема: Кисты челюстно-лицевой  
областей у детей. Одонтогенные  
восполительные кисты челюстей  
от временных зубов у детей**

**Выполнила: Тасилова  
Н.А.**

**Факультет:  
Стоматология**

**Группа: 12-002-01**

**Проверила: Рысбаева  
Ж.И.**

**АЛМАТЫ 201  
6Г.**

# ПЛАН:

---

I. Введение

II. Основная часть

а) кисты челюстей

б) классификация кист

в) радикулярная киста

г) фолликулярная киста

д) первичная киста (кератокиста)

ж) лечение

III. Заключение

IV. Список литературы

# КИСТЫ

## ЧЕЛЮСТЕЙ

Кисты челюстей (*herniae maxillae et mandibulae*) относят к опухолеподобным новообразованиям, которые на амбулаторном приеме у детского стоматолога встречаются наиболее часто. Среди одонтогенных кист челюстей у детей чаще развиваются радикулярные и фолликулярные.

**По статистическим данным, преобладают радикулярные кисты, составляющие 94-96 % всего количества челюстных кист.**



- ❑ **Фолликулярные** развиваются у 4—6 % детей. Чаще всего кисты наблюдаются у детей 7-12 лет в период смены временных зубов, но могут развиваться и в младшем (4-5 лет) возрасте на нижней челюсти, преимущественно в участке премоляров.
- ❑ **Радикулярные кисты** от временных зубов преобладают над кистами от постоянных. Они чаще встречаются на нижней челюсти, причиной их развития является периодонтит временных моляров.
- ❑ **Неодонтогенные кисты** — пороки развития, к которым относят фиссуральные (кисты резцового или носонёбного канала, глобуломасиллярная или интермаксиллярная и носогубная), а также травматические кисты (солитарная костная, геморрагическая и безоболочечная), у детей встречаются очень редко



# В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ТАКУЮ КЛАССИФИКАЦИЮ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

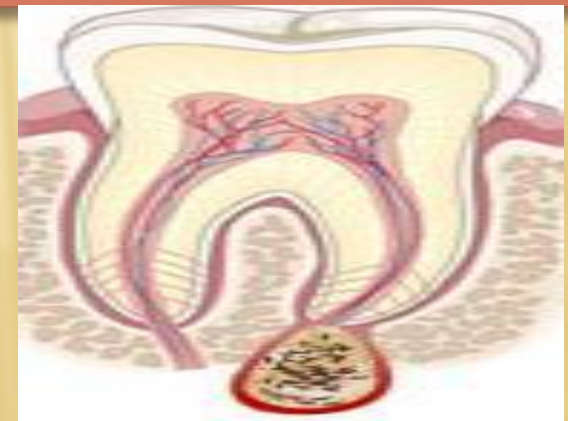
- 1. Одонтогенные кисты воспалительного происхождения:
  - а) радикулярная;
  - б) радикулярная зубосодержащая;
  - в) резидуальная (остаточная, которая остается после удаления "причин ного" зуба).

2. Одонтогенные кисты невоспалительного происхождения:

- а) фолликулярная;
- б) киста прорезывания.

3. Неодонтогенные кисты — пороки развития:

- а) фиссуральная (резцового или носонёбного канала; глобуломаксиллярная или интермаксиллярная; носогубная);
- б) травматическая (солитарная, геморрагическая, безоболочечная).



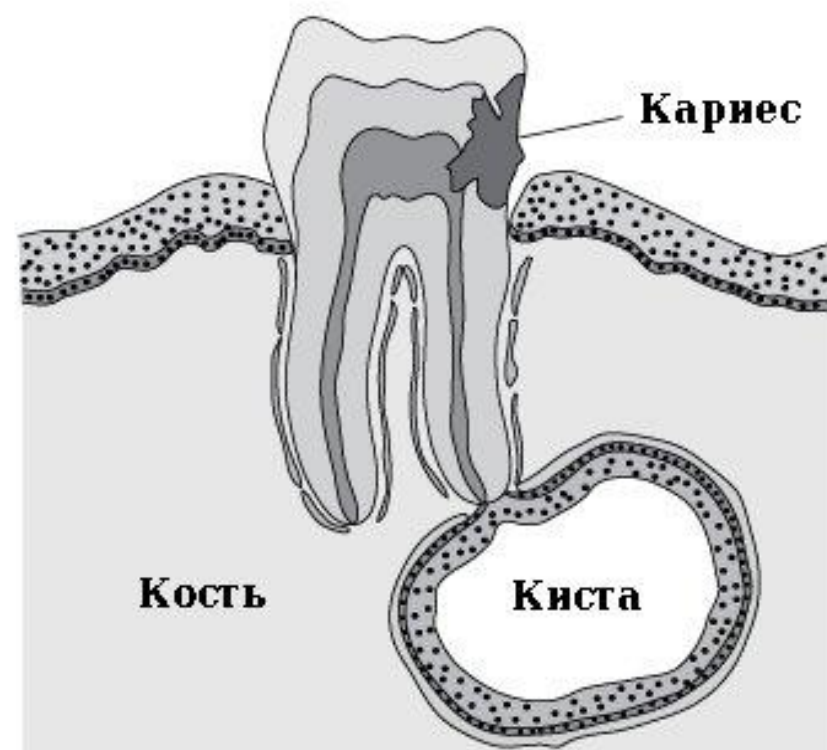
# ПАТОГЕНЕЗ

Развитие одонтогенной кисты воспалительного происхождения (радикулярной) обычно начинается с хронического воспалительного процесса (гранулематозный или гранулирующий периодонтит), вызывающего разрастание грануляционной ткани вокруг верхушки корня. В последующем, под воздействием частых обострений воспалительного процесса и нарушения питания центральных отделов гранулемы, происходит некроз некоторых участков ее, расположенных между эпителиальными тяжами.

- В результате этого в толще гранулемы образуются полости, окруженные эпителием, который является оболочкой будущей кисты. Таким образом, кисты образуются из эпителиальных элементов под воздействием раздражающего воздействия воспалительного хронического процесса в периодонте
- "Рост" кисты происходит за счет внутрикистозного давления, возникающего в результате накопления транссудата, постоянно продуцирующегося оболочкой образования.



- Возникновение кист невоспалительного происхождения связано с влиянием , экзо и эндогенных факторов на эпителиальную ткань, оставшуюся в кости в результате нарушения закладки. Но развитие кист может быть и следствием метаплазии эндотелиальных клеток и вегетации эпителия через маргинальный периодонт.



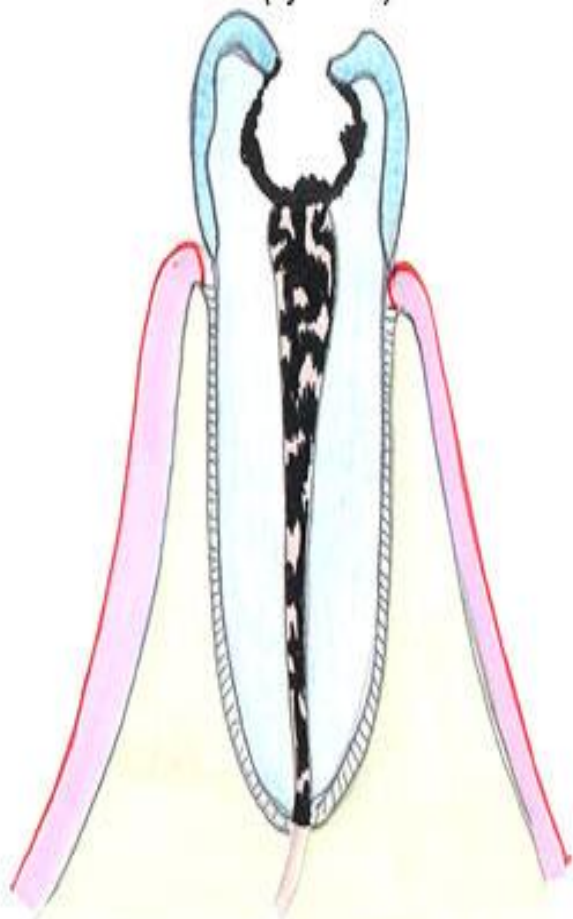
- Маляссе, Н.А. Астахов, А.В. Рывкпнд. В.Р. Брайцев считают, что находящийся в гранулеме эпителий является остатком зубообразовательного эпителия. Это так называемые клетки МаляссеАстахова Брайцева (*debrix epiihelialisparaden taries*). Schuster, И.Г. Лукомский утверждают, что эпителиальные клетки в периодонте и костной ткани челюсти являются результатом проникновения в кость слоев эпителия десен.

**Одонтогенные кисты:** радикулярная (корневая); фолликулярная (зубосодержащая); киста прорезывания; первичная киста (кератокиста).

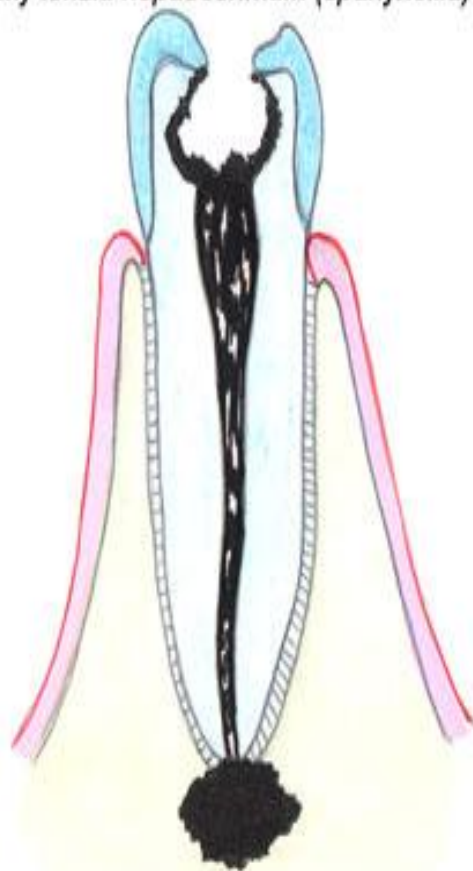
**Неодонтогенные кисты:** фиссуральная (резцового или носо-нёбного канала; глобуломаксиллярная или интермаксиллярная; носогубная); травматическая (солитарная, геморрагическая, безобочечная).



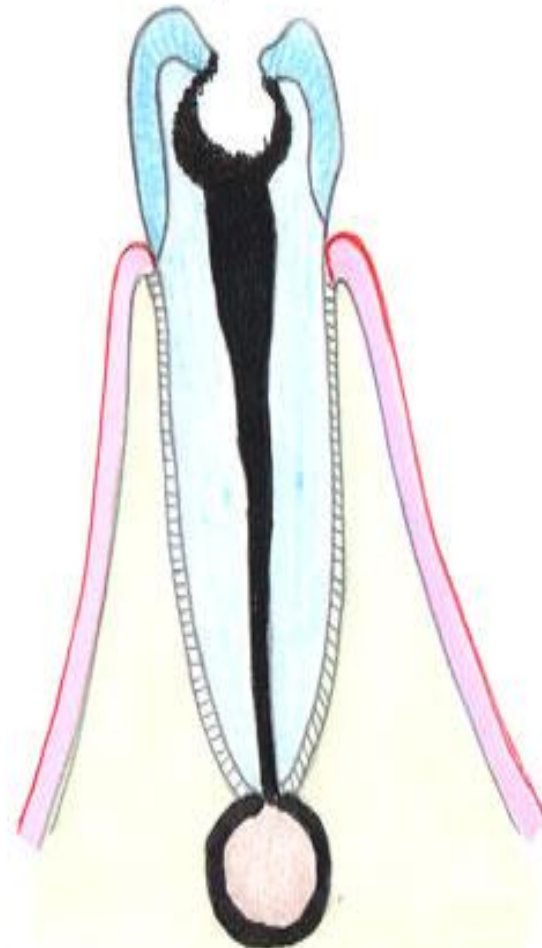
Воспаление пульпы  
(пульпит)



Распространение воспаления  
за вершечку корня зуба -  
верхушечный периодонтит (гранулема)



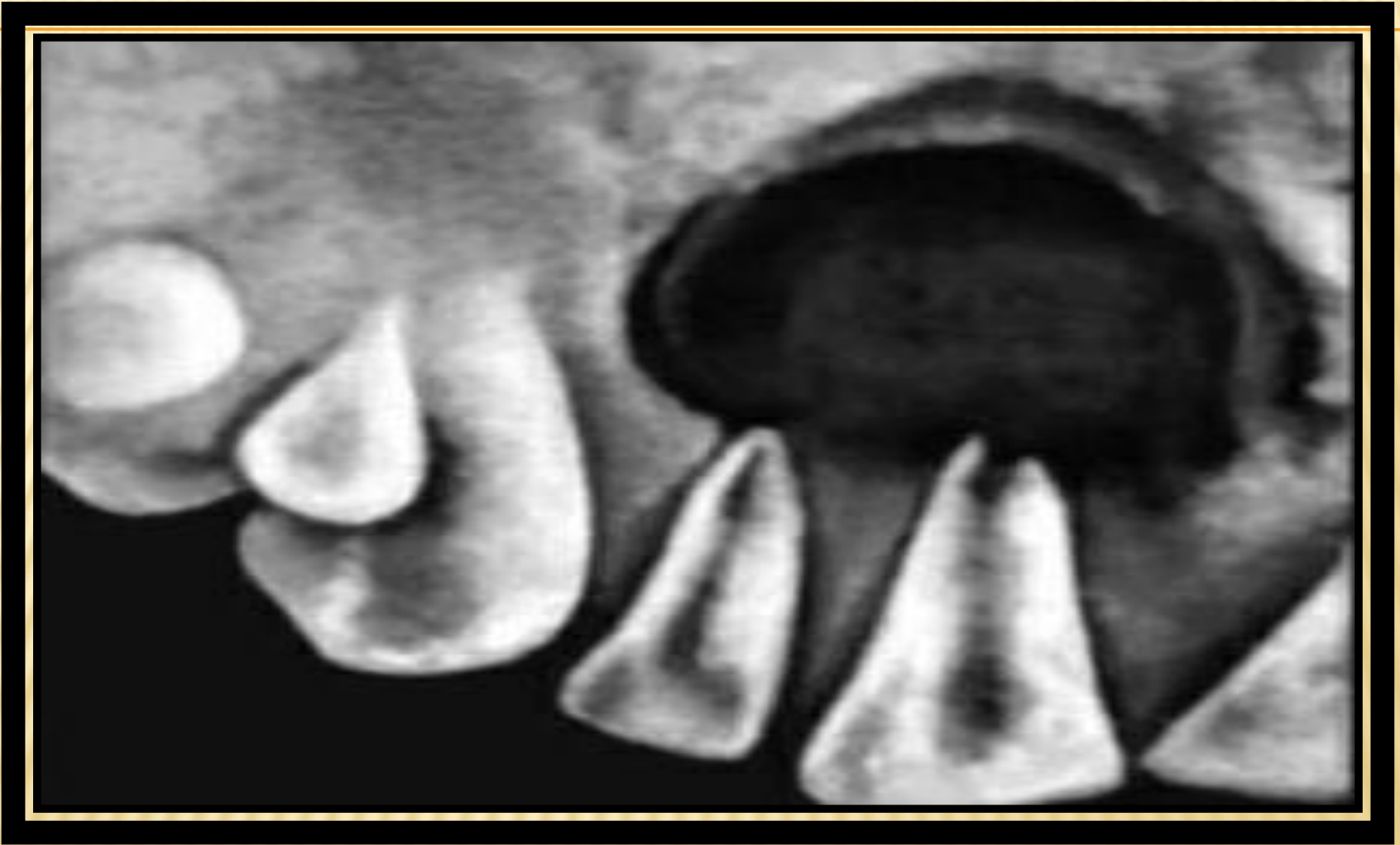
Околорневая киста



# ОДОНТОГЕННЫЕ КИСТЫ

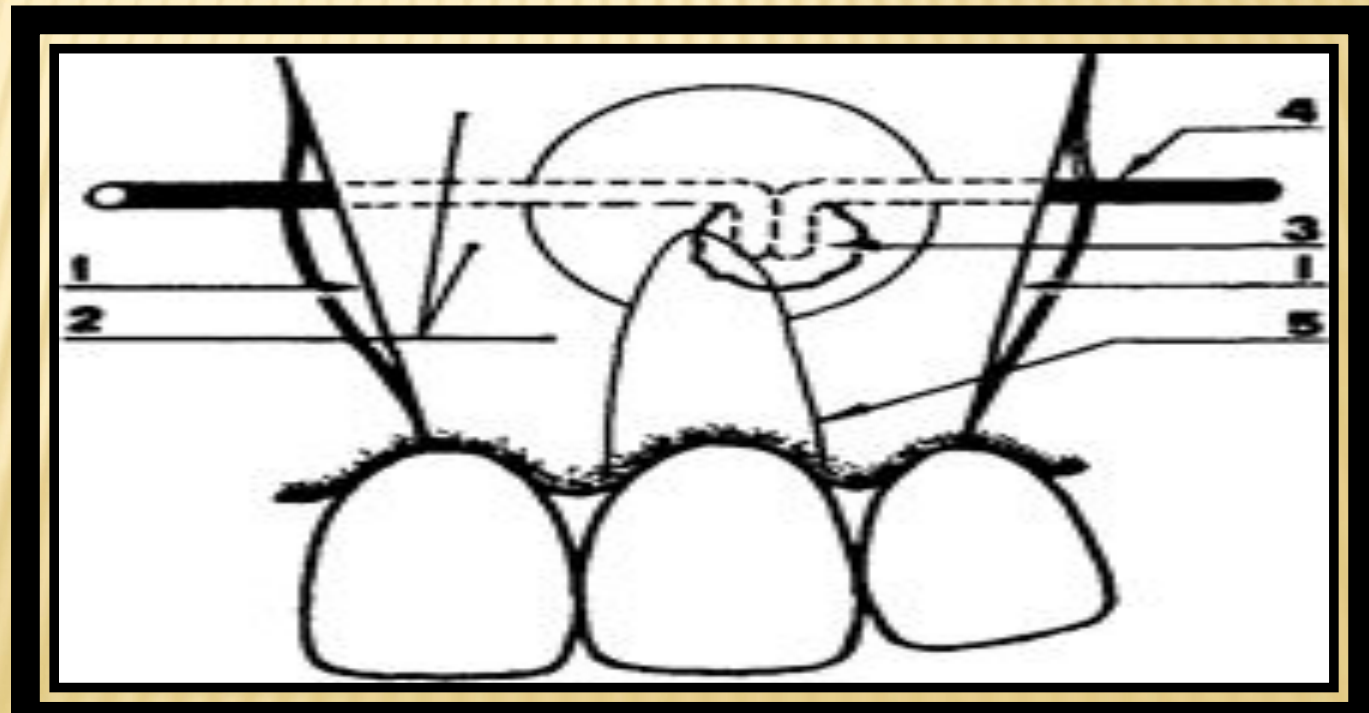
## РАДИКУЛЯРНАЯ КИСТА

*Развитие радикулярной кисты почти всегда начинается с хронического периодонтита, приводящего к разрастанию грануляционной ткани вокруг верхушки корня зуба. В дальнейшем, под воздействием периодических обострений воспаления возникает некроз некоторых участков образовавшейся гранулемы, в результате чего в ее толще образуются полости, окруженные эпителием, который является будущей оболочкой кисты. Дальнейший рост кисты происходит за счет давления накапливающейся в ней жидкости, постоянно продуцируемой оболочкой кисты.*





Киста прорезывания Возникает в процессе прорезывания зуба у маленьких детей и характеризуется наличием ограниченного образования **красно-синюшного** или **синеватого** цвета, расположенного над коронкой непрорезавшегося зуба с содержанием **серозной** или **серозно-геморрагической жидкости**. Изредка такие кисты могут воспалиться.



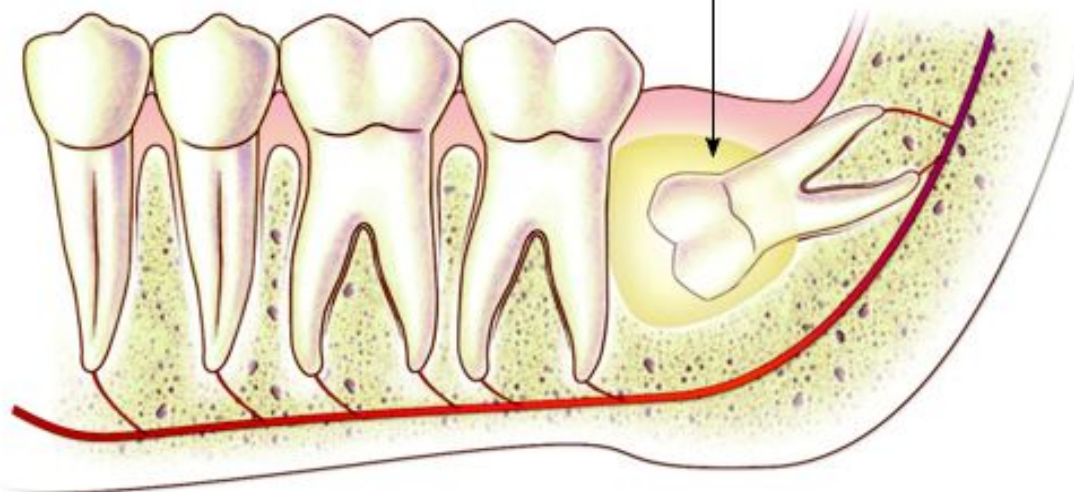


# ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ КИСТА

- Фолликулярная киста развивается из фолликула непрорезавшегося (как правило постоянного) зуба. Возникновение этого вида кисты связывают с распространением воспалительного процесса в периодонте временных зубов на постоянный зуб, находящийся на стадии развития.



Зуб мудрости с фолликулярной кистой



# ПЕРВИЧНАЯ КИСТА (КЕРАТОКИСТА)

У детей встречается редко. Оболочка кисты, в отличие от других кист, представлена ороговевающим эпителием. Первичная киста (кератокиста) Связь кисты с патологией зубов установить, как правило, не удастся. Киста распространяется по длине челюсти и, как правило, не приводит к выраженной деформации челюсти. Явные симптомы, позволяющие заподозрить данный вид кист, появляются при достижении кистой значительных размеров. Часто выявляется случайно при рентгенологическом обследовании по какому-либо другому поводу.





# ЖАЛОБЫ

В начале формирования радикулярных или фолликулярных кист жалоб нет. Когда киста достигает больших размеров и появляется деформация челюсти, ребенок или его родители указывают на это, а также на неудобство при жевании, подвижность нескольких зубов;

при фолликулярной кисте — на отсутствие в зубной дуге соответствующего зуба, который по срокам должен был бы прорезаться. При нагноении кист жалобы такие же, как и при воспалительных заболеваниях (периостите или остеомиелите).

# КЛИНИКА

- . Общее состояние ребенка не изменено, лишь при нагноении кисты повышается температура тела, появляются признаки интоксикации. Местный статус при радикулярной или фолликулярной кисте имеет такие общие признаки:
  - — деформация альвеолярного отростка и тела челюсти происходит постепенно, безболезненно;
  - — пальпация деформированного участка челюсти выявляет новообразование плотной консистенции;
  - — при больших размерах кисты стенка ее (обычно наружная) становится тонкой и при надавливании на нее прогибается, это симптом Рунге-Дюпюитрена
    - податливость кортикальной пластинки;
  - — слизистая оболочка над кистой не изменена в цвете.

- Отличительными клиническими признаками радикулярной и фолликулярной кист являются: в первом случае — наличие "причинного" (временного или постоянного) зуба в зубном ряду, пораженного кариесом; он изменен в цвете, подвижен, перкуссия его может быть болезненной;
- во втором — отсутствие в альвеолярной дуге постоянного зуба при наличии всех прорезавшихся.

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- При осмотре: -лицо асимметрично в связи с отеком мягких тканей в зоне поражения,
- открывание рта может быть ограниченным и болезненным.
  - Слизистая оболочка возле "причинного" и нескольких рядом расположенных зубов отечная, гиперемирована, переходная складка сглажена, болезненна при пальпации.
  - "Причинный" зуб обычно разрушен, перкуссия его болезненна.





- **Характерным общим рентгенологическим признаком кист челюстей является гомогенное просветление округлой формы с четкими границами.**

**Рентгенограмма .  
Радикулярная киста в области премоляра  
верхней челюсти.**



- При радикулярной кисте в ее полости находятся корни "причинного" зуба; при радикулярной от временного зуба — зубосодержащей — кроме корней временного (обычно разрушенного или леченого зуба) находят фолликул постоянного зуба.
- На верхней челюсти кисты могут прорасти в верхнечелюстную пазуху, тогда на рентгенограмме в ней появляется тень "купола" с четкими границами.



- При фолликулярной кисте в ее полости на рентгенограмме виден фолликул постоянного зуба. Иногда могут образовываться и множественные фолликулярные кисты челюстей. Трудности при рентгенодиагностике могут возникать при дифференциации радикулярной кисты от временного зуба и фолликулярной кисты от постоянного зуба.
- При радикулярной кисте от временного зуба фолликул постоянного прикрыт ее оболочкой, а при фолликулярной часть коронки зуба обращена в полость и оболочка кисты фиксирована к его шейке. Если тень кисты проекционно накладывается на фолликул постоянного зуба, диагноз может быть уточнен лишь во время операции.

□ **Основным отличительным признаком** радикулярной и фолликулярной кист является наличие в зубном ряду временного или постоянного зуба-причины. Как уже было сказано при нагноении одонтогенных кист клиническая картина напоминает острый периостит или остеомиелит челюсти. Диагноз подтверждается рентгенологическим исследованием.

# ЛЕЧЕНИЕ

В качестве лечения кист используют два вида хирургического вмешательства: цистэктомию (полное удаление оболочки кисты) и цистотомию (вскрытие оболочки кисты без ее полного удаления).

При цистотомии после операции полость кисты всегда тампонируется (например, йодоформной турундой).

При цистэктомии полость кисты ушивается, кровь, заполняющая полость постепенно замещается костью.

В случае радикулярной кисты производится резекция верхушки корны зуба-источника кисты (канал зуба предварительно должен быть запломбирован).





# ЦИСТОТОМИЯ

- **Цистотомия** — операция, предусматривающая устранение внутрикистозного давления, в результате чего наблюдается постепенное уплощение и уменьшение кистозной полости вплоть до полного ее исчезновения.
- Показаниями к цистотомии являются: — фолликулярные кисты челюстей; — радикулярные кисты от временных зубов (зубосодержащие), в полости ко торых находится фолликул постоянного зуба; — радикулярные кисты верхней челюсти с нарушением костного дна носовой полости и нёбной пластинки; — большие радикулярные кисты нижней челюсти с резким истончением осно вания челюсти (толщина кости меньше 0,5 см).. Классическая первичная методика цистотомии челюсти включает удаление слизистой оболочки вместе с деформированной костью и передней стенкой оболочки кисты в пределах выпячивания.

## Схема проведения операции "Цистотомия".



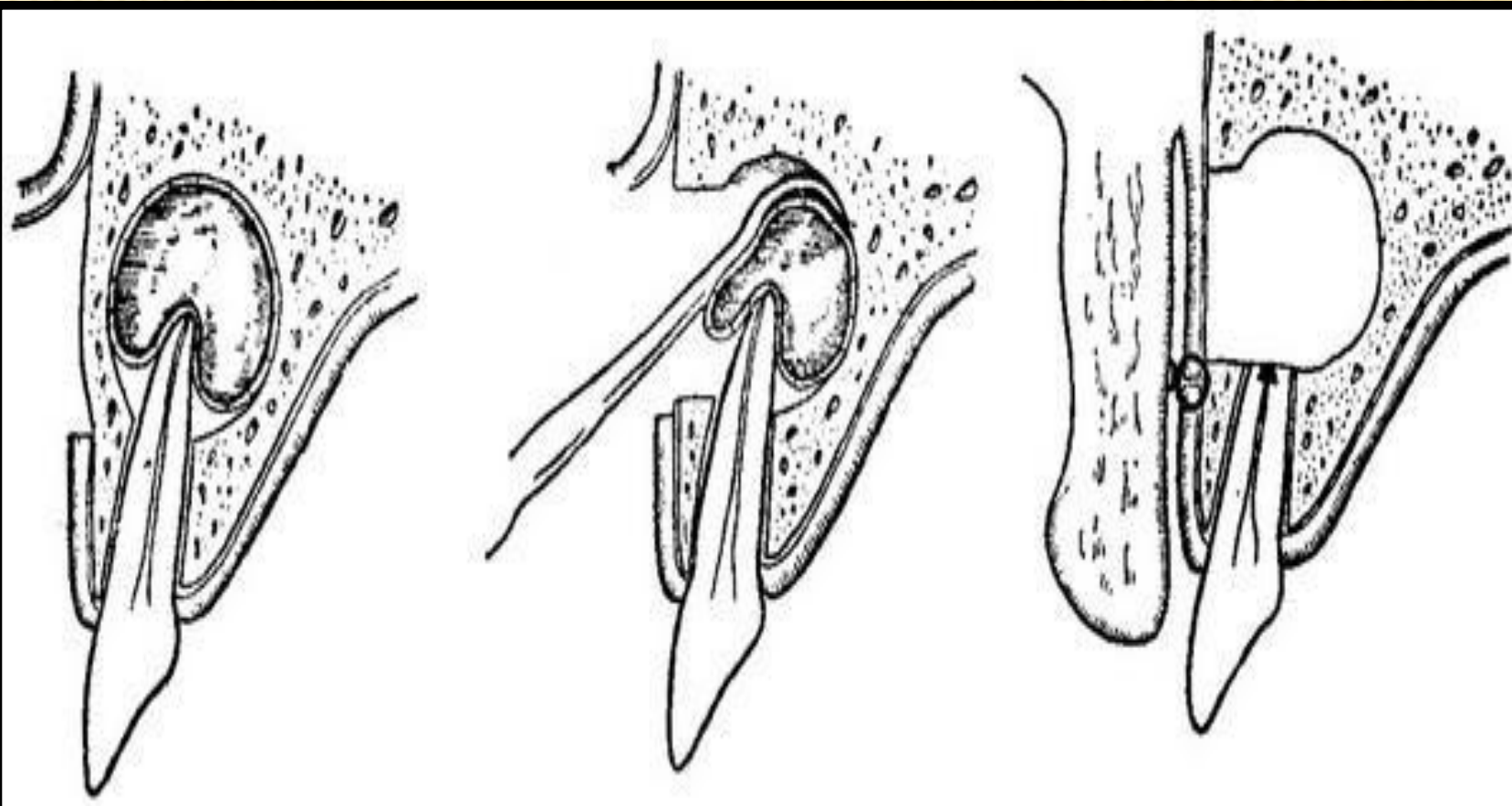
- Затем сглаживаются острые края кости и полость тампонируется. В послеоперационный период проходит краевое сращение слизистой оболочки над краем кости с оболочкой кисты. Постепенная деформация — западение, обусловленное костным дефектом, нивелируется, и со временем поверхность вестибулярной стенки становится ровной.
- Вполне понятно, что такая методика постепенно модифицировалась разными авторами, после чего цистотомия челюсти сегодня предусматривает: выкраивание трапециевидного слизистонадкостничного лоскута с основанием к переходной складке, удаление деформированной кости и передней части кистозной оболочки с последующим укладыванием трапециевидного слизистонадкостничного лоскута в полость кисты и придавливанием его йодоформной марлей.

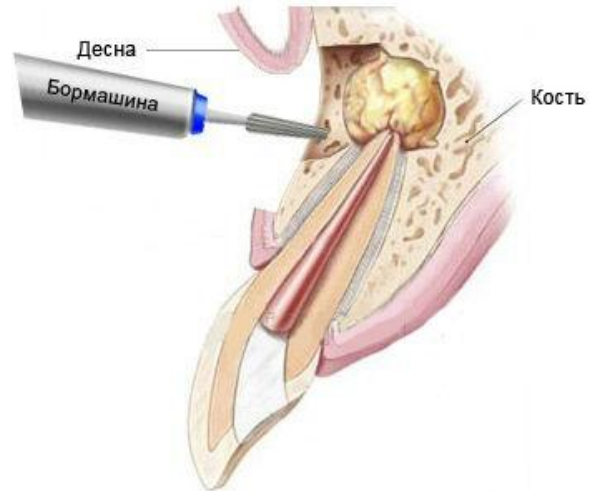
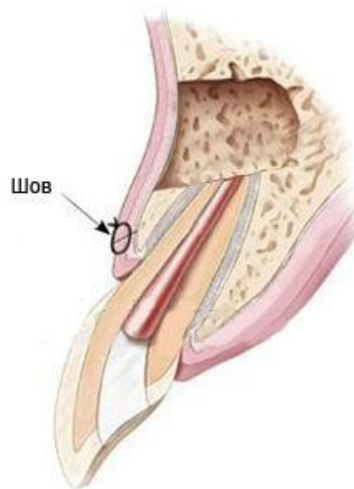
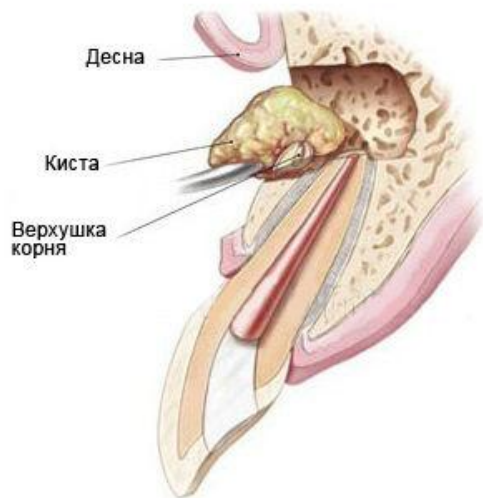
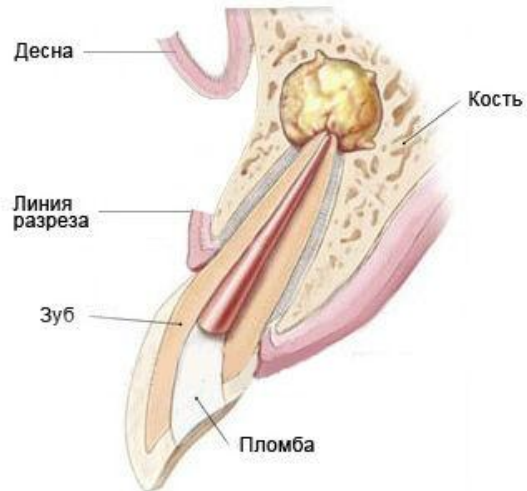
# ЦИСТЭКТОМИЯ

- ▣ **Цистэктомия** — операция, предусматривающая радикальное удаление оболочки кисты и ее содержимого. Она показана при: —небольших радикулярных кистах, расположенных в пределах 12 зубов; —сохраненной костной стенке дна верхнечелюстной пазухи и слизистой оболочки последней; —фолликулярных кистах, когда погиб фолликул постоянного зуба (изменился цвет, отсутствует естественный блеск части коронки, зуб мягкий, что определяется при операция); чаще это бывает при нагноении кисты



# ЦИСТОЭКТОМИЯ





Классической первичной методикой кистэктомии является операция Брамана, предусматривающая выкраивание слизистонадкостничного лоскута, ножка которого обращена к переходной складке, удаление деформированной и истонченной кости и всей оболочки кисты и размещение выкроенного лоскута в костной полости. При такой методике нет риска рецидива, ибо надкостница лоскута прилегает не к оболочке кисты, как в модифицированной методике кистотомии, а к кости. Со временем эту классическую методику кистэктомии также изменили. Такая операция названа операцией Партч II. Она выполняется так: выкраивается слизистонадкостничный лоскут в проекции наибольшего выпячивания кости, отслаивается на верхней челюсти кверху, а на нижней — книзу; удаляются деформированная кость, оболочка кисты. Затем выкроенный слизисто надкостничный лоскут не укладывается в костную полость, а фиксируется швами на прежнее место. Однако то, что полость кисты заполняется кровяным сгустком или пломбируется разными остеотропными веществами, является неплохим условием для загноения раны. Поэтому такое завершение операции не является оптимальным. Чтобы предотвратить воспалительные осложнения, в постоперационный период назначается антибактериальная терапия



---

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СВОЕВРЕМЕННАЯ И ПРАВИЛЬНАЯ  
ДИАГНОСТИКА КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ,  
ВЫБОР АДЕКВАТНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ  
СНИЖАЮТ ТРАВМАТИЧНОСТЬ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ПРЕДУПРЕЖДАЮТ  
РАЗВИТИЕ ДЕФОРМАЦИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ У  
ДЕТЕЙ



# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1. Колесов А. А., Воробьев Ю. И., Каспарова Н. Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. — М.: Медицина, 1989.
- 2. [www.google.ru](http://www.google.ru).