



Одонтогенные кисты челюстных костей

Определение одонтогенной кисте

Киста это патологическое полостное образование челюстных костей доброкачественного характера выстлано любым видом эпителия и заполнена апалесцирующей жидкостью янтарного цвета.

Статистика кист челюстей

Среди одонтогенные кист челюстей у детей чаще развиваются радикулярные и фолликулярные.

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

Фолликулярные кисты 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 области моляров.

Классификация кист челюстей
(Пачес, Ермолаев, Паникоровский, Кабаков, 1975г.)

Эпителиальные
одонтогенные:

- примордиальная,
- парадентальная,
- прорезывания,
- десневая,
- фолликулярная,
- зубосодержащая,
- корневая.

Эпителиальные
не одонтогенные:

- резцового канала,
- носогубная,
- глобуломаксиллярная,
- холестеотома.

Не эпителиальные:

- аневризматическая,
- травматическая,
- геморрагическая.

Клиническая классификация кист

1. Одонтогенные кисты воспалительного происхождения:

- а) радикулярная;
- б) радикулярная зубосодержащая;
- в) резидуальная (остаточная, которая остается после удаления "причинного" зуба).

2. Одонтогенные кисты невоспалительного происхождения:

- а) фолликулярная;
- б) киста прорезывания.

Не эпителиальные кисты

Неодонтогенные кисты - пороки развития, к которым относят фиссуральные: кисты резцового или носо - нёбного канала, глобуломаксиллярная или интермаксиллярная, носогубная.

Травматические кисты: солитарная костная, геморрагическая и безоболочечная - у детей встречаются очень редко.

Патогенез радикулярных кист

- 1 Гранулирующий периодонтит
- 2 Гранулематозный периодонтит
- 3 Кистогранулема (до 7мм)
- 4 Радикулярная киста (> 8мм)

Косвенные признаки кисты

1. Деформация альвеолярного отростка,
2. Деформация тела челюсти,
3. Конвергенция коронок,
4. Дивергенция корней,
5. Притупление перкуторного звука,
6. Симптом пергаментного хруста (после 12 лет),
7. Анемичность слизистой оболочки.

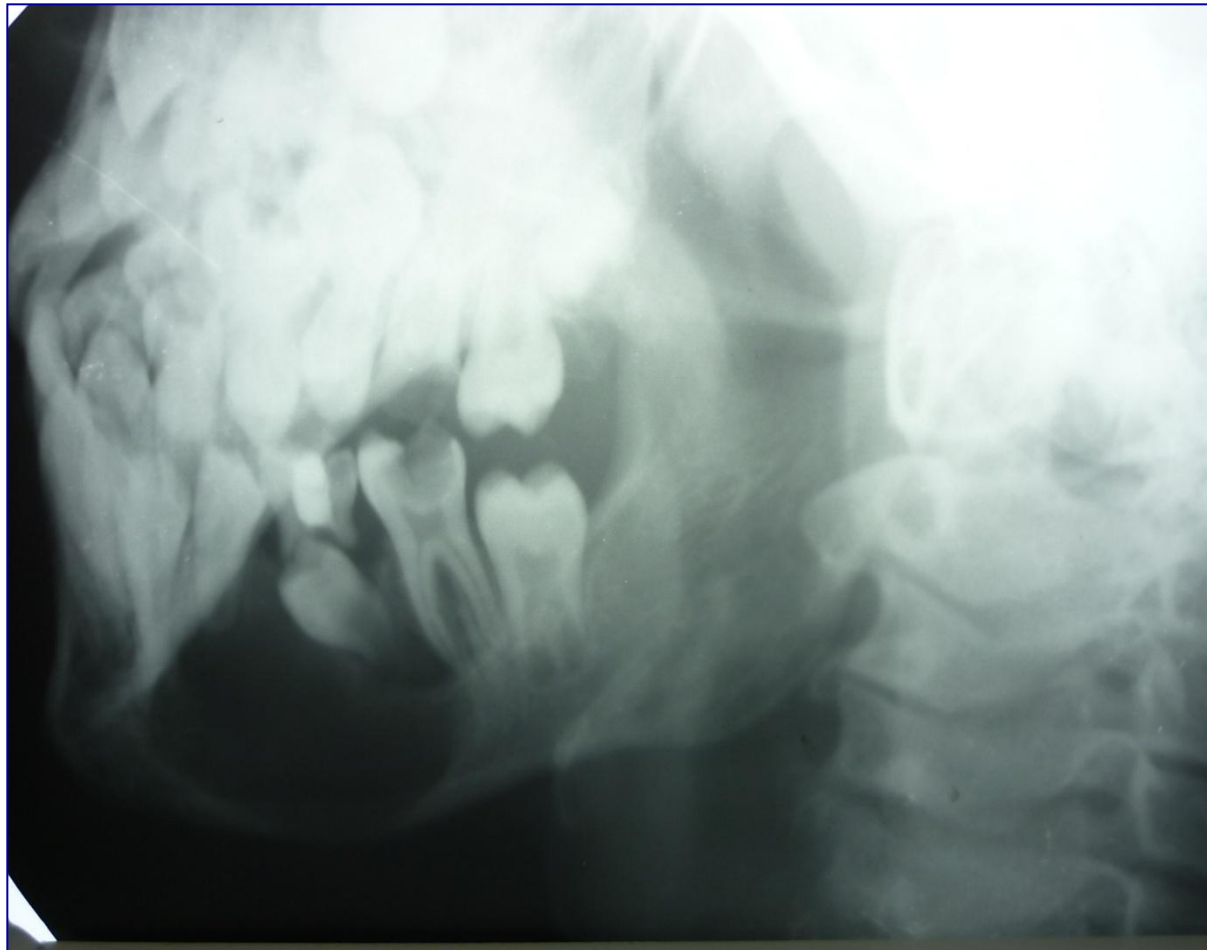
Особенность клинического проявления радикулярных кист

- Течение кист у детей является бессимптомным и обнаруживаются случайно на рентгенограммах.
- Симптом Дюпюитрена встречается после 12 лет
- На верхней челюсти киста развивается с симптомами доброкачественной опухоли.
- Оболочка корневой кисты плотно связана с зачатком постоянного зуба.
- Коронка постоянного зуба может прорезаться в полость кисты (зубосодержащая киста).

Рентгенограмма тела нижней челюсти



Рентгенограмма тела нижней челюсти



Рентгенограмма тела нижней челюсти



Одонтогенные кисты



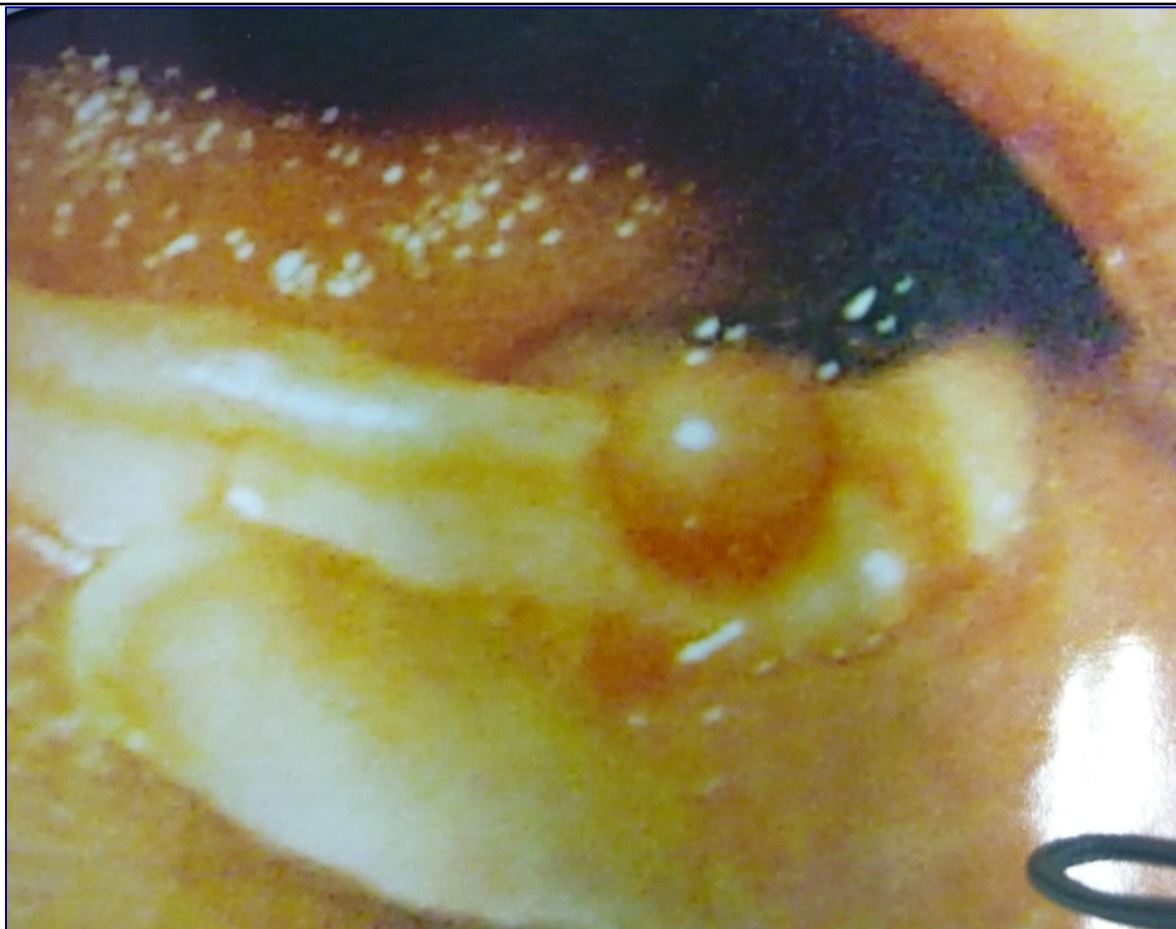
Киста прорезывания







Десневая (гингивальная) киста



Резидуальная киста



Парадентальная киста



Дифференциальная диагностика одонтогенных кист челюстей

1. Костные кисты другой этиологии:

- резидуальная киста;
- примордиальная киста;
- парадентальная киста;

2. Опухолевидными процессами:

- дисплазии;
- эозинофильной гранулемой;

3. Опухолями:

- остеобластокластома;
- амелобластома и др.

Лечение кист - цистотомия

Парч - I

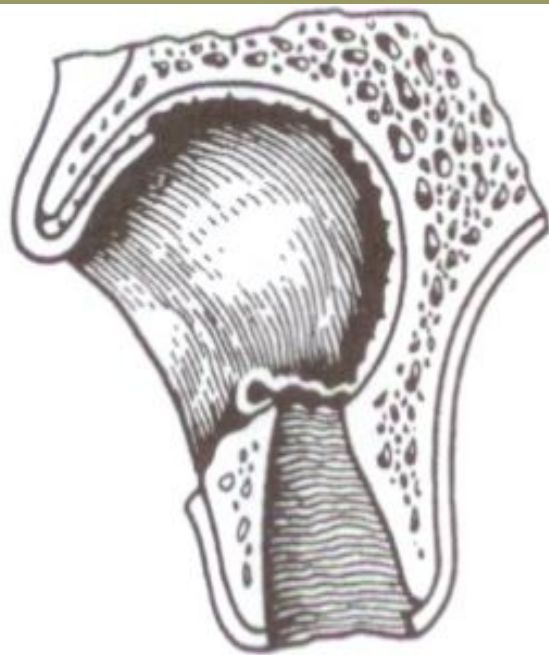
операция, предусматривающая устранение внутрикистозного давления, в результате чего наблюдается постепенное уплощение и уменьшение кистозной полости вплоть до полного ее исчезновения.

Показания к операции цистотомии

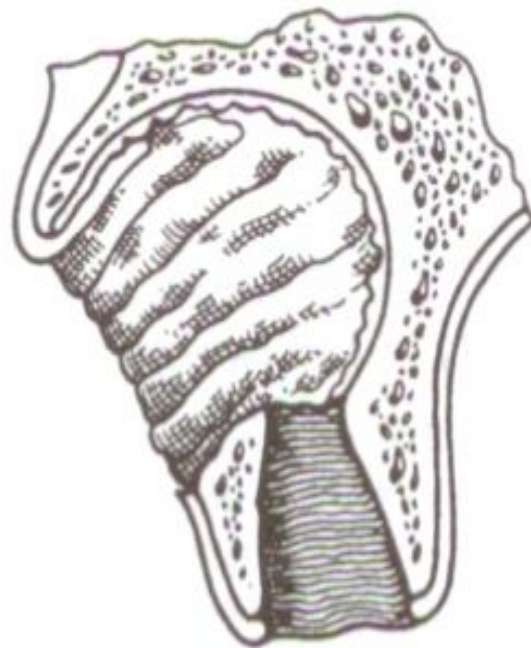
- фолликулярные кисты челюстей;
- радикулярные кисты от временных зубов (зубосодержащие), в полости которых находится фолликул постоянного зуба;
- радикулярные кисты верхней челюсти с нарушением костного дна носовой полости и нёбной пластинки;
- большие радикулярные кисты нижней челюсти с резким истончением основания челюсти (толщина кости меньше 0,5 см). В таком случае частичное сохранение кистозной оболочки является одним из мероприятий профилактики патологических переломов.

Методика выполнения операции

Классическая методика цистотомии челюсти включает удаление слизистой оболочки вместе с деформированной костью и передней стенкой оболочки кисты в пределах выпячивания. Сглаживаются острые края кости и полость тампонируется. В послеоперационный период проходит краевое сращение слизистой оболочки над краем кости с оболочкой кисты. Постепенно деформация нивелируется, и со временем поверхность вестибулярной стенки становится ровной.



д



е

Рис. 15.20. Цистотомия на верхней челюсти (схема).

а — выбухание кисты в вестибулярную сторону; б — откинут слизисто-надкостничный лоскут; в — снята костная стенка над кистой; г — иссечена передняя стенка кисты; д — удален причинный зуб; е — в полость кисты ввернут слизисто-надкостничный лоскут и фиксирован йодоформной марлей.



Лечение кист - цистэктомия

Парч - II

операция, предусматривающая радикальное удаление оболочки кисты и ее содержимого.

Показания к операции цистэктомии

- небольшие радикулярные кисты, расположенные в пределах 1-2 зубов;
- сохраненная костная стенка дна верхнечелюстной пазухи и слизистой оболочки последней;
- фолликулярные кисты, когда погиб фолликул постоянного зуба (изменился цвет, отсутствует естественный блеск части коронки, зуб мягкий, что определяется при операции); чаще это бывает при нагноении кисты.

Методика выполнения цистэктомии

Выкраивается слизисто-надкостничный лоскут в проекции наибольшего выпячивания кости.

Лоскут отслаивается на верхней челюсти кверху, а на нижней – книзу.

Удаляются деформированная кость и оболочка кисты.

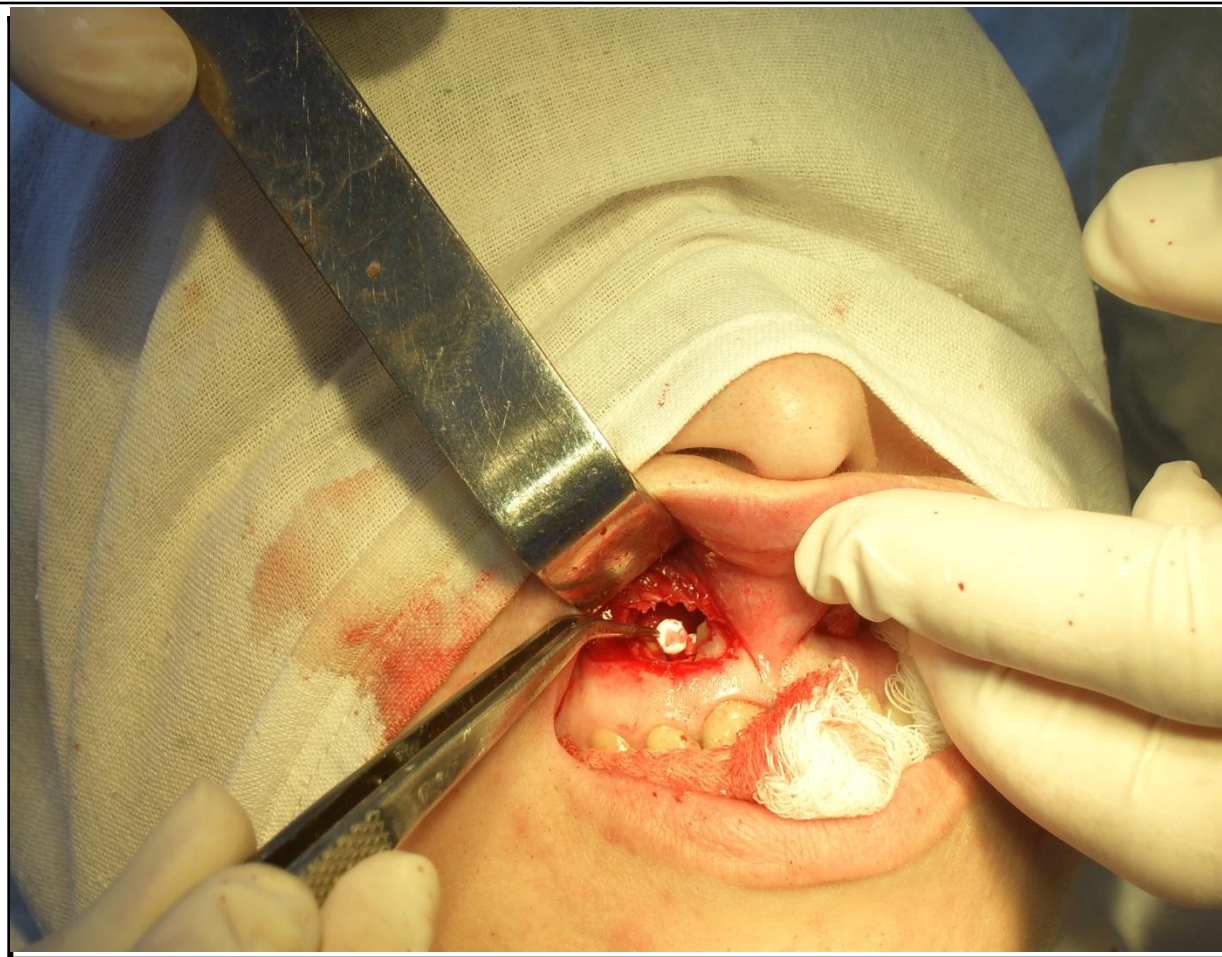
Полость кисты заполняется остеотропными препаратами (плазма крови, коллапан, ГА, Bioss).

Затем выкроенный слизисто- надкостничный лоскут укладывается на прежнее место и фиксируется швами.

Этапы операции цистэктомия



Заполнение остаточной полости



Наложение швов на рану



Инфильтрационная анестезия



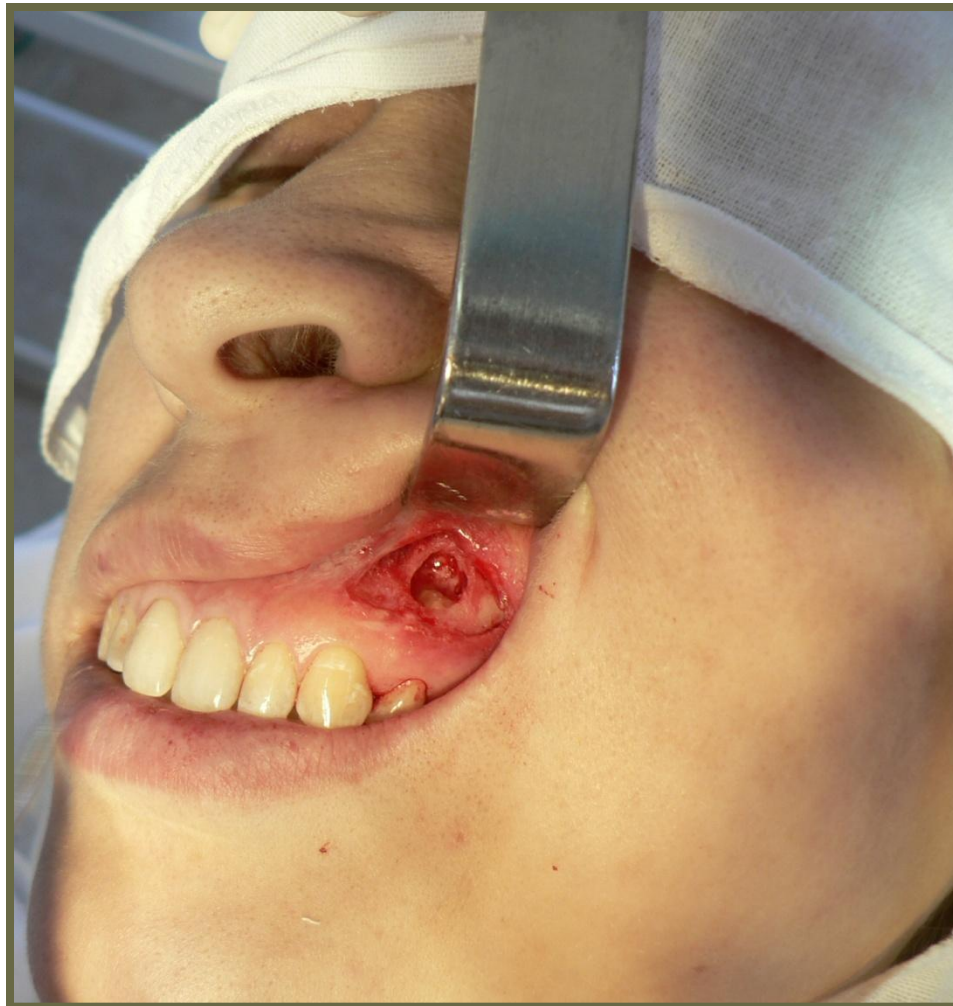
Скелетирование кости



Вскрытие кистозной полости



Резекция верхушки корня



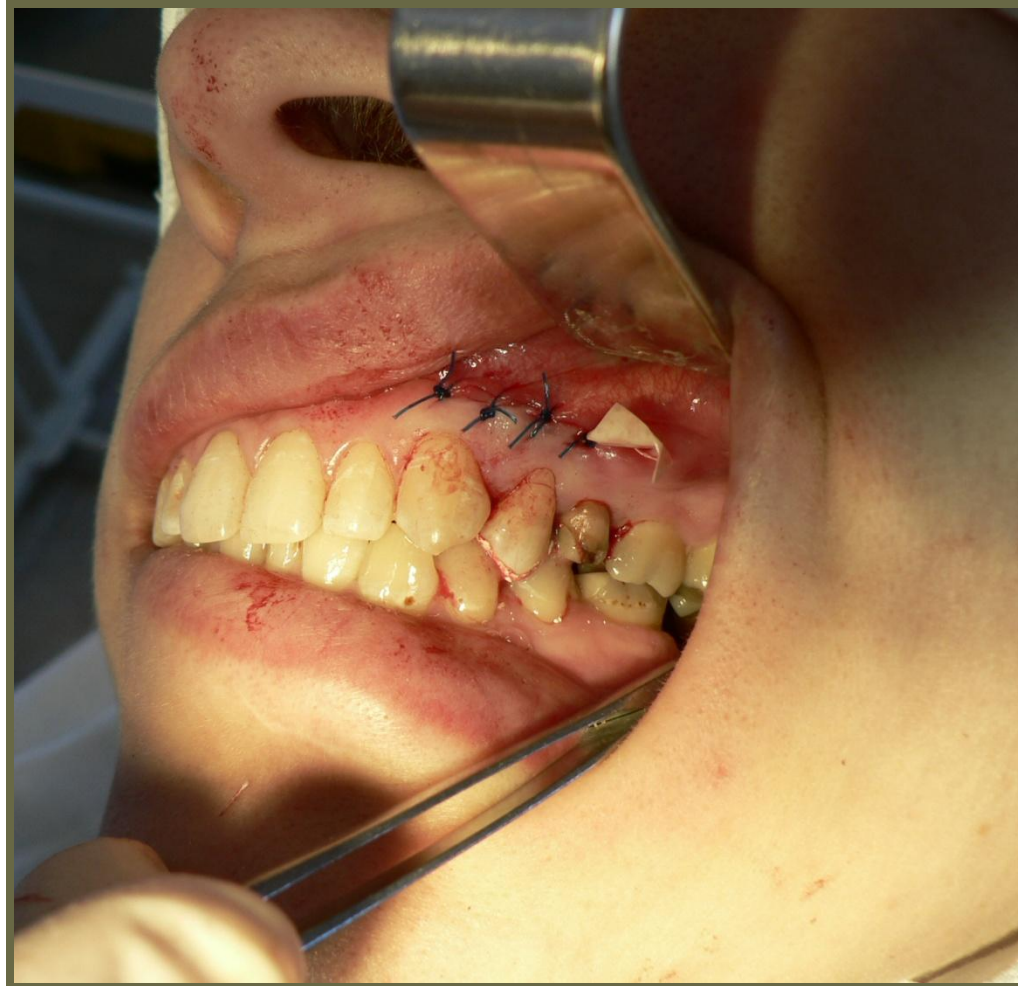
В кистозной полости Коллапан




Мембрана из аутоплазмы



Наложение швов на рану и дренирование





При радикулярной кисте верхней челюсти, вросшей в верхнечелюстную пазуху, выполняют гайморотомию.

При измененной слизистой оболочке пазухи делают анастомоз с полостью носа с последующей тампонадой верхнечелюстной пазухи и выведением конца йодоформного тампона в нижний носовой ход.



Спасибо за внимание