

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» МЗ РФ
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Реферат

«Кисты челюстей: клиника, диагностика и лечение»

Выполнил: ординатор кафедры-клиники хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии Дерновой Александр Андреевич

Руководитель: ДМН, профессор Левенец А.А

Рецензент: КМН, доцент Чучунов А.А

12.01.2019

Красноярск 2019

Цель и задачи работы:

- 1) Введение
- 2) Классификация
- 3) Корневая (радикулярная) киста
- 4) Первичная киста (кератокиста)
- 5) Зубосодержащая (фолликулярная) киста
- 6) Киста прорезывания и десневая киста
- 7) Лечение одонтогенных кист челюстей
- 8) Список литературы

1. Введение

Киста представляет собой полость, имеющую оболочку, которая состоит из наружного соединительнотканного слоя и внутреннего, выстланного преимущественно многослойным плоским эпителием. Полость кисты обычно выполнена жидкостью желтого цвета, опалесцирующей вследствие присутствия в ней кристаллов холестерина, иногда творожистой массой серо-грязно-белого цвета (при кератокисте). Рост ее осуществляется вследствие внутрикистозного давления, которое приводит к атрофии окружающей костной ткани и пролиферации эпителия. Этиопатогенез одонтогенных кист различный. Кисту, в основе развития которой лежит воспалительный процесс в периапикальной ткани, называют корневой (радикулярной). Другие кисты являются пороком развития одонтогенного эпителия.

Среди них выделяют первичную кисту (кератокисту), зубосодержащую (фолликулярную), кисту прорезывания и десневую. Кисты челюстей занимают первое место среди других одонтогенных образований. Они встречаются у лиц разного возраста, образуются на верхней челюсти в 3 раза чаще, чем на нижней. Клинико-рентгенологические проявления различных одонтогенных кист и методы их лечения имеют много общего.

Однако каждому виду кисты присущи характерные особенности, позволяющие дифференцировать их друг от друга.

2.Классификация

1. Одонтогенная киста:

- радикулярная;
- фолликулярная;

2. Неодонтогенная киста:

- киста носонебного канала.

Радикулярная киста развивается из эпителиальных элементов под влиянием раздражающих воздействий очага воспаления в периодонте.

Происхождение фолликулярной кисты связывают с кистовидным перерождением тканей зубного фолликула.

Киста носонебного канала развивается из участков эпителия, отщепившихся в эмбриональном периоде.

Клиническая картина

1. Радикулярная киста.

Проявляется в виде деформации альвеолярного отростка. Растет киста обычно медленно, безболезненно и большей частью сторону преддверия полости рта. Разрастаясь, киста оказывает давление на окружающую костную ткань, в результате чего кость истончается и становится податливой при пальпации. Прогибаясь, она дает характерный пергаментный хруст. Нередко зубы, расположенные рядом с кистой, оказываются смещенными, корни их при этом веерообразно расходятся, а коронки наклоняются друг к Другу (конвертируют).

Рентгенологически киста представляет очаг округлой формы с четкими границами и с выступающей в полость кисты верхушкой корня.

2. Фолликулярная киста.

3. Киста носонебного канала.

Киста локализуется в передних отделах альвеолярного отростка верхней челюсти, над резцами, иногда раздвигая корни последних. Рентгенологически

определяется очаг растяжения костной ткани с четкими границами, округлой формы.

-Дифференциальная диагностика

Радикальную кисту целесообразно дифференцировать с фолликулярной кистой, иногда с адамантинистой и остеобластокластомой при наличии у последних монокистозных полостей.

Аналогично осуществляется дифференциальная диагностика фолликулярной кисты и кисты носонёбного канала.

3. Корневая (радикулярная) киста

Возникновение корневой кисты связано с развитием хронического воспалительного процесса в периапикальной ткани зуба. Последнее способствует формированию гранулемы. Внутри этой гранулемы пролиферируют активизированные воспалением эпителиальные остатки (островки Малассе) периодонтальной связки, что вначале приводит к образованию кисто-гранулемы, а затем кисты.

Клинически корневую кисту, как правило, обнаруживают в области разрушенного или леченого зуба, а иногда как бы здорового, но ранее подвергавшегося травме, реже в области удаленного зуба. Растет киста медленно в течение многих месяцев и даже лет, незаметно для больного, не вызывая неприятных ощущений.

Распространяется главным образом в сторону преддверия полости рта, при этом истончает кортикальную пластинку и приводит к взбуханию участка челюсти.

При возникновении кисты от зуба, корень которого обращен в сторону неба, наблюдается истончение и даже рассасывание небной пластинки. Киста, развивающаяся в границах верхнечелюстной и носовой полостей, распространяется в их сторону. При осмотре выявляют сглаженность или взбухание переходной складки свода преддверия полости рта округлой формы с довольно четкими границами. При локализации на небе отмечают ограниченную припухлость. Пальпаторно костная ткань над кистой прогибается, при резком истончении определяют так называемый пергаментный хруст (симптом Дюпюитрена), при отсутствии кости – флюктуацию. Зубы, расположенные в границах кисты, могут быть смещенными, тогда коронки их конвергируют, при перкуссии причинного зуба возникает тупой звук. Электроодонтодиагностика (ЭОД) интактных зубов, расположенных в зоне кисты, выявляет снижение электровозбудимости.

Нередко кисту диагностируют при нагноении ее содержимого, когда развивается воспаление окружающих тканей по типу периостита; может наблюдаться симптом Венсана – онемение нижней губы вследствие вовлечения в острый воспалительный процесс нижнего луночкового нерва. При формировании кисты на верхней челюсти возможно хроническое воспаление верхнечелюстной пазухи. Рентгенологическая картина корневой кисты характеризуется разрежением костной ткани округлой формы с четкими границами. В полость кисты обращен корень причинного зуба

.Взаимоотношение корней соседних зубов с кистозной полостью может варьировать. Если корни вдаются в полость кисты, на рентгенограмме периодонтальная щель отсутствует вследствие рассасывания замыкательной пластинки лунок этих зубов. Если же периодонтальная щель определяется, то такие зубы только проецируются на область кисты, а на самом деле корни их располагаются в одной из стенок челюсти. В некоторых случаях корни зубов раздвигаются растущей кистой. Рассасывания корней, как правило, не происходит.

Большая киста нижней челюсти истончает основание последней и может привести к патологическому перелому ее. Растущая в сторону дна носа киста вызывает разрушение костной стенки. Расположенная в границах верхнечелюстной пазухи киста имеет разное соотношение с ее дном. Сохранение неизменного костного дна характерно для кисты, прилегающей к верхнечелюстной пазухе. Истончение костной перегородки и ее куполообразное смещение характерны для кисты, оттесняющей пазуху. Киста, проникающая в пазуху, характеризуется отсутствием костной стенки, при этом определяется куполообразная мягкотканная тень на фоне верхнечелюстной пазухи. Диагностика корневой кисты на основании клинко-рентгенологической картины обычно не вызывает затруднений. В сомнительном случае проводят пункцию кисты и цитологическое исследование содержимого.

Микроскопически оболочка корневой кисты состоит из фиброзной ткани, нередко с воспалительной круглоклеточной инфильтрацией, и выстлана неороговевающим многослойным эпителием. Лечение оперативное. Проводят цистэктомию, цистотомия, двухэтапную операцию и пластическую цистэктомию.

4.Первичная киста (кератокиста)

Развивается в основном в нижней челюсти, наблюдается сравнительно редко, начинается незаметно и длительное время не проявляется. При осмотре обнаруживается незначительное 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 обследовании по поводу других заболеваний.

Кератокиста распространяется по длиннику челюсти и не приводит к выраженной деформации кости. Поэтому определяют ее при достижении больших размеров. Киста распространяется на тело, угол и ветвь челюсти. Рентгенологическая картина характеризуется наличием обширного разрежения костной ткани с четкими полициклическими контурами, при этом неравномерное рассасывание кости создает впечатление многокамерности. Нередко в процесс вовлекаются венечный и мышелковый отростки. Кортикальная пластинка истончается и иногда на некоторых участках отсутствует. На рентгенограмме обычно определяется периодонтальная щель корней зубов, проецирующихся на область кисты. Первичную одонтогенную кисту диагностируют на основе характерных клинико-рентгенологических проявлений. Ее следует дифференцировать от амелобластомы. При последней наблюдается выраженное вздутие челюсти. Окончательный диагноз устанавливают после морфологического исследования биопсийного материала. Проводится открытая биопсия с обязательным иссечением

костной ткани и оболочки ее кисты по типу цистотомии. Биопсия одновременно является первым этапом хирургического лечения кисты. Макроскопически первичная одонтогенная киста представляет единую полость с бухтообразными вдавлениями в окружающую кость, покрытую оболочкой и выполненную аморфной массой грязно-белого цвета. Микроскопически она характеризуется тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим многослойным плоским эпителием. Лечение хирургическое. Так как киста способна к рецидивированию и озлокачествлению, показано при сохранении костных стенок полное удаление ее оболочки. В других случаях применяют двухэтапный метод операции.

5.Зубосодержащая (фолликулярная) киста

Эта киста развивается из эмалевого органа непрорезавшегося зуба, преимущественно третьего большого коренного на нижней челюсти, клыка и третьего большого коренного зуба на верхней челюсти. Клинические симптомы зубосодержащей кисты сходны с проявлениями других кист челюстей, однако при осмотре зубов характерно отсутствие одного из них в области локализации кисты, за исключением случая образования ее от сверхкомплектного зуба. Отмечена возможность развития амелобластомы из зубосодержащей кисты. Рентгенологически определяют разрежение костной ткани с четкими ровными границами по типу монокистозного очага и наличие ретенированного сформированного зуба, коронка которого либо обращена в полость кисты, либо прилегает к ее стенке. Зубосодержащую кисту необходимо дифференцировать от амелобластомы и первичной одонтогенной кисты. Макроскопически определяется однокамерная полость, выстланная оболочкой и содержащая желтоватую прозрачную жидкость с кристаллами холестерина. Микроскопически оболочка кисты представлена тонким слоем соединительной ткани, покрытым многослойным плоским эпителием,

толщиной в 2–3 клетки. Лечение заключается в цистэктомии с удалением ретениро – ванного зуба или в двухэтапной операции.

6. Киста прорезывания и десневая киста

Обе кисты встречаются редко. Киста прорезывания проявляется в виде ограниченной небольшой голубоватой припухлости в области, где должен прорезаться зуб, и располагается над его коронкой. Микроскопически оболочка кисты выстлана неороговевающим многослойным плоским эпителием. Хирургическое лечение требуется только при задержке прорезывания зуба.

Десневая киста развивается из остатков эпителиальных клеток десны и имеет вид небольшого узелка, расположенного в мягких тканях, покрывающих зубосодержащие зоны челюсти. Лечение обычно не требуется.

Опухолеподобные поражения

Центральная гигантоклеточная гранулема - опухолеподобное поражение кости с локализацией исключительно в альвеолярной части челюсти в виде ограниченного опухолевидного образования на десне. Идентичное поражение, развивающееся только в мягких тканях десны без вовлечения в процесс кости, называют периферической гигантоклеточной гранулемой и рассматривают в группе опухолеподобных поражений мягких тканей.

Клиника. Центральная гигантоклеточная гранулема сходна с периферической. Нередко отмечают рецидив. Злокачественного процесса, метастазов не наблюдают.

Рентгенологическая картина. отмечается зона деструкции в виде разрежения с четкими границами и ровным контуром, на фоне которого

иногда видны тонкие костные перегородки и возможно рассасывание корней зубов.

Патанатомия. Гистологически она представляет клеточную фиброзную ткань, содержащую множественные очаги геморрагии, скопления много-ядерных гигантских клеток, встречается гемосидерин. Некоторые авторы подчеркивают сосудистое происхождение гигантских клеток, не имеющих отношения к костным структурам.

Дифференциальная диагностика. Центральную гигантоклеточную дифференцируют от гигантоклеточной опухоли, херувизма и коричневой опухоли гиперпаратиреоидизма.

Лечение хирургическое, заключается не только в иссечении образования в пределах здоровых тканей, но и в выскабливании и высверливании измененной кости.

Фиброзная дисплазия

Фиброзная дисплазия — опухолеподобное поражение кости, заключающееся в очаговом нарушении костеобразования. В норме остеобластическая мезенхима продуцирует костную и хрящевую ткань, при фиброзной дисплазии она почти утрачивает эту функцию и превращается преимущественно в волокнистую фиброзную ткань, а клеточные остеобластические элементы создают лишь отдельные примитивные костные включения, не имеющие функционального значения. Эндокринные нарушения, а также изменения фосфорно-кальциевого обмена не отмечены.

Заболевание чаще выявляется у детей, однако иногда, протекая незаметно, медленно прогрессирует в течение многих лет и обнаруживается уже у взрослого человека.

Фиброзная дисплазия встретилась у 14% больных с костными опухолями и опухолеподобными поражениями. Женский пол поражается чаще мужского. Различают монооссальную (однокостную) и полиоссальную (многокостную) формы, вторая встречается реже.

Клиника. Проявления фиброзной дисплазии мало характерны, обусловлены распространенностью и локализацией процесса. Отмечают более частое поражение верхней челюсти, при этом возникает деформация за счет безболезненного, медленно увеличивающегося, иногда бугристого выбухания костной плотности в вестибулярную и небную стороны. Если процесс захватывает верхнечелюстную пазуху, нарушений носового дыхания не отмечается. При изменении нижнеглазничного края наблюдается сужение глазной щели. В случае локализации на нижней челюсти она расширяется в вестибулярную и язычную стороны. Альвеолярный отросток постепенно деформируется, увеличивается, зубы становятся подвижными вследствие сдавления патологической тканью. Кожа и слизистая оболочка не изменяются, реакции лимфатических узлов нет. Так как процесс прогрессирует медленно (годами, десятилетиями), безболезненно, а иногда как бы приостанавливается (стабилизируется), заболевание долго остается незамеченным и при обнаружении вызывает резкую обеспокоенность у больных. В таких случаях можно подтвердить давность заболевания фотографиями разных периодов жизни пациента, на которых, при наличии фиброзной дисплазии, часто видна в той или иной степени деформация лица.

Очень редко встречается, так называемая, пролиферирующая форма фиброзной дисплазии, течение которой более сходное с саркомой.

Рентгенологическая картина. Определяется диффузное увеличение пораженного отдела кости с деструкцией костной ткани в виде чередования мелких участков уплотнения и разрежения, наблюдается, так называемая, картина "матового стекла". В ранних стадиях заболевания участки разрежения представляются более крупными. Границы поражения нечеткие, патологическая ткань постепенно переходит в нормальную костную. Кортикальная пластинка челюсти истончена, но, как правило, не прерывается. Верхнечелюстная пазуха может быть уменьшена в размере, при распространенном процессе не проецируется. Рассасывание корней зубов не отмечается. Рентгенография в случае полиоссальной формы выявляет характерные изменения в нескольких костях.

Патологическая анатомия. Макроскопически патологическая ткань располагается под кортикальной пластинкой кости, сероватого цвета, слегка кровоточит, с хрустом режется скальпелем. В некоторых случаях определяется довольно плотная, не поддающаяся ножу ткань. Микроскопическая картина характеризуется разрастанием клеточ-новолокнистой остеогенной ткани и наличием незрелых костных балочек от единичных до густого их переплетения. При пролифери-рующей форме фиброзной дисплазии возле примитивных костных структур наблюдаются скопления вытянутых отростчатых клеток с крупным гиперхромными ядрами и многочисленными фигурами деления, что может имитировать

Лечение заключается в полном удалении очага поражения в виде резекции челюсти. Но так как радикальное лечение приводит обычно к обширному дефекту и нередко к инвалидности больного, операция рекомендуется при росте образования и возникновении функциональных нарушений.

Резидуальные кисты — остаточные образования, которые могут

формироваться после экстирпации причинного зуба без удаления оболочки кисты, когда в альвеоле после удаления зуба остаются обрывки одонтогенной гранулемы. Кроме того, возникновение резидуальной кисты может быть результатом нетщательно проведенной цистэктомии. Около 30% резидуальных кист являются радикальными.

7.Лечение одонтогенных кист челюстей

Существует два основных оперативных метода – цистэктомия и цистотомия. При кисте, имеющей связь с верхнечелюстной пазухой, применяют ороназальные цистэктомию и цистотомию одновременно с гайморотомией. Кроме того, имеются разновидности – пластическая цистэктомия и двухэтапная операция кисты. Показания к их проведению зависят от этиопатогенеза кисты, размеров ее и количества зубов, вовлеченных в зону кисты.

Цистэктомия.

Это радикальная операция, при которой проводят полное удаление оболочки кисты с ушиванием раны.

Показаниями к цистэктомии служат: 1) киста, являющаяся пороком развития одонтогенного эпителия; 2) небольших размеров киста, расположенная в зубосодержащих областях челюсти в пределах 1–2 интактных зубов; 3) обширная киста нижней челюсти, при которой отсутствуют зубы в ее зоне и сохранено достаточной толщины (до 0,5–1 см) основание челюсти, что предохраняет от патологического перелома; 4) киста больших размеров на верхней челюсти, не имеющая зубов в этом участке, с сохраненной костной стенкой дна полости носа, а также прилегающая к верхнечелюстной пазухе или оттесняющая ее без явлений воспаления пазухи.

Следует подчеркнуть, что в задачу операции входит не только удаление,

но и сохранение зубов, явившихся причиной развития кисты и прилегающих к ней (А. И. Евдокимов). Однокорневые зубы, вызвавшие развитие корневой

кисты, пломбируют с выведением цемента за верхушку корня. Однако, если киста располагается близко к шейке зуба, сохранение зуба нецелесообразно, так как после резекции верхушки и части корня культи не выдерживает нагрузки и быстро расшатывается. Многокорневой зуб, как правило, сохранить не удастся (вследствие непроходимости каналов), и его удаляют. Ретенированные зубы, являющиеся причиной развития зубосодержащей кисты, во всех случаях во время операции удаляют. Интактные зубы, проецирующиеся в зоне кисты и имеющие на рентгенограмме периодонтальную щель, обязательно должны подвергаться ЭОД. При отсутствии реакции на электроток проводят соответствующее лечение. Пониженная реакция зуба на электроток после операции может нормализоваться. Если на рентгенограмме периодонтальная щель не видна и отсутствует реакция зубов на ток, то перед цистэктомией зубы должны быть депульпированы и вылечены.

Операцию проводят под проводниковым и инфильтрационным обезболиванием. На вестибулярной поверхности альвеолярного отростка челюсти разрезом слизистой оболочки до кости полуовальной или трапециевидной формы выкраивают слизисто-надкостничный лоскут с основанием, обращенным в сторону переходной складки. Конец лоскута при наличии зубов не должен доходить до десневого края на 0,5–0,7 см, при одномоментном удалении зуба разрез проходит через его лунку. Если киста расположена близко к шейке зуба, в лоскут включают десневой край с зубодесневыми сосочками. По величине лоскут должен быть больше кисты: выкраивают его с таким расчетом, чтобы он свободно перекрывал будущий костный дефект и линия швов не совпадала с ним. Слизисто-надкостничный лоскут отслаивают от кости распатором, используя при этом марлевый тампон. Его подводят под распатор и затем обнажают кость над кистой. При отсутствии кости требуется осторожность при отслаивании надкостницы от оболочки кисты. Отделенный лоскут удерживают крючками или на лигатурах. Над кистой в проекции верхушки причинного зуба с помощью трепана

высверливают отверстия по периметру будущего дефекта и соединяют их между собой фиссурным бором. Полученную костную пластинку округлой формы удаляют, обнажают переднюю стенку кисты. При наличии костной узуры последнюю расширяют кусачками или фрезой. Размеры костного дефекта должны сделать возможным обзор кисты и произвести резекцию верхушки корня. С помощью распатора, углового элеватора и хирургической ложки отслаивают оболочку кисты, которая легко отходит от подлежащей кости, но сохраняется связь с корнем причинного зуба. Для выделения оболочки отпиливают верхушку корня до уровня окружающей кости и кисту вместе с корнем извлекают.

После резекции верхушечного отдела корня на уровне кости удастся выскоблить остатки оболочки в этом участке, что предупреждает рецидив кисты.

При осмотре культи корня необходимо определить наличие цемента в корневом канале, при отсутствии его требуется ретроградное пломбирование амальгамой. Такое действие предупреждает воспаление костной раны вследствие проникновения инфекции из корневого канала. После удаления оболочки кисты обнажаются корни ранее подготовленных соседних зубов, верхушки которых также резецируют. Затем проводят ревизию костной полости, удаляют оставшиеся кусочки пломбировочного материала. Полость заполняется кровяным сгустком, что является надежным биологическим фактором в заживлении раны. Промывание антисептиками такой полости, а также введение в нее антибиотиков не показано. Для активизации остеогенеза большой костной полости целесообразно во время операции заполнить ее костным трансплантатом в виде щебенки, муки и др. В случае сокращения лоскута требуется его мобилизация путем линейного рассечения надкостницы у основания. Лоскут укладывают на место, края раны ушивают узловатыми швами из кетгута, иногда из шелка. Наружно накладывают повязку – «мышку» для ограничения движения щеки и губы и создания покоя послеоперационной области не менее чем на 4–5 дней. Назначают обезболивающие,

антигистаминные средства, по показаниям проводят противовоспалительную терапию. Больной нетрудоспособен в течение 6–7 дней. Заживление костной полости происходит путем организации кровяного сгустка, как после удаления зуба. При наличии полости больших размеров рентгенографическое обследование в течение длительного времени (до 1–2 лет) выявляет участок просветления, имеющий тенденцию к уменьшению и в последующем к полному восстановлению кости. В случае инфицирования кровяного сгустка развивается воспалительный процесс. При этом необходимо создать отток экссудата между швами или пунктировать полость вне линии швов и промывать ее растворами антисептиков. Ежедневные промывания в течение 3–4 дней нередко купируют воспаление. При продолжающемся гнойном процессе разводят края раны, промывают ее, в полость вводят рыхло йодоформный тампон, вворачивая лоскут внутрь. По мере гранулирования раны (в 3 нед) тампон вытесняется, его постепенно подрезают и удаляют. Часто киста, развивающаяся от верхнего второго резца, распространяется на небо и приводит к рассасыванию небной пластинки. Выделение кистозной оболочки на небе при больших его дефектах (более 2 см) затруднено, так как стенка кисты спаивается непосредственно с надкостницей неба. При отслаивании кистозной оболочки распатором часто возникают разрывы ее, и поэтому удаление производят отдельными частями. Инструментальное обследование полости рта не позволяет отличить оболочку кисты от тканей слизисто-надкостничного лоскута. Оставление участков стенки кисты всегда ведет к рецидиву.

Цистотомия

Метод, при котором удаляют переднюю стенку кисты и последнюю сообщают с преддверием или собственно полостью рта. Операция приводит к устранению внутрикистозного давления и как следствие – к аппозиционному росту кости, в результате чего происходят постепенное уплощение и уменьшение полости вплоть до ее почти полного исчезновения. Операция менее сложна, нетравматична, легче переносится больными, однако длительно

сохраняется послеоперационный дефект, за которым необходим гигиенический уход.

Показания к цистотомии: 1) киста, в полость которой проецируется 3 интактных зуба и более; на рентгенограмме у корней последних не определяется периодонтальная щель; 2) большие кисты верхней челюсти с разрушением костного дна полости носа и небной пластинки; 3) обширные кисты нижней челюсти с резким истончением (толщиной кости менее 0,5 см) основания челюсти, при этом частичное сохранение кистозной оболочки является одной из мер профилактики патологического перелома. Предоперационная подготовка зубов для цистотомии в отличие от цистэктомии касается только причинного зуба, остальные, хотя и вовлечены в зону кисты, после операции остаются прикрытыми ее оболочкой.

Операцию осуществляют под местной анестезией. Так же как при цистэктомии, выкраивают полуовальной формы слизисто-надкостничный лоскут величиной не более будущего костного дефекта. При сохранении причинного зуба основание лоскута может быть обращено в сторону десневого края для последующего закрытия культи резецированного корня. После обнажения костной стенки над кистой создают трепанационное отверстие, размеры которого не должны быть менее наибольшего диаметра кисты, так как в процессе заживления происходит сужение костного дефекта. При обширных кистах, особенно занимающих ветвь челюсти, размеры костного дефекта должны быть достаточными для поддержания сообщения с полостью рта.

Кистозную полость промывают, слизисто-надкостничный лоскут ввертывают внутрь и непосредственно у входа в полость удерживают йодоформной марлей. Некоторые авторы фиксируют швами ввернутый лоскут к оболочке кисты, применяют и подшивание кистозной стенки к краю раны слизистой оболочки преддверия полости рта. Цистотомия со стороны неба в случаях костного дефекта его заключается в иссечении слизисто- надкостничного лоскута и оболочки по диаметру кисты;

иногда в полости оставляют тампон. Через 6–8 дней после операции производят смену

йодоформного тампона, к этому времени он ослизняется и начинает отторгаться. Такую смену осуществляют до 3, реже 4 раз. К концу 3-й недели обычно края раны эпителизируются и образуется добавочная полость, сообщающаяся с преддверием или полостью рта. Больной самостоятельно промывает ее антисептическими растворами. Сроки заживления, особенно при больших послеоперационных полостях, до 1,5–2 лет. Трудоспособность больных после операции нарушается в среднем в течение 5–6 дней.

Ороназальная цистэктомия и ороназальная цистотомия

Операции применяют при кисте, проникающей в верхнечелюстную пазуху или оттесняющей ее в случае хронического гайморита. Сущность вмешательства заключается в соединении верхнечелюстной пазухи с полостью кисты и сообщении образовавшейся единой полости с нижним носовым ходом. Показанием к ороназальной цистэктомии служит отсутствие зубов в пределах кисты либо включение 1–2 зубов в ее зону. Ороназальную цистотомию применяют при наличии большого количества интактных зубов, обращенных в полость кисты, и у больных с сопутствующими заболеваниями. Операцию проводят под местным обезболиванием. Рассечение тканей до кости производят на 0,5 см ниже переходной складки от второго резца до второго-третьего большого коренного зуба. При одномоментном удалении причинного зуба трапециевидный разрез проходит через лунку зуба. Как при операции по поводу гайморита, вскрывают переднюю стенку верхней челюсти и обнажают кисту. При ороназальной цистэктомии удаляют всю оболочку кисты, резецируют обнаженные верхушки корней, полость соединяют с верхнечелюстной пазухой, снимая костные перемычки между ними. Из пазухи удаляют только полипозно измененные участки слизистой оболочки, создают соустье с нижним носовым ходом. Операцию заканчивают ушиванием раны преддверия полости рта. В результате операции нижний отдел образованной полости оказывается с оголенными костными стенками, которые впоследствии гранулируют, рубцуются и частично эпителизируются.

При ороназальной цистотомии удаляют только передний и верхний отделы оболочки кисты и не проводят резекцию вершук корней интактных зубов. В результате ороназальной цистотомии нижний отдел объединенной полости, выстланный в основном кистозной оболочкой, быстро эпителизируется.

Как и обычная цистэктомия, ороназальная цистэктомия является операцией радикальной и более травматичной по сравнению с ороназальной цистотомией.

Пластическая цистэктомия

Операция, при которой удаляют полностью оболочку кисты, однако рану не ушивают, а образовавшуюся полость после ввертывания слизисто-надкостничного лоскута тампонируют йодоформной марлей. Применяют ее редко, в основном в случае нагноившейся зубосодержащей кисты или кератокисты при отсутствии гарантии первичного заживления раны. Операция также может быть исходом цистэктомии, осложнившейся нагноением.

Двухэтапная операция

Этот вариант хирургического вмешательства сочетает оба вида операции – цистотомию и цистэктомию. Применяют его при обширных кистах, являющихся пороком развития зубообразовательного эпителия (зубосодержащей и кератокисте), способных к рецидивированию и перерождению, а также при радикулярной кисте верхней челюсти, сопровождающейся разрушением костного дна полости носа, и нижней челюсти, занимающей ее тело и ветвь. На 1-м этапе производят декомпрессионную операцию – создают сообщение с полостью рта по типу цистотомии, но меньшего диаметра, однако достаточное для осуществления оттока из кистозной полости на продолжительный период. На 2-м этапе производят цистэктомию через определенный промежуток времени (в среднем через 1–1,5 года).

Двухэтапная операция является берегающей, нетравматичной, ее проведение возможно в амбулаторных условиях. Она позволяет сохранить

контуры и размеры челюсти, несмотря на обширность поражения, и приводит к полному излечению больного.

8.Список литературы

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. Медицина, М, 2008 г.
2. Л.В. Харьков, Л.Н. Яковенко, Т.В. Кава «Справочник хирурга – стоматолога диагностика, клиника, хирургическое и медикаментозное лечение», Москва, «Книга плюс» 2004 г.;
3. Справочник по стоматологии / Под ред. В.М. Безрукова.-М.: Медицина, 2005 г.;
4. Бажанов Н.Н. «Стоматология», Медицина, М, 2006 г.;
5. Александров Н.М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: руководство для врачей. Л., Медицина 2005 г.;
6. Тазин И.Д., Панов Л.А. Методика обследования стоматологического больного. СГМУ., Томск 2008 г.